

Qui doit partager le risque avec qui ?

par Arthur Charpentier

Avant de déterminer le « juste prix » d'un risque, une assurance doit déterminer le collectif au sein duquel les pertes seront partagées. Ce texte revient sur l'histoire de cette construction, des sociétés de secours mutuels aux techniques contemporaines de classification.

Une assurance ne fait pas qu'attribuer un prix à un risque. Elle réalise deux opérations que l'on confond souvent. Pour l'assuré, elle est d'abord un transfert : contre une prime certaine, il cède à l'assureur tout ou partie de la perte aléatoire qu'il pourrait subir. Mais l'assureur ne fait pas disparaître cette incertitude. Il la porte dans un portefeuille où les contributions d'un grand nombre financent les pertes de quelques-uns. L'assurance est donc aussi un partage du risque.

Cette seconde opération soulève elle-même deux questions. Avec qui partage-t-on ? Autrement dit, qui appartient au collectif assuré ? Et comment partage-t-on ? Une fois ce collectif constitué, quelles différences de risque doivent être traduites dans les primes, les franchises ou les garanties, et lesquelles doivent rester mutualisées ? Les deux questions sont liées, mais elles ne sont pas identiques. Une règle tarifaire peut changer sans que le groupe change ; inversement, une règle de prix peut finir par transformer le groupe si elle pousse certains à sortir, rend la couverture inaccessible à d'autres ou conduit l'assureur à refuser certains profils.

À mesure que les techniques de classification deviennent plus précises, cette distinction devient essentielle. Le débat sur le « juste prix » porte surtout sur la manière de répartir la charge à l'intérieur du groupe. Il peut alors masquer une question plus fondamentale : qui acceptons-nous encore d'assurer ensemble ?

De l'aide à la créance

Lorsqu'une maison brûle, son propriétaire peut recevoir plusieurs centaines de milliers d'euros alors qu'il n'a versé qu'une petite fraction de cette somme en primes. L'argent ne vient évidemment pas de son seul contrat. Il provient des cotisations des assurés, des revenus financiers associés et, lorsque cela est nécessaire, des fonds propres de l'assureur ou de ses réassureurs. Celui qui subit aujourd'hui une perte importante bénéficie donc de ressources que d'autres ont apportées sans savoir à qui elles seraient finalement versées.

Nous parlons pourtant rarement de ces autres assurés. Lorsque je paie mon assurance habitation, je ne sais pas quelle famille bénéficiera de ma contribution si sa maison brûle. Si ma propre maison est détruite, je ne connais pas ceux dont les primes ont contribué à financer mon indemnisation. Je ne leur dois rien personnellement, et ils ne pourront pas me demander plus tard le remboursement de ce qu'ils ont versé. L'assurance organise une circulation de ressources entre des personnes qui n'ont généralement aucune relation directe les unes avec les autres.

Une partie de l'histoire de l'assurance passe précisément par la construction de tels collectifs. Les confréries, les caisses de métier, les sociétés de secours mutuels et les organisations fraternelles permettaient à leurs membres de faire face à la maladie, à l'accident, au décès ou aux frais funéraires. Ces institutions étaient souvent locales et professionnelles, et leurs règles pouvaient être moralisatrices ou excluantes. Elles ont néanmoins contribué à une transformation essentielle : l'aide ne dépendait plus seulement de la bonne volonté d'un bienfaiteur.

À Paris, au XVIII^e siècle, des sociétés de compagnons demandaient déjà des cotisations régulières donnant droit à des secours en cas de maladie, de vieillesse ou d'incapacité. David Garrioch montre que ces caisses fixaient des conditions d'entrée, parfois des limites d'âge ou des contrôles, et organisaient des prestations définies à l'avance. Le collectif était donc relativement fermé (un métier, une confrérie, des

conditions d'admission) mais, à l'intérieur, la cotisation ouvrait un droit conditionnel sur des ressources communes.

La différence avec la charité est décisive. Dans une relation charitable, celui qui possède choisit de donner. Dans une société de secours, celui qui a cotisé appartient à l'institution qui distribue l'aide. Lorsqu'un événement prévu par les règles se produit, il peut demander un secours parce qu'il est membre du groupe. François Ewald l'a montré pour l'accident du travail : lorsque les accidents industriels cessent d'être traités seulement comme des fautes individuelles et deviennent des événements statistiques attachés à une activité collective, leur prise en charge peut être organisée à l'avance. Le malheur privé devient une créance sur une institution.

