

THÈSE

Pour obtenir le grade de
Docteur

Délivrée par **L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER**

Préparée au sein de l'école doctorale : EDEG

Et de l'unité de recherche : MRM

Spécialité : **ENTREPRENEURIAT**

Présentée par **Rose- Myriam MONDELUS**

**La santé dans l'octroi de crédit aux PME : Entre
asymétrie informationnelle et déviances
mensongères.**

Soutenue le 16 décembre 2016 devant le jury composé de

M. Olivier TORRES, Professeur, Université de Montpellier, Directeur de thèse

M. Jean- Marie COURRENT, Professeur, Université de Montpellier, Co-directeur de thèse

Mme Sandrine BERGER DOUCE, Professeur, Ecole des Mines de St-Etienne,
Rapporteur

M. Lionel HONORE, Professeur, Université de la Polynésie française, Rapporteur

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans cette thèse, ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Père,
Tu ne cesseras jamais de m'étonner,
Ton amour pour moi m'a toujours épaté.
Tu es pour moi un refuge et un appui,
Un secours qui ne manque jamais dans la détresse.
C'est pourquoi je suis sans crainte quand la terre est bouleversée,
Et que les montagnes chancellent au cœur des mers,
Quand les flots mugissent, écument,
Se soulèvent jusqu'à faire trembler les montagnes.
Aujourd'hui, Je puis tout par toi en qui je me fortifie.

À Thomas Lechat
Repose en paix.

Funeral blues

Arrêter les pendules, couper le téléphone,
Empêcher le chien d'aboyer pour l'os que je lui donne,
Faire taire les pianos et les roulements de tambour,
Sortir le cercueil avant la fin du jour.

Que les avions qui hurlent au dehors,
Dessinent ces trois mots, Il Est Mort,
Nouer des voiles noirs aux colonnes des édifices,
Ganter de noir les mains des agents de police.

Il était mon nord, mon sud, mon est, mon ouest,
Ma semaine de travail, mon dimanche de sieste,
Mon midi, mon minuit, ma parole, ma chanson,
Je croyais que l'amour jamais ne finirait : j'avais tort.

Que les étoiles se retirent, qu'on les balaye,
Démonter la lune et le soleil,
Vider l'océan, arracher les forêts,
Car rien de bon ne peut advenir désormais.

Wystan Hugh Auden (1907-1973), Song IX / from Two Songs for Hedli Anderson

Ma profonde gratitude va en tout premier lieu au Pr. Olivier TORRES qui a accepté de diriger ce travail doctoral. Il m'a accompagnée, encouragée, comprise, aidée, ouvert les yeux sur des réalités insoupçonnées, et fait bien plus encore. Pour tout cela je tiens à lui exprimer ma profonde reconnaissance pour l'opportunité offerte. Plus encore, je le remercie pour la confiance accordée.

J'adresse également de grands remerciements au Pr. Jean-Marie COURRENT, co-directeur de cette recherche, pour son aide incommensurable et ses critiques constructives qui m'ont permis de voir ce travail sous de meilleurs angles. Il a été un accompagnateur de tous les jours, qui a toujours eu les mots justes pour me pousser à donner le meilleur de moi-même et cela avec le sourire. Je lui suis infiniment reconnaissante pour cela.

Je remercie très sincèrement Z et Y pour l'intérêt qu'ils ont porté en acceptant d'être les rapporteurs de ma thèse. Je remercie également S et V d'avoir accepté de participer à ce jury et d'évaluer ce travail.

Faire une thèse, c'est aussi des rencontres, éphémères ou durables qui donnent lieu à ce travail ultime. C'est donc à ce titre que je tiens à formuler mes remerciements sincères à toutes les personnes rencontrées et qui ont su m'apporter un environnement sain et créatif lors de cette recherche. J'adresse aussi mes remerciements à toute l'équipe de Sciences Po Rennes et de Sup de CO Montpellier ; j'ai partagé avec vous des moments riches en expériences. Ce travail n'aurait pu se faire sans vos encouragements et votre aide. Mes remerciements ne seraient pas complets si j'oubliais tous les membres du laboratoire MRM-Entrepreneuriat qui, de par leurs conseils, leurs critiques constructives et leur encadrement, m'ont offert un cadre exceptionnel pour le développement de la recherche.

Levi Ngodi, Tissianti Saidi, Laetitia Afa, Florian Magne, Eric Fromenti, Florence Guiliani , mes collaborateurs de l'Observatoire Amarok et tous ceux dont j'ai oublié de mentionner les noms tant vous avez été nombreux à m'accompagner dans ce projet : merci pour votre présence, votre amour et vos paroles de réconfort.

J'ai une pensée toute particulière pour les Pr. Duffau et Fabbro, les Dr.Landragin, Crespel, Yordanova, Bakkouche et Hurault. Je n'oublie pas les blouses blanches, bleues et roses rencontrées dans les hôpitaux : vous avez tous contribué à l'accomplissement de ce travail

Ilda, Véronika, Kaouther, Rhita, Saloua, je vous remercie du fond du cœur pour votre sincère implication dans ce travail. Dans les moments de doutes et de difficultés, votre présence et vos encouragements ont toujours été mon moteur. Je veux vous dire à travers ces lignes que ce travail est aussi le vôtre et le fruit de votre amitié. Inacio, merci pour tout.

