



**HAL**  
open science

## ”Mon corps est-il une bagnole ?” Socio-fiction assurantielle

Didier Torny

► **To cite this version:**

Didier Torny. ”Mon corps est-il une bagnole ?” Socio-fiction assurantielle. *Revue française des affaires sociales*, 1995, 49 (4), pp.67-77. halshs-01236616

**HAL Id: halshs-01236616**

**<https://shs.hal.science/halshs-01236616>**

Submitted on 2 Dec 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0  
International License

## **Mon corps est-il une bagnole ?"** **Socio-fiction assurantielle**

**Didier Torny**

**Revue française des Affaires sociales**  
**Vol 49, n°4, pp. 67-77.**

En noir et blanc, un homme nu, des carcasses automobiles, sous l'affiche, un slogan : "Mon corps n'est pas une bagnole". Organisée par la Fédération Mutualiste de France en 1989, la campagne dénonçait les tentatives d'entrée sur le marché de la santé effectuées par les assureurs, qui entraînerait une différenciation tarifaire par le biais d'une clause de type bonus-malus. Ainsi, suivant son état de santé et ses antécédents, une personne paierait une cotisation plus ou moins importante pour avoir accès aux prestations de soins, ce qui serait une discrimination inacceptable (1).

Or, loin d'être une pratique honteuse des assureurs, la différenciation tarifaire, au coeur de leur pratique dans de nombreux domaines, s'appuie sur l'*équité actuarielle*. Ce principe de justice, que nous détaillons ci-après, s'est en particulier développé dans le cadre de l'assurance de responsabilité civile automobile, où il n'est l'objet que de peu de critiques. Nous simulons ensuite son application dans le domaine de la santé, en insistant sur les transformations du rapport à l'information médicale et à la maladie qu'il entraînerait. Il ne s'agit pas ici de justifier ce principe mais de comprendre quelles seraient ses implications s'il faisait l'objet d'un travail de construction équivalent à celui opéré depuis au moins cinquante ans en assurance automobile. (Ewald 1982)

### **La Cité de l'Assurance**

Pour décrire le juste en Assurance, tel qu'il est construit par les assureurs mais aussi par les assurés dans certaines circonstances, nous nous appuyons sur le modèle développé dans *De la Justification* (Boltanski & Thévenot, 1991) qui décrit les bases qui sous-tendent les justifications des acteurs en conflit (2). Pour les auteurs, en situation de conflit, les acteurs s'appuient sur des principes de justice, au nombre de six, se développant dans des cités différentes. Les conflits se résolvent par l'adoption d'un de ces principes (ou d'un compromis entre plusieurs d'entre eux), qui va permettre la classification des personnes et des choses suivant une grandeur liée au principe de justice. C'est en particulier dans des épreuves, elles-mêmes spécifiques à chaque cité, que vont se révéler les grandeurs, celles-ci n'étant pas définitivement attachés aux personnes et aux choses. Ainsi le juste consiste-t-il à attribuer la bonne grandeur à une personne dans une cité donnée pour une épreuve donnée, les opérations critiques possibles pouvant remettre en cause la validité de l'épreuve parce qu'elle n'a pas lieu dans la bonne cité.

Prenons un exemple d'une telle dénonciation : l'assurance sociale, en déconnectant les cotisations des indemnités mais en les indexant sur les revenus est profondément injuste, nous disent les assureurs. En effet, que viennent faire les revenus dans le monde de l'Assurance ? Il faut au contraire juger les personnes en fonction du risque qu'elles représentent et donc lier les cotisations aux indemnités. Il faut remplacer un principe d'égalité civique par celui de l'équité actuarielle. Que cette dénonciation ait cours non pas en catimini, mais dans l'espace public, montre à notre sens qu'un tel jugement s'appuie sur un nouveau principe de justice, lié à la Cité de l'assurance.