David Graeber a noté qu'une dette quantifie une obligation qui peut, en principe, être acquittée. L'assurance fonctionne autrement : celui qui reçoit beaucoup du *pool* des personnes assurées avec lui n'acquiert pas une dette envers ceux qui ont financé son indemnité, et celui qui cotise pendant trente ans sans sinistre ne devient pas leur créancier. Le mécanisme accepte précisément que les comptes individuels ne s'équilibrent pas. L'assurance n'est pas seulement un échange bilatéral entre un client et une compagnie. Derrière cette relation existe toujours une pluralité de personnes dont les ressources portent les pertes de quelques-unes.

Avec qui ? Il n'existe pas de *pool* naturel

Le vocabulaire technique donne parfois l'impression que le *pool* des personnes qui partagent le risque préexiste au calcul. On observerait une population, on mesurerait ses risques, puis on répartirait les pertes entre ses membres. En réalité, la population pertinente doit elle-même être constituée.

Prenons l'assurance automobile. On pourrait imaginer un collectif réunissant tous les automobilistes d'un pays. On peut aussi distinguer les jeunes conducteurs des conducteurs expérimentés, les usages professionnels des usages privés, les territoires urbains des territoires ruraux, les véhicules puissants des autres. On peut encore subdiviser ces catégories selon les kilomètres parcourus, les antécédents de sinistres et, avec la télématique, les heures de conduite ou certains comportements observés au volant. Aucune de ces distinctions n'est en soi absurde. Mais les données ne disent pas spontanément à quel niveau il faudrait cesser de subdiviser.

L'histoire des mutuelles rend particulièrement visible ce travail de construction. Avec Pierre-Charles Pradier, nous avons étudié plusieurs cas dans lesquels le groupe existe avant que soient arrêtées les modalités précises du partage. *State Farm* est fondée dans l'Illinois en 1922 autour de conducteurs ruraux qui estiment que les tarifs automobiles existants ne reconnaissent pas leur moindre exposition au risque. Ici, le collectif mutualiste ne se constitue pas pour empêcher la classification, mais au contraire pour obtenir une classification jugée plus adéquate. *La Mutuelle des Motards*, créée en France en 1983 dans le prolongement d'un mouvement de motards confrontés à des primes élevées, des refus et des résiliations, part d'un autre problème : garantir l'accès et la continuité de la couverture à un groupe déjà organisé. Les *Factory Mutuals* américains réunissent quant à eux des propriétaires industriels autour de l'inspection, de l'ingénierie et de la prévention des incendies. Enfin, *La Crema*, en Andorre, illustre un collectif territorial de petite taille où information locale, interactions répétées et sanctions communautaires rendent possible une forme spécifique de partage.

Ces exemples montrent pourquoi il faut distinguer le *avec qui* du *comment*. Un même statut mutualiste peut produire des règles très différentes. *State Farm* conteste une catégorie trop large ; la *Mutuelle des Motards* cherche à préserver l'accès d'un groupe considéré comme coûteux ; les *Factory Mutuals* conditionnent la couverture à des efforts de prévention. Le fait d'appartenir au même collectif ne dit donc pas encore combien chacun doit payer ni quelles différences seront mutualisées.

Turo-Kimmo Lehtonen et Jyri Liukko distinguent à cet égard plusieurs formes de solidarité. Une première tient au hasard : des personnes mettent des ressources en commun parce qu'elles ignorent laquelle subira effectivement le sinistre. Une deuxième tient aux différences de risque : des personnes dont les probabilités de perte sont connues comme différentes ne supportent pas intégralement cet écart dans leurs contributions. Enfin, une troisième tient au revenu : la contribution dépend aussi de la capacité à payer. Ces dimensions peuvent se combiner. Deux personnes peuvent donc appartenir au même collectif tout en contribuant selon leur risque, leur revenu, ou une combinaison des deux.