Enfin, je remercie mes parents, mes proches pour leurs conseils, leur soutien et leur affection indéfectible. Rachel, Anaëlle, Nathanaël, Guerline et Maurice je ne saurais assez vous remercier ni de votre présence au quotidien ; ni de vos nombreux témoignages d'amour qui m'ont donné la force de combattre jusqu'à la dernière ligne.

Introduction générale

Première partie : Cadre théorique de la recherche

Chapitre 1 : Cadre conceptuel de la recherche

Section 1. Le contexte de la recherche

Section 2. Le risque santé et l'assurance emprunteur

Chapitre 2 : L'asymétrie d'information et la déviance : méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

Section 1. Les approches de l'asymétrie d'information

Section 2. Les approches de la déviance

Deuxième partie : Méthodologie et résultats

Chapitre 3 : Choix épistémologique et méthodologique

Section 1. Positionnement épistémologique de la recherche

Section 2. Le protocole de la recherche et traitement des données

Chapitre 4 : Résultats

Section 1. Présentation des résultats et implications de la recherche

Section 2. Discussion des résultats et implications de la recherche

Discussion

Conclusion générale

Bibliographie

Annexes

Tableaux et figures

Tables des matières

Introduction générale

« De nos jours, un bon bourgeois de Paris peut dormir bien tranquillement sur toutes les oreilles que lui a départies la nature, pour peu qu'il ait eu soin de payer une prime à toutes les compagnies qui s'empressent de l'assurer contre toutes les chances du sort. Dès qu'un enfant vient de naître, vingt-cinq représentants de vingt-cinq compagnies différentes accourent auprès du berceau du moutard, et proposent aux pères et mères d'assurer leur rejeton contre la coqueluche, contre la conscription, contre l'incendie, contre la grêle, contre la foudre, contre les indigestions, etc., etc. Enfin, il n'est pas une catastrophe, pas une infirmité, pas un petit malheur, qui ne puisse aussitôt être réparés par l'application du baume souverain, du baume de fier à bras, nommé contrat d'assurance. La société d'assurance devient pour vous un paratonnerre, un para grêle, une paraconscription, un parachute, un paratout. »

Robert-Macaire 1839, (Mémoires d'Assurances p.3)

Introduction

Il est admis que la bonne marche de l'entreprise repose sur le dirigeant qui en a la charge ce qui en cas de problèmes de santé compromet non seulement la stabilité de l'entreprise mais remet aussi en question la stabilité financière de cette dernière. Cela est d'autant plus vrai quand le dirigeant est engagé ou souhaite s'engager auprès d'une banque pour un crédit à moyen ou long-terme. La défaillance probable des dirigeants quant aux remboursements des mensualités du crédit augmente l'incertitude de la banque, et cette contingence est grandissante si c'est un nouveau prospect et que son état de santé n'est pas propice à l'assurabilité. Ce doute associé à la santé des dirigeants donne lieu à ce que nous appellerons dans ce travail doctoral « un rationnement sur la santé » : la banque ne prêtera des fonds qu'à des personnes qui peuvent jouir d'une assurance-crédit, c'est-à-dire des personnes qui ont une espérance de vie élevée, qui jouissent d'une bonne santé, qui sont jeunes, autrement dit, des dirigeants qui sont en mesure de rembourser leurs prêts bancaires.

Bien que l'adage populaire dise que « Travailler, c'est la santé », force est de constater que l'accès au crédit bancaire pour les petits dirigeants est souvent, si ce n'est toujours, subordonné à un questionnaire qui fait état de leur santé ou plus précisément recensent les pathologies auxquelles ils sont/ ou ont été confrontés. Les banques s'assurent que les fonds investis dans la structure seront remboursés.

Introduction générale

Pour éviter ce scénario de non-paiement des traites, les banques exigent le plus souvent que les petites structures prennent une assurance-crédit contre les risques de décès, d'incapacité et d'invalidité. L'étude empirique montre que ces questionnaires médicaux sont soumis aux dirigeants afin qu'ils répondent aux exigences de santé. Ces questionnaires de santé ont une double finalité : premièrement, distinguer les personnes en état de bonne santé et celles ayant un risque aggravé de santé, c'est-à-dire une affection de longue durée qui statistiquement augmente leur taux de morbidité-mortalité selon les tableaux de survie actuariels. Deuxièmement, c'est de l'évaluation de ces questionnaires par la compagnie d'assurance, plus précisément par les médecins conseils que découlera l'acceptation de la banque d'octroyer ou pas le crédit demandé. La décision de la banque d'accorder le prêt est souvent liée à l'accord de l'assureur d'assurer le crédit et les risques de défaillances en cas de décès, d'incapacité et d'invalidité. L'évaluation de ces questionnaires est réalisée par des médecins conseils, employés des compagnies d'assurance, qui prononcent des décisions d'accord, de surprime, de refus et d'exclusion du dossier. En sus, le dirigeant candidat à l'octroi de crédit peut-être amené à subir des examens complémentaires selon son âge et son état de santé qui permettront à l'assureur et au banquier de réduire au maximum les risques liés au crédit. Les compagnies d'assurance se réservent le droit ainsi de ne pas assurer une population représentant un risque aggravé de santé (Toucas- Truyen, 1998, p.170-174).