Pour former une Cité de l'Assurance, il nous faut réaliser un certain nombre de conditions (3) : tout d'abord, un *principe de commune humanité* (a1) implique l'accès de l'assurance à tous et non l'exclusion de personnes sur tel ou tel critère, et donc un système d'assurance obligatoire. Ensuite, nous utilisons un *principe de dissemblance* (a2), qui permet aux personnes d'occuper des *états différents*, ceux-ci étant ordonnés (a4) : c'est le risque qui joue ce rôle. A chaque personne, l'assurance va attacher, à un moment donné, un risque, plus ou moins important, qui va conditionner le montant de la prime qu'elles auront à payer pour être couvertes. Ainsi, un risque élevé devra s'acquitter d'une prime élevée. Cependant, le risque ne doit pas être attaché de façon permanente aux personnes et celles-ci doivent pouvoir accéder à l'ensemble des classes de risques définies par l'assurance au nom de leur commune dignité (a3). Il doit être possible pour une personne de diminuer son risque pour être situé dans la classe de risque qui souscrit les primes les plus faibles, en particulier quel que soit son risque initial.

Ces changements d'états ne sont pas aléatoires, mais dépendent d'une *formule d'investissement* (a5), ici le refus du risqué, qui lie les bienfaits d'un état supérieur à un coût. C'est en refusant de boire avant de prendre le volant, de fumer ou de construire son habitation en zone inondable, mais bien au contraire en faisant preuve de prudence en dotant son véhicule de systèmes d'alarme et en pratiquant un sport hebdomadaire, que l'assuré voit son risque diminuer et donc sa grandeur dans la Cité Assurantielle augmenter. Enfin, il faut que l'assurance soit un *bien commun* (a6), c'est à dire que ce refus du risqué et l'adoption de la prudence satisfasse non seulement celui qui suit cette conduite, mais également l'ensemble des personnes. C'est le cas, puisqu'en diminuant son risque, il abaisse le coût des futurs sinistres et donc le montant des primes pour la communauté des assurés (4). De plus, les communautés des assurés, particulières à chaque assureur, sont elles-mêmes liées par les mécanismes de réassurance, faisant de l'assurance un réel bien commun.

Donc, le juste en assurance s'appuie sur un principe de différenciation des personnes fondé sur le risque, l'équité actuarielle. Elles peuvent faire varier ce risque en refusant le risqué, ou, au contraire, en le recherchant (5), ces comportements étant rendus visibles au moment des sinistres. Mais une telle Cité s'incarne-t-elle dans des dispositifs concrets ? Nous soutenons que c'est (presque) le cas pour l'Assurance Responsabilité civile automobile.

## **L'assurance responsabilité civile automobile**

L'assurance de responsabilité civile en automobile matérialise en effet, dans ses dispositifs spécifiques (clause bonus-malus, constat, convention IRSA, relevé d'information), la Cité de l'Assurance. Obligatoire, elle permet à chacun une couverture (6) du risque de dommages aux tiers. Pour déterminer la hauteur des primes, l'assurance va distinguer deux éléments : la prime de référence et le bonus-malus. C'est le produit de ces deux éléments qui forme la prime de l'assuré.

La prime de référence est "établie par l'assureur pour le risque présentant les mêmes caractéristiques techniques que celles présentées par l'assuré", celles-ci concernant "le véhicule, la zone géographique de circulation ou de garage, l'usage socioprofessionnel ou le kilométrage parcouru, éventuellement la conduite exclusive du véhicule ainsi que les réductions éventuelles figurant au tarif des entreprises d'assurances" (7). Il s'agit donc d'importer des éléments émergents de mondes très différents (le territoire géographique, la mécanique, l'organisation du travail) et de les traduire dans le monde de l'assurance en risque. Ainsi, pourrait-on augmenter la grandeur des conducteurs dont le signe astrologique est Taureau parce que leurs accidents sont statistiquement moins coûteux (8). *A contrario*, quand un député demande qu'on réglemente l'utilisation du tabac au volant, il lui est répondu qu'il

n'y a pas d'étude établissant une corrélation significative entre usage du tabac et sinistres automobiles. C'est donc la corrélation statistique entre des éléments et la sinistralité qui fait preuve et entérine les grandeurs pour la prime de référence.