Le calcul économique ne tranche pas tout

Cette question est évidemment au cœur d'une immense littérature économique. Les travaux de Karl Borch sur le partage efficace des risques, puis ceux de Michael

Rothschild et Joseph Stiglitz sur les marchés d'assurance avec information imparfaite, montrent pourquoi certains arrangements sont plus efficaces ou plus stables que d'autres. Si les assureurs ne distinguent pas des risques très différents, les personnes les moins exposées peuvent chercher ailleurs des contrats moins chers, laissant dans le portefeuille une proportion croissante de risques élevés. Une règle de partage peut donc être généreuse dans son intention et néanmoins déstabiliser le collectif qui la rend possible.

Prendre ces résultats au sérieux ne signifie toutefois pas que l'efficacité décide seule de l'architecture légitime du partage. Elle permet de comparer des arrangements une fois précisés des objectifs, des contraintes et des populations. Elle ne détermine pas à elle seule quels risques doivent relever d'un même dispositif, quelles différences doivent être converties en prix ni quel niveau d'accès à l'assurance une société souhaite garantir. Entre deux arrangements financièrement soutenables, le choix peut aussi dépendre de l'égalité, de la continuité de la protection, de la responsabilité, de la capacité à payer ou des droits que l'on souhaite préserver.

Elizabeth Popp Berman a montré, dans un autre contexte, comment un « style de raisonnement économique » centré sur l'efficacité, le rapport coût-efficacité, les incitations et la concurrence s'est progressivement imposé dans la politique publique américaine, parfois au détriment d'autres registres de justification fondés sur l'universalité, l'égalité, les droits ou le pouvoir. La leçon n'est pas qu'il faudrait abandonner l'efficacité. Elle est qu'un critère d'évaluation, aussi indispensable soit-il, ne doit pas être confondu avec la totalité du choix politique. Le calcul actuariel peut dire ce que coûte une règle, quels comportements elle risque de provoquer et si elle est soutenable. Il ne peut pas décider seul ce que nous voulons continuer à porter ensemble.

Classer sans dissoudre le collectif

L'assurance a toujours vécu dans une tension entre regroupement et différenciation. Daniel Bouk montre que l'assurance-vie américaine du XIXe siècle reposait déjà sur deux mouvements contradictoires. D'un côté, le *smoothing*, le lissage statistique : dans une population suffisamment grande, les irrégularités individuelles font apparaître des régularités qui rendent le calcul possible. De l'autre, le *classing*, la

classification : les assureurs cherchent à distinguer les individus pour ne pas faire payer le même prix à des personnes qu'ils estiment exposées à des risques différents.

Aucun des deux principes ne peut éliminer complètement l'autre. Sans regroupement, les statistiques qui permettent de calculer les risques perdent leur base. Sans classification, des différences jugées importantes restent cachées dans les moyennes. L'assurance n'a donc jamais été un monde de mutualisation indifférenciée auquel les données contemporaines auraient soudain substitué la personnalisation. Les tables de mortalité classent selon l'âge ; l'assurance automobile tient compte de l'expérience de conduite, du véhicule ou des antécédents de sinistres ; l'assurance-vie peut prendre en compte l'état de santé.

Ce qui change aujourd'hui est surtout la finesse avec laquelle les distinctions peuvent être produites. Greta Krippner et Daniel Hirschman montrent que les classifications assurantielles et financières traditionnelles reposaient souvent sur des catégories identifiables : une tranche d'âge, un sexe, une profession, un territoire. Elles pouvaient être contestées parce que leur frontière était visible. Les dispositifs contemporains combinent beaucoup plus de caractéristiques sans produire nécessairement de groupes socialement reconnaissables. Deux assurés peuvent recevoir un prix voisin parce que des combinaisons différentes de variables conduisent le modèle au même coût attendu.

Marion Fourcade et Kieran Healy décrivent cette évolution comme l'une des dimensions d'une « société ordinale », dans laquelle des traces toujours plus nombreuses servent à classer, noter et ordonner les individus. Pour l'assurance, la conséquence est particulière : chaque distinction nouvellement disponible peut devenir un argument pour modifier la règle de partage et, parfois, pour redessiner le collectif lui-même.

Ce que la connaissance rend visible

Supposons un groupe de 100 000 assurés pour lequel l'assureur prévoit, sur une année, 50 millions d'euros de sinistres indemnisables, soit un coût attendu moyen de 500 euros par personne. Tant que l'on ne dispose pas d'information supplémentaire, demander en moyenne 500 euros à chacun paraît une manière naturelle de financer cette charge attendue.