Les réponses données par le médecin-conseil sont de trois types :

- ☐ Le refus : le médecin conseil estime selon la table de survie et les statistiques existantes ou pas que la pathologie est trop risquée et qu'il ne dispose pas d'un recul suffisant pour voir l'évolution de cette maladie.
- ☐ Les surprimes : ce sont une augmentation de la tarification des prix. Jugeant les pathologies risquées mais disposant de recul statistique et d'avancées médicales importantes, les assureurs acceptent d'assurer ces clients à un prix plus élevé. Les assureurs préfèrent que les clients atteints d'un risque aggravé de santé fassent l'objet d'une forte tarification afin que ceux en bonne santé n'aient pas à supporter ces frais.
- ☐ L'exclusion : c'est le refus d'assurer une pathologie et toutes les familles de maladies liées à cette pathologie. En d'autres termes, le client est assuré pour toutes autres pathologies sauf celle qui représente un risque aggravé de santé pour la compagnie d'assurance.

Introduction générale

L'acceptation d'un dossier de crédit dépend de la qualité du dossier médical et de la réponse que l'assureur émettra. En cas de refus, dans la plupart des cas, le dossier refusé ou mis en attente peut être traité par la convention AERAS (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), dernière chance pour les personnes malades d'accéder au prêt bancaire (Convention AERAS, 2011).

En cas de surprime ou d'exclusion, le montant du crédit est parfois revu à la baisse contraignant le dirigeant à faire l'impasse ou à revoir à la baisse certains de ces projets.

1. L'objet de la recherche

La santé au travail est un sujet largement abordé dans les sciences sociales (Davezies, 2005, p.24-28 ; Krause & Lund, 2004 ; Gollac & Volkoff, 2006 ; Piotet, 1988,1990 ; Dejours, 1993,1998 ; Pelisse, 2002 ; Roussillon & Bourgeois, 1998) mais la population de référence dans le cadre de ces études est principalement, si ce n'est exclusivement, les salariés. Les champs d'études sur la santé des salariés sont nombreux et apportent beaucoup de réponses quant à la souffrance des salariés. Ainsi, ces recherches ont permis de mettre en évidence, la discrimination à l'embauche, le harcèlement moral, la souffrance des salariés (Baromètre du travail, 2008), les maladies liées à la position de travail, les surcharges de travail, le stress, etc (Berthet & Cru, 2003). Ces études ont apporté une amélioration dans les conditions de travail et ont permis de prendre en compte la place de l'humain dans l'organisation ainsi que son rôle pour plus d'efficience et d'efficacité. Si l'étude de la souffrance salariale et de la condition de travail est l'un des piliers de la recherche, il existe une population dont la santé, toutes choses égales par ailleurs, n'a pas encore été étudiée : il s'agit de la santé des dirigeants de PME. C'est Olivier Torrès (2009) qui dans son article « *L'inaudible souffrance patronale* » attire, le premier, l'attention sur les souffrances rencontrées par les dirigeants de PME. En effet, dans son article, il fait écho au suicide de dirigeants français qui face aux difficultés pécuniaires ont préféré mettre fin à leur vie. En outre, il mentionne la perception négative qui est développée à l'égard des dirigeants : ce sont eux les responsables des maux du salariat et quant à eux ils se considèrent comme des « sur-hommes » qui ne s'accordent pas le droit d'être malades.

Du fait des difficultés rencontrées par ces petites structures pour intégrer le système bancaire, premier financeur de leur besoin lors de la création, l'amorçage et le développement, il demeure intéressant de poser la question de la place de la santé dans l'octroi de crédit aux PME. À notre connaissance, il n'y a pas d'auteurs qui aient à ce jour fait de liens entre le

Introduction générale

rationnement sur la santé, l'asymétrie d'information (Akerloff, 1970 ; Stiglitz & Weiss, 1981) les comportements opportunistes et les déviations qu'elles soient organisationnelles ou comportementales (Becker, 1963 ; Honoré, 1999, 2000, 2002, 2006 ; Merton, 1951 ; Duckheim, 1897 ; Cusson, 1992). Certes, Stiglitz et Weiss (1981) ont montré que l'asymétrie d'information existante entre les banques et les PME, ajouté aux multiples particularités de ces petites structures, donne lieu au rationnement de crédit, ce qui rend difficile la financiarisation bancaire des petites structures.