Le bonus-malus est un coefficient qui, à l'exception des jeunes conducteurs (9), va varier en fonction des sinistres de l'assuré, qui sont les épreuves qui permettent de savoir si celui-ci a fait preuve de prudence ou a pris des risques. En cas de sinistre, un dispositif conventionnel, comprenant le constat, a été adopté par l'ensemble des compagnies françaises (10). Il permet la répartition de la responsabilité entre les protagonistes de l'accident, et eux seulement. Dans un autre cadre, depuis la loi Badinter, à l'exception d'une faute inexcusable, tout accident entre un véhicule à moteur et un piéton ou cycliste, implique la responsabilité du conducteur. Ce mécanisme d'imputation, similaire à l'imputation morale décrite par Nicolas Dodier (1994) pour les accidents du travail, fait des sinistres les épreuves qui remettent en cause la grandeur des assurés dans la Cité Assurantielle. Qu'un automobiliste n'ait pas eu d'accident et son coefficient est multiplié par 0,95, qu'il ait été déclaré responsable d'un seul accident, il le sera par 1,25. Les grandeurs attachées aux personnes varient donc, mais à l'intérieur de bornes fixées par le législateur, limitant la pureté de l'épreuve (11). De plus, certaines prises de risque (alcoolémie), si elles peuvent être rapportés parla Gendarmerie ou la Police, sont sévèrement punies par une augmentation très forte du malus (12).

La responsabilité rejaillit donc nécessairement sur les conducteurs, et sans qu'ils puissent invoquer des ressources propres à d'autres mondes (13). Ainsi, la sociologie critique a bien mis à jour les liens existant entre sinistralité, attribution de responsabilité et appartenance sociale (Boltanski 1975). Dans ce cadre d'analyse, c'est l'origine sociale qui est la véritable cause de l'accident et en conséquence un jugement portant sur l'individu et la modification de sa grandeur ne sont pas pertinents. D'autres modes d'imputation, lié à l'innovation sociotechnique (Dodier 1994), pourraient nous diriger vers d'autres responsables en incluant les non-humains (la signalisation, les conditions atmosphériques, la route). Ainsi, qu'en est-il des fameux "points noirs", lieux du plus grand nombre d'accidents mortels ? Dans quelle mesure un procès des autorités et des Directions Départementale de l'Équipement, qui reconnaissent l'existence de telles sources de dangers, serait-il possible ? Il faudrait pour cela minimiser l'importance de l'engagement des personnes dans la conduite, ce qui transformerait profondément les règles ayant cours dans la Cité assurantielle.

La clause de bonus-malus remplit donc le double but de fixation des grandeurs individuelles à l'intérieur d'un cadre collectif et d'incitation à la prudence des conducteurs. (Henriet & Rochet 1986) Néanmoins, elle ne peut fonctionner que si le résultat des épreuves est accessible aux assureurs. En conséquence, le législateur oblige l'assuré à déclarer les sinistres qu'il a connu sur les cinq dernières années, et permet le partage d'un tel relevé d'information à tous les assureurs, qui l'obtiennent soit de l'assuré, soit via un service Minitel. Cacher une telle information, c'est frauder et donc ne pas apporter sa juste part au bien commun. C'est là un point fondamental qui va poser des difficultés dans les domaines où la diffusion de l'information est légalement limitée, comme c'est le cas de la santé.