Un nouveau modèle montre maintenant que la moitié des assurés présente un coût attendu de 300 euros et l'autre moitié de 700. Continuer à demander 500 euros à tous permet toujours de financer les mêmes 50 millions d'euros. À ce stade, le collectif n'a pas changé : ce sont toujours les mêmes 100 000 personnes. Ce qui devient visible et contestable est la règle interne de partage. On peut désormais dire que les premiers contribuent davantage que le coût qui leur est statistiquement attribué et les seconds moins.

Le transfert entre catégories n'a pas été créé par le modèle. Pourquoi devrais-je payer 500 euros si l'assureur estime mon coût à 300 ? La question est compréhensible. Mais l'information ne commande pas une seule réponse. On peut maintenir la cotisation commune, appliquer 300 et 700, plafonner l'écart, financer une partie de la différence autrement ou utiliser l'information pour la prévention plutôt que pour le tarif.

C'est dans un second temps que le *comment* peut modifier le *avec qui*. Si les personnes évaluées à 300 euros quittent le portefeuille pour obtenir un meilleur prix ailleurs, le groupe restant devient plus risqué. Si celles évaluées à 700 euros ne peuvent plus payer ou sont refusées, elles sortent elles aussi du collectif. La distinction entre périmètre et règle interne n'est donc pas une séparation artificielle : elle permet de comprendre une dynamique dans laquelle une modification du prix finit par transformer la composition du groupe.

La même information peut d'ailleurs servir à autre chose qu'à segmenter. Savoir qu'un territoire est davantage exposé aux inondations peut conduire à augmenter les primes, mais aussi à renforcer les réserves, acheter davantage de réassurance, financer des ouvrages de protection ou modifier les règles d'urbanisme. Le modèle améliore la connaissance du risque et c'est à l'institution de décider de la conséquence attachée à cette information.

À qui appartient « son » risque ?

La segmentation s'appuie souvent sur une formule intuitive : chacun devrait payer pour le risque qu'il « apporte » au groupe. Elle est utile dans le calcul actuariel. Elle devient plus problématique lorsqu'elle est transformée en théorie générale de la responsabilité.

Certaines différences dépendent assez directement d'actions individuelles. Mais beaucoup de risques combinent comportements, conditions sociales, infrastructures, histoire et hasard. L'habitant d'une zone inondable apporte statistiquement davantage de risque au portefeuille ; l'exposition de son logement dépend aussi de l'urbanisme, des ouvrages de protection, de l'artificialisation des sols et du climat. Un salarié qui conduit la nuit peut présenter un risque automobile plus élevé sans choisir ses horaires. Un état de santé peut être associé à des habitudes tout en dépendant du travail, du revenu, de l'environnement ou de l'accès aux soins.

Pour construire un prix, l'assureur doit ramener cette histoire à des variables mesurables. Le glissement apparaît lorsqu'on relit ensuite le calcul en sens inverse : puisque le modèle attribue à une personne un coût attendu, ce coût serait naturellement le sien. Nos institutions refusent déjà régulièrement ce passage. Le droit européen interdit de faire du sexe une source de différences individuelles de primes et de prestations et l'information génétique est fortement limitée en assurance dans de nombreux pays. Les différences statistiques ne sont pas nécessairement niées : leur conversion en différences de traitement est encadrée.

Même le modèle le plus personnalisé reste construit à partir d'informations produites par d'autres personnes et de régularités apprises dans des populations. Il utilise le collectif pour attribuer une probabilité à l'individu, puis cette probabilité peut servir à réduire ce que l'individu partagera avec le collectif. Il y a là un paradoxe assez simple : plus nous avons besoin des autres pour connaître « notre » risque, plus cette connaissance peut servir à justifier que nous en portons seuls une part croissante.

Qui voulons-nous assurer ensemble ?

Il ne faudrait pas conclure que la bonne assurance serait celle qui renonce à toute segmentation. Un collectif qui ignore systématiquement des différences importantes peut devenir instable, et une assurance doit collecter suffisamment de ressources pour tenir sa promesse lorsque les sinistres surviennent. Le calcul actuariel fixe ici une contrainte réelle.