Or de l'état de bonne santé des dirigeants dépend de la bonne santé économique de l'entreprise car indépendamment des critères liés à la santé financière de l'entreprise, la santé de l'entrepreneur est une dimension importante dans la gestion du risque (Torrès, 2011). Si le but des compagnies bancaires et d'assurances, en soumettant le questionnaire de santé, est de réduire l'incertitude et de minimiser le risque quant à un probable défaut de paiement; il en est autrement pour l'entrepreneur qui pour pérenniser son affaire a besoin de financement. Les enjeux pour chacun des acteurs étant considérables, on constate une asymétrie informationnelle et une déviance comportementale des individus au sein des organisations. Les entrepreneurs, les banques et les compagnies d'assurance peuvent effectuer une déviance dite mensongère (Mondelus et Torrès, 2011). Dans un contexte où les Petites et Moyennes Entreprises (PME) sont majoritaires, il existe de réelles difficultés pour ces dernières d'accéder au financement bancaire. La mise en place de sélections tant sur les ressources financières que médicales crée un creux financier. Ce creux financier non seulement est à la défaveur des petites entreprises mais poussent également les acteurs concernés à mettre en place des stratégies pour accéder au financement de leurs besoins.

Dans le cadre de cette recherche, il a été constaté que la santé ou plus précisément la présence de maladie se révèle être un frein à l'accès au crédit des entreprises françaises. La santé des dirigeants évaluée à travers un questionnaire de santé par les compagnies bancaires et d'assurances, une fois rempli et traité, permet ou non d'obtenir un prêt, avec ou sans surprimes. La présence de maladie donne lieu à une sélection et à une segmentation de l'offre par les assureurs. Cette sélection influencée par l'asymétrie d'information et le comportement opportunistes des acteurs aboutit à des effets pervers et peut constituer une forme de rationnement sur l'état de santé.

Introduction générale

De nombreuses études (Marchesnay, 1991 ; Jaouen & Torrès, 2008, Belletante & al., 2001) ont mis en évidence les freins auxquels les PME sont confrontés quant à leur financement. Cependant très peu d'entre elles, toutes choses égales par ailleurs, prennent en considération la dimension de la santé comme pouvant être un vecteur de refus à l'accès au crédit ce qui mettrait ainsi en lumière une triangulation mensongère et asymétrique qui se fait entre les PME, les banques et les compagnies d'assurance dans le cadre d'un octroi de crédit bancaire.

2. Problématique de la recherche

Partant de ce constat et considérant les caractéristiques de la PME et la sélection médicale, nous nous sommes interrogés sur la problématique suivante :

❑ Quelle place occupe la santé des dirigeants de PME dans l'octroi de crédit bancaire ?

Cette problématique induit une réflexion sur les questions suivantes :

- Pourquoi effectuer une sélection médicale ?
- Quel est l'impact de la santé sur l'octroi de crédit ?
- Quelles sont les rôles des questionnaires médicaux ?
- Quels sont les effets pervers de la sélection sur la santé ?

Le but de ce travail est de faire un état des lieux de la relation entre le financement des PME et la santé des dirigeants. Il convient de montrer que la santé du dirigeant est une dimension importante dans les différentes interactions entre les banques, les compagnies d'assurance et les dirigeants des petites structures. La santé du dirigeant peut être à l'origine d'une asymétrie informationnelle, ce qui aurait pour conséquence des déviations de types organisationnelles et comportementales. L'objet central de ce travail doctoral sera de valider empiriquement cet aspect. Il s'agira de mettre en évidence le rôle et la place de la santé dans l'octroi de crédit aux Petites et Moyennes Entreprises et de comprendre les raisons qui poussent les différents acteurs, dans notre cas, les compagnies d'assurance, les banques et les entreprises à dévier des normes établies. Il conviendra aussi de montrer que la sélection médicale pousse vers la fausse déclaration, ce qui peut générer des effets pervers chez les parties prenantes dont le principal apparaît être le mensonge. Il est aussi nécessaire de

Introduction générale

souligner que la maladie, l'handicap constitue une des différentes sortes de déviances connues, déviance qui exclut et marginalise le malade du système social. Or, nous savons que le développement de l'entreprise est fonction de la santé du dirigeant surtout quand la structure est petite. De ce fait, l'absence de santé peut représenter une menace pour la petite structure. L'invalidité et/ou l'incapacité du dirigeant, le plus souvent, se solde par une fermeture anticipée. Le facteur santé apparaît donc être d'une grande importance dans la relation entre banque, entreprise et assureurs dans la bancarisation des entreprises.

Notre recherche étant dans un domaine encore peu étudié, nous chercherons principalement à explorer et comprendre cette réalité méconnue. Pour ce faire une étude qualitative a été mise en place à travers des entretiens-semi directifs pour répondre à nos interrogations.