## **Secret médical et médecine prédictive**

Plaçons-nous maintenant dans le cadre de l'assurance santé. Bien que nous nous situions ici dans le cadre de l'assurance obligatoire, où le phénomène d'antisélection (14) est limité, toute l'information connue de l'assuré doit être connue de l'assureur, ou plus exactement du médecin-conseil de l'assureur. Comme nous l'avons vu pour l'assurance responsabilité civile automobile, c'est cette information qui va déterminer la hauteur des primes. Cacher ces informations, c'est prétendre qu'on est plus grand qu'on ne l'est en réalité. Bien évidemment,

ce partage de l'information est contraire au secret médical, puisqu'il n'est pas fait au nom d'un quelconque "intérêt thérapeutique" du patient. Il s'agit ici uniquement d'éviter la fraude pour l'organisme indemnisateur ; en conséquence, c'est lui qui porte la charge financière des contrôles effectués. Or, c'est le même type de mécanisme qui, dans le cadre de la sécurité sociale, donne la possibilité aux médecins-conseils de vérifier la conformité des dires de l'assuré en utilisant son dossier médical, voire en l'examinant, et ce, en particulier dans le cadre des maladies professionnelles et des invalidités qui peuvent leur être liés,

Ainsi, sur ce point, les deux types d'assurance adoptent des mesures du même ordre. Pourtant, l'intrusion opérée par les médecins-conseils de la sécurité sociale est parfaitement admise, car perçue comme étant de l'ordre de l'intérêt général, alors que l'intervention des représentants de l'assureur, pourtant eux-mêmes médecins, est dénoncée comme discriminants ou attentatoires à la vie privée (15). L'extension de ces contrôles en est la cause : là où l'assurance sociale porte son effort de vérification uniquement sur la déclaration des dommages (mesure des grandeurs des personnes a posteriori), l'assurance privée inclut également des contrôles à l'entrée (mesure des grandeurs des personnes a priori). Ceux-ci passent par les questionnaires de santé, déjà employés dans de nombreuses assurances (décès, invalidité), mais également par des visites médicales et des batteries d'examen. Le souci de vérification des assureurs peut être ainsi arrêté par les coûts induits par de telles procédures. Et c'est précisément sur ce point que l'introduction de tests prédictifs dans le domaine de la santé apporte un bouleversement radical.

L'assurance de personnes a connu un grand essor de par le développement de l'outil statistique, et en particulier de la stabilisation de la notion de corrélation, dépassant le problème de la causalité (Desrosières, 1993). Dans le champ de la santé, elle fut très tôt utilisée après la mise en place des codifications de mortalité, et la corrélation forme aujourd'hui l'un des piliers de l'épidémiologie. On peut ainsi comparer les prévalences de cancer suivant le département, le type d'habitation ou la catégorie socioprofessionnelle (Haut Comité de la Santé Publique, 1994). De la même façon qu'en automobile, ces critères pourraient être retenus par une assurance-santé, et ils le sont dans une certaine mesure à travers les assurances complémentaires des mutuelles à caractère professionnel et/ou géographique, sélectionnant a priori leurs adhérents/mutualistes sur ce type de critère.

Mais au-delà de ces grandeurs pensées comme collectives, d'autres facteurs considérés comme individuels tels que la consommation de tabac, d'alcool, la pratique du sport ou l'hérédité sont également prises en compte par les épidémiologues. Les assureurs ne pouvaient que difficilement les utiliser, de par la difficulté de vérification de telles pratiques. Les développements de la médecine prédictive, et en particulier l'apparition de tests introduit de nouvelles possibilités. En agissant comme de véritables "boîtes noires" (16), avec un résultat supposé fiable et reproductible, permettant donc l'accord et l'accès au diagnostic sans l'examen expert du corps (17), les procédures de vérification peuvent être standardisées, localisées et leur coût minimisé (18). Ces tests permettent de déterminer le risque de chaque assuré quant à ces pathologies et l'information doit en conséquence être disponible aux assureurs. L'exemple du VIH dans les assurances décès et invalidité (AIDES 1993) est éclairant : pour quelques dizaines de francs, l'assureur dispose d'une information qui va faire varier la grandeur de l'assuré en proportion bien plus importante. Pour l'assurance dissimuler sa séropositivité n'est pas protéger sa vie privée, mais au contraire mettre en péril le bien commun en n'acceptant pas de verser la prime qui correspond à son risque.