Mais cette contrainte n'impose pas une seule architecture. Pour financer un même montant attendu de pertes, on peut différencier fortement les prix, rendre l'assurance obligatoire, interdire certaines classifications et compenser les assureurs

qui accueillent des populations plus risquées, subventionner les primes, élargir le financement par l'impôt, ou agir directement sur le risque par la prévention. Le calcul actuariel permet d'estimer le coût de ces solutions, leur stabilité et leurs effets prévisibles. Il ne fournit pas les poids à donner à l'égalité, à l'autonomie, à l'accessibilité, à la responsabilité ou à la continuité de la protection. Il éclaire le choix sans le trancher.

La mutualisation n'oppose donc pas simplement le marché à la solidarité. Une compagnie privée constitue elle aussi un collectif d'assurés ; un régime public doit lui aussi fixer des frontières, définir des garanties et décider quelles pertes restent à la charge des individus. Ce qui distingue les dispositifs tient à deux choix qu'il faut garder séparés : le périmètre de ceux qui sont réunis et la règle selon laquelle ils partagent à l'intérieur.

L'expression de « communauté de risque » peut alors être trompeuse. Elle suggère que le groupe aurait été constitué par le risque lui-même. Pourtant, des personnes soumises au même danger peuvent appartenir à des collectifs différents selon leur pays, leur emploi, leur statut ou le contrat auquel elles ont accès. À l'inverse, des personnes exposées à des niveaux de risque très différents peuvent être réunies parce qu'une institution a décidé de les faire contribuer ensemble. L'assurance ne se contente pas de découvrir des communautés de risque : elle les fabrique.

Plus nous saurons mesurer les différences entre les risques, moins ces choix pourront rester cachés dans les moyennes. Décider que des personnes présentant des risques différents paieront malgré tout des prix proches n'est pas une erreur de calcul : c'est choisir de maintenir une partie de ces différences dans le partage. Décider de les répercuter davantage dans les prix n'est pas simplement laisser parler les données : c'est choisir une autre règle, avec la possibilité qu'elle finisse aussi par produire un autre collectif. Nous calculons des risques individuels, mais l'assurance reste une institution collective. Entre la mesure de l'un et la constitution de l'autre, il demeure un choix.

Pour aller plus loin

- Elizabeth Popp Berman, *Thinking like an Economist. How Efficiency Replaced Equality in U.S. Public Policy*, Princeton University Press, 2022.
- Karl Borch, « Equilibrium in a Reinsurance Market », *Econometrica*, vol. 30, no 3, 1962, p. 424-444.

- Daniel Bouk, *How Our Days Became Numbered. Risk and the Rise of the Statistical Individual*, University of Chicago Press, 2015.
- Arthur Charpentier, *Insurance, Biases, Discrimination and Fairness*, Springer, 2024.
- Arthur Charpentier, *La société au prix du risque. Assurance, algorithmes et climat à l'âge de la prédiction*, édition ouverte, 2026.
- Arthur Charpentier et Pierre-Charles Pradier, « Mutual Insurance and the Governance of Risk: User Control and Institutional Change », manuscrit soumis pour publication, 2026.
- François Ewald, *L'État providence*, Grasset, 1986.
- David Garrioch, « Mutual Aid Societies in Eighteenth-Century Paris », *French History and Civilization*, vol. 4, 2011.
- David Graeber, *Debt: The First 5,000 Years*, Melville House, 2011 ; trad. fr. *Dette : 5 000 ans d'histoire*, Les Liens qui libèrent.
- Marion Fourcade et Kieran Healy, *The Ordinal Society*, Harvard University Press, 2024.
- Greta R. Krippner et Daniel Hirschman, « The Person of the Category: The Pricing of Risk and the Politics of Classification in Insurance and Credit », *Theory and Society*, vol. 51, 2022, p. 685-727.
- Turo-Kimmo Lehtonen et Jyri Liukko, « Producing Solidarity, Inequality and Exclusion Through Insurance », *Res Publica*, vol. 21, 2015, p. 155-169.
- Michael Rothschild et Joseph Stiglitz, « Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information », *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 90, no 4, 1976, p. 629-649.

Publié dans lavedesidees.fr, le 15 septembre 2026.