L'entretien a pour avantage de placer l'interviewé en position de face à face et permet de développer une situation de confiance qui permet aux acteurs de l'échantillon de s'exprimer sur le sujet. La population interrogée est un large panel composé d'assureurs, de médecins, de conseillers financiers, des associations de malades. Ils sont tous concernés par la place qu'occupe la santé dans l'octroi de crédit aux PME. C'est pour cela que l'entretien d'expert a été privilégié pour explorer cette thématique car ce type d'entretien permet de dissocier les informateurs clés de ceux qui ne le sont pas dans le cadre d'une recherche exploratoire. Les personnes interrogées donnent un point de vue d'expert afin mieux appréhender le sujet (Evrard ; Pras & Roux, 2009 p. 96). Il faut préciser que ce n'est pas la méthode Delphi (Giannelloni & Vernet, 2001) qui est proposé car difficile à mettre en œuvre dans notre cadre de recherche. En effet, cette méthode nécessite de capter l'attention des interrogés que ce soit individuellement ou en groupe en les amenant à répondre à un questionnaire un certain nombre de fois après traitement et prise de connaissance du résultat des autres interviewés. Dans notre cas, l'entretien d'experts a été favorisé pour une meilleure appréhension du sujet.

Les discours récoltés lors des entretiens ont été analysés par le logiciel ALCESTE qui est un logiciel d'analyse textuelle, c'est-à-dire une analyse du corpus lexical. C'est un outil d'interprétation du corpus après découpage et nettoyage de ce dernier (Image, 2012). Pour une meilleure approche de cette recherche, nous avons adopté une démarche abductive, c'est-à-dire, un aller-retour constant entre le domaine empirique et le domaine théorique.

3. Intérêts de la recherche

Introduction générale

La France compte 3,1 millions d'entreprises dont 1,9 million ne comptent aucun salarié, 1 million emploient de 1 à 9 salariés et 200 000 entreprises emploient 10 salariés ou plus (INSEE, 2009)¹. Les PME représentent plus de 80 % des entreprises qui comptent des salariés. Elles se composent de 20 % des salariés du secteur concurrentiel, soit environ trois millions de personnes (Conseil d'orientation pour l'emploi 2011, p.5). Cependant, on observe qu'elles font l'objet de peu d'études et sont difficilement suivies par l'appareillage statistique. C'est pour cela qu'elles sont souvent regroupées avec les PME (Petites et Moyennes Entreprises) qui représentent une part non négligeable de l'économie française. Les petites entreprises vont de l'entreprise unipersonnelle à la S.A.R.L de 0 à 19 salariés. Bien que l'on parle souvent des PME, les Petites Entreprises (PE) sont peu reconnues, souvent méconnues pour leur rôle principal et essentiel dans le tissu économique ; A elles seules, elles constituent environ 80 % des entreprises créées en France (Conseil d'orientation pour l'emploi 2011, p.5). Pourtant aussi important qu'apparaisse le rôle des TPE, les obstacles liés à son financement restent nombreux (Jaouen, 2005, p.22 ; Torres, 1999). Les PME sont connues pour être un grand vivier d'emplois et « représentent 66 % de l'emploi marchand (11 millions sur 16 millions de personnes occupées dans les secteurs de l'industrie, du commerce et des services dont 9 millions pour les seules PME indépendantes) et 56 % de la valeur ajoutée marchande » en France (Chertok & al., 2009, p11). Ces trois acronymes regroupent la majorité des entreprises françaises dans lesquelles s'incluent les petites structures. Si souvent décortiquées soient-elles, les PME ont beaucoup de mal à faire entendre leurs voix et à s'insérer dans un système bancaire qui a du mal à identifier leurs besoins et à cibler leurs spécificités et caractéristiques.

Mais alors quelles sont les raisons qui expliquent qu'elles soient le maillon faible du système bancaire ? Plusieurs causes peuvent être évoquées : leur taille, le profil du dirigeant, le manque de délégation du dirigeant (Torrès, 1999 ; Jaouen & Torres, 2008), leur système de gestion absente ou obsolète, leur rapport avec l'informel et leur vision à court terme rendent difficile la relation banque – PME. Mais la principale raison est le risque réel représenté par ces petites structures et la difficulté du banquier à évaluer les probabilités de réussite ou d'échec des projets présentées par les porteurs de projets. En outre, elles sont incompatibles avec les systèmes de notation des banques françaises qui ont du mal à identifier les besoins et les caractéristiques de ces structures ce qui a pour résultat le rationnement du crédit donc une

¹ Source : INSEE, répertoire des entreprises et des établissements - SIRENE, activités marchandes hors agriculture – chiffres 2009

Introduction générale

augmentation des taux d'intérêt au vu de l'asymétrie d'information existant dans la relation banque-PME. Il est important de souligner que pour l'étape de la création, les dirigeants font souvent appel aux « family funds » ou à l'aide financière des proches et amis au vu du difficile parcours à l'accès au crédit bancaire. Cependant, ces « families funds » ne permettent pas l'amorçage des entreprises qui n'ont pour seule option que celle de recourir au crédit bancaire. Le manque de solidité financière des petites structures lié à une sous capitalisation et à un taux d'endettement beaucoup plus important rend le recours à l'emprunt bancaire inévitable (Biais & Malecot, 1996). Face à de telles difficultés financières, il apparaît que les possibilités de financements offertes à la PME sont souvent limitées.