Cet exemple semble néanmoins contrevenir aux règles de la Cité que nous avons développées précédemment : en effet, la séropositivité est attachée de façon permanente aux personnes. De plus, peut-on considérer que les personnes atteintes par le VIH sont responsables de leur état (19) ?

## Responsabilité et devoir de santé

Est-on responsable de sa santé comme d'un accident de voiture ? C'est la question centrale de l'admission de l'équité actuarielle dans le domaine de la santé. Bien que l'idée de la responsabilité des malades dans leur maladie soit très ancienne, elle est toujours répandue pour certaines pathologies (Herzlich & Pierret 1992). Or, la sociologie de la critique nous a montré que la responsabilité (20) était toujours une attribution de responsabilité (Boltanski 1984, Chateauraynaud 1991). Ainsi fumer est habituellement considéré comme une conduite individuelle, engageant donc la responsabilité des assurés. Pourtant, il existe de fortes corrélations entre la consommation de tabac par les enfants et celle des parents, qui seraient alors responsables de leur tabagie. D'autre part, des procédures sont actuellement en cours aux USA pour condamner les cigarettiers pour dommages à la santé parce qu'ils auraient créé, en toute connaissance de cause, une dépendance chez leurs clients. Sur ce canevas ancien, la médecine prédictive, parce qu'elle donne une réponse individuelle, et non plus statistique (21), permet un mode d'imputation plus immédiat (22).

Ainsi, tant qu'il n'existe pas de test anticorps anti-VIH et que le rôle du virus n'est pas précisé, la responsabilité des sidéens de par leur "mode de vie" est difficile à mettre en oeuvre (Pollak 1988). Au contraire, après la mise au point du test et la clôture des modes de transmission du virus, les séropositifs peuvent être rendus responsables de leur condition. Cette attribution est opérée par la focalisation sur le moment de la contamination, limitant, similairement à l'accident automobile, les responsabilités aux personnes présentes. Le test est alors le médiateur entre la souffrance rejetée dans le futur et le comportement présent ou passé. Point de passage, il permet le basculement entre une prise en charge automatique pour les futurs malades ou une mise à charge pour les responsables du passé. Si cette attribution est légitime, il est juste de prendre en compte le résultat du test dans la détermination de la prime. En effet, c'est par leur manque de prévention à un moment donné que les personnes atteintes ont contracté une telle condition (23). La séparation des éléments qui sont le résultat d'épreuves antérieures et de ceux qui en sont indépendants est donc cruciale puisque c'est elle qui va permettre d'établir les critères de détermination des grandeurs des individus. Et cela inclut également les tests génétiques dont la diffusion est la plus avancée.

En effet, pourquoi les écarter de ce processus de séparation? Certes, leur résultat est souvent considéré comme le produit de la nature sur laquelle nul ne peut agir. La nouvelle sociologie des sciences nous a appris que la frontière nature-société n'était pas un donné, mais bien le résultat d'un processus (24). Le test anténatal de détection de la Trisomie 21 nous en fournit un bon exemple avant son introduction, la naissance d'un trisomique est le résultat malheureux de la nature, après, c'est celui de la décision sociale des parents qui lui ont donné (et laissé) la vie. En conséquence, ceux-ci peuvent être tenus responsables de la charge supplémentaire qu'il peut faire peser sur la collectivité des assurés, et donc doivent payer des primes plus élevées (25). A l'heure actuelle, en France, la plupart des acteurs considèrent qu'une différenciation de grandeur sur des critères génétiques n'est pas légitime (26), comme l'entérinent les lois "bioéthique". De même, François Bourguignon et Jean-Jacques Duby (1995), dans une approche micro-économique, conçoivent la différenciation par la génétique comme une dérive à éviter par la resolidarisation entre les personnes, c'est-à-dire l'égalité de leurs grandeurs.