Autres raisons qui peuvent être évoquées :

L'organisation de la petite structure se fait souvent autour de la personne du dirigeant. En effet, le dirigeant a une forte tendance à centrer la gestion de l'entreprise autour de sa personne.....Olivier Torrès (1999 : 22) écrit : « *Le pouvoir financier, le pouvoir de compétence, le pouvoir charismatique sont exercés par une seule et même personne, le dirigeant [...] Les affaires de l'entreprise sont d'abord et avant tout une affaire personnelle.* » En effet, comme l'écrit l'auteur, en ce qui concerne la bancarisation de l'entreprise, l'entrepreneur est souvent amené à engager ses fonds propres, ses garanties patrimoniales et autres cautionnements personnels pour accéder au crédit bancaire et ainsi permettre le développement de l'entreprise. La banque est le seul financeur des petites entreprises qui, le plus souvent, sont des entreprises de services et ne disposent pas d'une technologie pour attirer les business angels et autres mécènes privés. Si les risques d'impayés constituent un frein certain à l'emprunt bancaire pour les petites structures, la santé du dirigeant elle aussi constitue un risque que les banques prennent sérieusement en compte. Partant de ce postulat, cette recherche présente trois grands intérêts : un intérêt pratique, un intérêt théorique et un intérêt méthodologique.

Empiriquement, cette recherche vise à comprendre les tenants et les aboutissants du financement des PME. En effet, les PME rencontrent de grandes difficultés pour se bancariser à cause de leurs nombreuses caractéristiques. Si l'on sait que les PME constituent le talon d'Achille du système bancaire, il convient de dire que les recherches empiriques montrent que la santé des emprunteurs, sur l'échelle des risques, est une dimension importante que, ni les banques, ni les assureurs, ne négligent dans le cadre de l'accès au crédit. Ces différentes observations amènent à s'interroger sur l'existence d'un « rationnement » qui se ferait sur la

Introduction générale

santé des dirigeants de PME mais aussi à confronter les systèmes de gestions de risques sur la santé mis en place avec ce qui se passe en réalité. Ainsi, ces pratiques témoignent que la sélection faite sur l'état de santé semble montrer une discordance, voire une déviance, dans le comportement :

- des assureurs quant à l'utilisation des tableaux de survie qui paraît inadéquate quant à la réalité observée,
- des banques quant à la multiplicité des rôles joués par les conseillers bancaires. Ainsi pour réussir à atteindre les objectifs fixés par l'organisation, ils se pourraient qu'ils transgressent les normes établies par l'organisation.
- des dirigeants de PME qui pour des raisons de survie de leurs entreprises tendraient vers une déviance mensongère à travers les questionnaires de santé.

L'absence de travaux dans ce domaine justifie nos interrogations sur le rôle et la place de la santé dans l'octroi de crédit aux PME.

Théoriquement, les recherches en gestion ont peu ou prou associé la santé à l'accès au crédit, surtout à l'accès au crédit des entreprises. Les données existantes laissent penser que beaucoup de travaux ont été réalisés sur la santé du salariat mais une quasi absence des travaux sur la santé des dirigeants laissent une zone aveugle, un creux qu'il convient d'explorer afin d'apporter des réponses concrètes quant à ce sujet. En outre, il est nécessaire d'ajouter que bien que la question du financement des PME a fait l'objet de beaucoup de recherche, il en résulte néanmoins que les banquiers et les assureurs sont lacunaires quant au fonctionnement de ces dernières. C'est la première fois qu'un lien direct est fait entre les théories sociologiques de la déviance et la théorie de l'asymétrie de l'information pour mettre en exergue que la santé, l'antinomie de la maladie, est une question essentielle dans la relation triangulaire dirigeant-banque-assureur. Notre travail vient alors enrichir la recherche dans ce domaine et apporte un regard nouveau sur le risque santé qui devient une forme d'exclusion dans l'accès au crédit bancaire des petites structures.

Enfin, méthodologiquement, la recherche étant exploratoire, nous avons jugé intéressant de connaître les points de vue et les représentations de toutes personnes travaillant dans ce domaine. C'est donc à ce titre que nous avons opté pour des entretiens d'experts semi-directifs permettant d'identifier les modes de pensée et d'action des différents auteurs. Ce mode d'entretien s'applique parfaitement à la recherche exploratoire où les données font défaut. Cette méthodologie permettra d'analyser le discours des différents acteurs afin de

Introduction générale

proposer une interprétation de leurs discours. Ces interprétations mettront en lumière les dissensions existantes entre les parties prenantes les acteurs.

4. Design de la recherche

Cette thèse se divise en deux parties, chaque partie contenant deux chapitres. La première partie aborde la question de l'approche théorique de la santé dans l'octroi de crédit aux PME. Elle met en exergue le cadre conceptuel et la problématique de la recherche. Elle apporte une réponse aux nombreuses interrogations que peut provoquer ce sujet de recherche. La deuxième partie fait état de la méthodologie utilisée pour répondre à la problématique posée. Elle permet aussi de présenter les résultats et d'en discuter des implications managériales.

Le premier chapitre pose les fondements de la recherche, c'est-à-dire, la revue de littérature. Dans un premier temps, nous avons présenté le contexte de la recherche puis nous nous sommes attachés à définir la santé et à comprendre les déterminants qui la composent. Ce chapitre montrera que la santé est dépendante des besoins fondamentaux, au sens de Maslow. Elle identifie aussi l'impact de la santé sur le financement bancaire. Elle aborde enfin la question de la sélection médicale faite par les banques en premier lieu et par les assureurs en second lieu via le questionnaire de santé. Nous avons porté une attention particulière à la fausse déclaration afin de comprendre les conséquences du mensonge et les raisons qui la causent. La Convention AERAS, c'est-à-dire comment s'assurer avec un risque aggravé de santé, sera étudiée afin de comprendre quelles sont les conditions d'accès au crédit qui sont réservées aux personnes atteintes de pathologies qui les rendent déficientes.

Le deuxième chapitre aborde purement la question de l'ancrage théorique. L'asymétrie d'information et la déviance sont choisies comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit. Les théories de la déviance et de l'asymétrie d'information sont nécessaires pour comprendre les phénomènes observés sur le terrain. Dans ce chapitre, il s'agira de comprendre l'impact de la théorie de l'asymétrie d'information et de la déviance sur le comportement des parties prenantes et l'accès au crédit bancaire. Enfin, à l'issue de ce chapitre, le positionnement adopté par rapport à l'ancrage théorique dans le cadre de cette recherche sera présenté.

Le troisième chapitre, inclus dans la deuxième partie, met en exergue les choix épistémologiques et méthodologiques. Ce chapitre aura pour but, dans une première phase, de contextualiser les points de vue des différents experts interrogés sur le rôle et la place de la santé dans l'octroi de crédit bancaire. Dans une seconde phase, il conviendra d'expliquer les

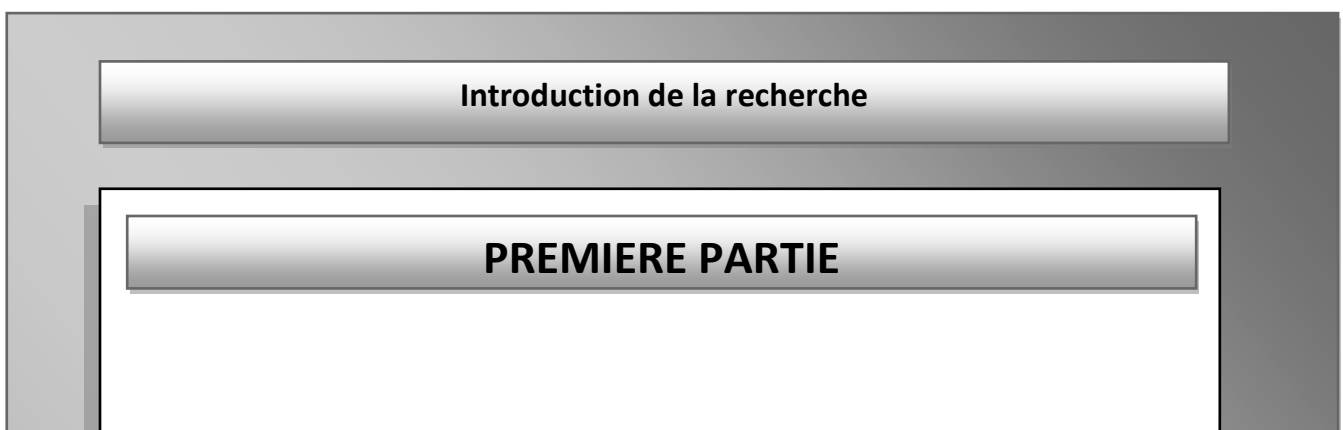
Introduction générale

fondements épistémologiques utilisés, dans notre cas le paradigme interprétatif. Le choix de ce positionnement justifiera le choix de l'étude qualitative mais aussi pourquoi la préférence a été donnée à une étude exploratoire.

En dernier lieu, l'ensemble des résultats empiriques seront présentés. Les caractéristiques de l'asymétrie d'information qui aboutissent aux déviations des acteurs seront formulées dans ce quatrième chapitre. Les causes de la déviance seront examinées et permettront de montrer que la transgression des normes universelles, c'est-à-dire des règles reconnues par tous mais aussi la transgression des normes reconnues que par une seule société ou une seule entité sont les raisons qui poussent à une triangulation mensongère. Ce chapitre proposera un cadre d'analyse selon l'ensemble des résultats empiriques. Il conviendra après confrontation des résultats à l'ancrage théorique, de discuter ces résultats. Cette discussion se fera au niveau théorique, méthodologique et pratique.