Néanmoins, à l'exception de quelques affections monogéniques, les maladies naissent de la combinaison entre des prédispositions génétiques, un environnement et des comportements. La médecine prédictive, en mettant à jour les prédispositions, indique une différence de grandeur entre les individus suivant le corps qui leur est donné, mais également suivant les comportements qu'ils vont adopter. S'ils ne peuvent changer de corps comme de voiture, la

détermination des caractéristiques naturelles des personnes permet de connaître en négatif ce qui est de l'ordre du comportement, qui peut donc être pris en compte pour faire varier leur grandeur et donc la prime qu'ils paieront. C'est par exemple le cas de l'alimentation. S'il est difficile de changer d'environnement, souvent lié au lieu de travail, changer les graisses animales en graisses végétales et consommer du poisson au lieu de viande rouge est souvent vu comme de notre ressort (27). Mais en attribuer la responsabilité aux individus, c'est faire fi des résultats de la sociologie critique (Bourdieu 1979), qui a établi le rôle de la distinction sociale dans les consommations alimentaires.

Adopter la différenciation des grandeurs pour les comportements, c'est imposer un devoir de santé aux individus, comme ils ont un devoir de prudence au volant de leur automobile. Cette perspective est souvent dénoncée comme une idéologie attentatoire à la liberté (Agora 1994) alors que dans le monde de l'assurance, pour peu que les incitations financières aient effectivement un effet sur les comportements (28), c'est favoriser l'apparition de comportements favorables non seulement à l'individu pour sa santé, mais également pour l'ensemble de la communauté des assurés, de par la réduction des dépenses de santé qui s'en suit.

## **Conclusion**

Nous avons montré que les assureurs privés développaient une argumentation s'appuyant sur un principe de justice, l'équité actuarielle. En le travaillant sur le modèle de la Cité développée par Luc Boltanski et Laurent Thévenot, nous avons exploré les limites de son application dans un cadre d'assurance obligatoire. L'assurance responsabilité civile automobile réalise presque purement ce principe. Son passage dans le domaine de la santé impliquerait la modification du secret médical et la prise en compte du "capital santé" des individus (29). La médecine prédictive, en détachant son diagnostic de la souffrance des malades, rejetée dans le futur, et en attachant la santé des personnes à ce qu'elles sont et font dans le présent, permet à la fois la possibilité d'attribution de risques différenciés entre les personnes et facilite l'attribution de responsabilité envers elles-mêmes.

Dans notre système de sécurité sociale, les actions de santé publique et de prévention sont déconnectées des cotisations et des indemnités, pouvant les rendre inefficaces, et ne préconisant aucune action envers ceux qui, bien qu'informés, persisteraient dans des comportements nuisibles à leur santé. En revanche, l'assurance privée combine trois régimes de traitement de la maladie en assurant une action préventive favorisant la santé globale de la population de par la responsabilisation des individus dans leur état tout en permettant la réparation des dommages lorsqu'ils ont eu lieu. En favorisant ainsi le "devoir de santé", l'introduction d'un système d'assurance privée achèverait une poursuite de la biopolitique (Foucault 1976). De sa capacité empirique d'y plier les corps aussi aisément que les voitures dépend son avenir.

## **Notes**

(1) Je remercie particulièrement Luc Boltanski qui a dirigé la recherche qui a abouti à cet article, et dont l'oeuvre a profondément influencé son contenu, ainsi que Claudine Herzlich, Janine Barbot, Elisabeth Claverie, Sophie Montant, Francis Chateauraynaud, Sebastian Mc Evoy, Cyril Lemieux, Nicolas Dodier, et Philippe Reymond pour la lecture attentive et les remarques qu'ils ont faites sur des versions antérieures.

(2) Nous décrivons ici très schématiquement la théorie avant de développer notre propos sur la Cité de l'Assurance. Pour une plus ample présentation, voir Nicolas Dodier, "Agir dans plusieurs mondes", Critique, 531, Juin-Juillet 1991, pp.427-458.

(3) Nous utilisons ici l'axiomatique développée dans (Boltanski & Thévenot, 1991, en particulier pp.96-102). Nous indiquons dans la suite entre parenthèses le numéro des axiomes.

(4) Ce point, fondamental, est difficilement accepté en pratique par les assurés pour qui ces effets de groupe sont perçus comme inexistantes. Pour expliquer cela, soulignons que la commercialisation des assurances, contrairement aux mutuelles, se concentre sur une relation client/fournisseur de services dans laquelle il n'est jamais fait allusion à la communauté des assurés, indispensable à la bonne marche de l'assurance.

(5) La prise de risque supplémentaire opérée par les assurés parce qu'ils sont couverts, appelé risque moral par les assureurs, limite le champ d'application de l'assurance et est l'une des grandes préoccupations des assureurs qui cherchent à le limiter le plus possible.

(6) Bien évidemment, cela implique d'avoir une capacité monétaire suffisante pour acheter un véhicule terrestre à moteur, l'approbation de l'État à travers la délivrance du permis de conduire, etc. Ces éléments contreviennent donc au principe de commune humanité.

(7) Annexe à l'article A121-1, Code des Assurances, Paris, Dalloz, 1994.

(8) Courrier International n°178, 31 Mars- 6 Avril 1994. Le fait que cette corrélation ne soit pas prise en compte montre les limites de la pureté du monde de l'assurance, où interviennent des éléments extérieurs à l'équité actuarielle.

(9) Ceux-ci voient leur coefficient majoré au maximum de 100%, justifié par la corrélation statistique quasi-universelle entre leur manque d'expérience et le risque d'accident très élevé qu'ils représentent. Néanmoins, s'ils ont eux-mêmes fait preuve d'investissement en choisissant la conduite accompagnée, cette majoration est réduite de moitié.

(10) Il contient en particulier la Convention Générale Inter-Sociétés de Règlement de Sinistre Automobile (IRSA), qui définit l'utilisation d'une grille de codage partant du constat pour définir les parts de responsabilités des conducteurs.

(11) Il ne peut varier qu'entre 0,5 et 4. L'axiome de commune dignité est respecté parce que toute personne peut atteindre le bonus maximal (0,5).

(12) Les excès de vitesse et autres infractions ne peuvent l'être qu'en cas de sinistre ou de retrait de permis.

(13) A l'exception de la voie judiciaire, mais les assureurs ajustent les dispositifs sur la jurisprudence, ce qui ne génère que peu de décisions qui leur sont contraires.

(14) "Mécanisme dû à l'asymétrie d'information entre assureur et assurés par lequel, dans une population hétérogène, les plus mauvais risques sont les plus gros demandeurs d'un contrat d'assurance donné" in Dictionnaire de l'Economie de l'Assurance, Risques, 1994/17, p.12.

(15) La controverse autour de l'exception assurantielle à la loi Evin "anti-discrimination" fournit un bon exemple de cette dénonciation.

(21) Le résultat peut lui-même s'exprimer sur un mode statistique (vous avez x% de chances de développer la chorée du Huntington), mais le x% et le vous sont intimement liés par le résultat du test et non plus par la moyenne corrélée sur une population. Une bonne illustration de ce changement est donnée par Terrenoire G., "Médecine prédictive, l'épreuve de l'expérience : dépistage présymptomatique de la maladie de Huntington", Sciences Sociales et Santé, Vol.XI, n°3-4, octobre 1993.

(22) Dire ici que le résultat est individuel, ce n'est que souligner les propriétés du dispositif qui font émerger du corps une réponse particulière dans un espace de calcul. Pierre Rosanvallon (1995, pp.33-36) en conclut que ces différences ne peuvent être collectivisées, nous soutenons au contraire qu'un travail de montée en généralité sur des résultats individuels attribués par la médecine prédictive est possible comme le montre l'exemple des associations de lutte contre le SIDA ou le Telethon.

- (23) La question de l'irréversibilité demeure, lié à une tension inhérente au modèle développée sur la fréquence acceptable des épreuves, Elle peut être résolue en différenciant plusieurs populations à l'intérieur même des personnes atteintes, dont le comportement ferait varier le risque de passage en phase SIDA (ou la nécessité de soins importants) et donc la hauteur de prime, ainsi, bien entendu, que par les bouleversements de la connaissance médicale.
- (24) Pour une présentation synthétique, voir B. Latour, Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'Anthropologie symétrique, Paris, La Découverte, 1991.
- (25) Cet énoncé peut rappeler les théories eugénistes, mais le dispositif de test, avec l'avortement qui peut lui être associé, est lui-même un dispositif d'eugénisme "positif". D'autre part, il permet de maintenir la commune dignité (a3), puisque l'enfant ne serait pas pénalisé pour son risque plus élevé (si tant est que ce soit le cas).
- (26) "Tests génétiques et assurances", entretien avec Axé Kahn, Risques, 1994/19 pp. 95-109.
- (27) Sinon comment comprendre l'engouement pour les livres de nutrition et autres régimes ?
- (28) C'est le cas partiellement pour la consommation de tabac.
- (29) Cela implique également une possibilité univoque d'évaluation des dommages, comparable à ce qui existe en expertise automobile, et qui s'appuie en particulier sur l'Argus. Le mouvement actuel de standardisation du coût des actes hospitaliers va dans ce sens.

### Références Bibliographiques

- AIDES, 1993, Assurance des séropositifs : hypocrisie...ou incurie ?. Agora, 1994, Idéologies de la prévention, n°30, Printemps
- Boltanski L., 1975, "Les usages sociaux de l'automobile : concurrence pour l'espace et accidents", Actes de la Recherche en Sciences Sociales, n°02, pp.25-49.
- Boltanski L., 1984 (avec Darré Y. et Schiltz M-A), "La Dénonciation", Actes de la Recherche en Sciences Sociales, n°51, pp.3-40.
- Boltanski L. & Thévenot L., De la Justification. Les Economies de la Grandeur, Paris, Gallimard, 1991.
- Bourdieu P., 1979, La Distinction. Critique Sociale du Jugement, Paris, Minuit.
- Bourguignon F., Duby J-J., 1995, "Médecine prédictive : nouvelles inégalités ou nouvelles solidarités", Risques, n°21, Janvier-Mars, pp.125-137.
- Chateauraynaud F., La Faute Professionnelle. Une sociologie des conflits de responsabilité, Paris, Métailié, 1991.
- Desrosières Alain, 1993, La politique des grands nombres. Histoire de la Raison Statistique, Paris, La Découverte.
- Dodier N., 1994, "Causes et mises en cause. Innovation sociotechnique et jugement moral face aux accidents du travail", Revue Française de Sociologie XXXV, 251-281.
- Ewald F., 1982, L'accident nous attend au coin de la rue. Etude de sociologie juridique, Paris, La Documentation Française.
- Foucault M., 1976, Histoire de le Sexualité : Tome 1.La Volonté de Savoir Paris, Gallimard.
- Haut Comité de la Santé Publique, 1994, La Santé en France. Rapport Général, Paris, La Documentation Française.
- Henriet D., Rochet J-C, 1986, "La logique des systèmes bonus-malus en assurance automobile : une approche théorique", Annales d'Economies et de Statistique, n°1, pp.133-152.
- Herzilch C. & Pierret J., 1991, Malades d'hier, Malades d'aujourd'hui, Paris, Payot (1 ère édition 1984).
- Pollak M., 1988, Les Homosexuels et le Sida. Sociologie d'une épidémie, Paris, Métailié,
- Rosanvallon P., 1995, La nouvelle question sociale. Repenser l'Etat-Providence, Paris, Seuil.