Cette recherche ne serait pas complète en l'absence d'argumentation sur l'implication managériale de cette recherche. C'est pourquoi, il sera montré les limites et les apports de ce travail. Les perspectives de recherche futures seront présentées pour la poursuite de ce travail. Cette recherche étant à ces prémices beaucoup d'hypothèses peuvent en être formulées. C'est cette étape qui nous servira de conclusion.

Figure 2. Design de la recherche



Introduction générale

Chapitre 1

Cadre conceptuel de la recherche

Section 1 : Le contexte de la recherche

Section 2 : Le risque santé et l'assurance emprunteur

Chapitre 2

L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

Section 3 : Les approches de l'asymétrie d'information

Section 4 : Les approches de la déviance

Deuxième partie

Chapitre 3

Choix épistémologique et choix méthodologique

Section 1 : Positionnement épistémologique

Section 2 : Le protocole de la recherche et traitement des données

Chapitre 4

Application du cadre d'analyse et implications de la recherche

Section 1 : La santé entre asymétrie d'informationnelle et déviance

Section 2 : Discussion des résultats et implications de la recherche

Conclusion générale

PARTIE I

Cadre théorique de la recherche

Introduction de la première partie

La santé, nécessaire par essence à tout être humain apparaît comme un élément clé sinon crucial de l'accès au crédit pour les dirigeants de Petites et Moyennes Entreprises. Le montage du dossier de crédit repose sur des éléments tangibles comme l'apport en fonds propres, l'étude des documents comptables du demandeur, l'examen du projet et sa réalisation mais aussi sur des éléments immatériels comme la santé. La maladie est, toutes choses égales par ailleurs, un facteur de risque concernant le remboursement des sommes dues. Pour éviter ce scénario, les chargés clientèles sensibilisent les dirigeants sur les risques et les accidents qui pourraient arriver tant dans le domaine professionnel que dans le domaine privée et leur demandent de se prémunir d'une assurance et d'une garantie qui prendraient le relais des acquittements en cas de défaillance. La première partie de ce travail pose l'ancrage théorique et a pour objectif principal de légitimer cette recherche au travers des apports théoriques et conceptuels exposés dans divers travaux de recherche. Pour ce faire, nous avons mobilisé le concept de la santé et les théories de l'asymétrie d'information et de la déviance, ces fondements littéraires permettront de mieux capturer la problématique de la santé dans le financement des PME.

En premier lieu, dans le premier chapitre, nous présenterons dans la section, le contexte de la recherche qui est la problématique récurrente des Petites et Moyennes Entreprises, c'est-à-dire, l'accès au financement de ces dernières. La bancarisation des PME, souvent empêchée par ces caractéristiques, est un chemin parsemé d'obstacles dont la notion de santé constitue aujourd'hui un des risques les plus sérieux que ce soit par les banques ou les assureurs. La santé est un risque probabilisable qui est pris en compte lors de l'octroi du crédit aux dirigeants de petites structures. À ce titre, un lien sera établi entre financement des entreprises et la notion de santé dans le but de mieux appréhender la relation qui s'opère entre santé et financement dans le cadre de l'accès au crédit des petites et moyennes structures. Puis, dans la section 2, une revue de littérature sera proposée sur la définition de la notion de santé ainsi que sur ces déterminants. La santé, dans ce cadre, sera définie et ces divers concepts approchés pour mieux comprendre la notion et ses différents aspects. On abordera la question de l'assurance emprunteur et nous chercherons à déterminer quel est le rôle du questionnaire de santé dans le montage d'un dossier de crédit ainsi que celui de la Convention AERAS

(s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), convention qui reste le dernier recours pour les personnes gravement malades.

Le deuxième chapitre, quant à lui, posera l'accent sur les théories de l'asymétrie de l'information et de la déviance qui sont les théories choisies comme méthode d'analyse de notre problématique. Nous proposerons un état de l'art sur ces théories et les différentes approches proposées par les pères fondateurs et les différents auteurs qui l'ont mis en exergue dans leurs travaux de recherche. Dans la section 1, nous verrons que l'asymétrie d'information est une constante qui est omniprésente entre les compagnies d'assurances, les banques et les entreprises. L'anti sélection, le talon d'Achille des assureurs, est une relation opportuniste entre ces derniers eu égard que l'information subie un partage déséquilibré entre les agents. L'aléa moral représente, dans ce contexte, la difficulté d'évaluer le comportement du client après signature du contrat étant donné que l'assureur n'est pas en mesure d'anticiper le comportement des assurés ex-post.

La section 2 abordera la théorie de la déviance. Pour une meilleure acception des fondements de la théorie de la déviance, nous avons fondé notre revue de littérature sur les assises théoriques des pères de la sociologie classique pour mieux concevoir les différentes vicissitudes de la théorie de la déviance. Nous nous sommes attachés à comprendre la déviance organisationnelle comme une transgression à double visage puis nous nous intéresserons à l'un des aspects de la déviance qui est la maladie que Goffman considère comme un stigmate pour les personnes souffrant d'un déficit physique ou mental. Ces théories fondant notre ancrage théorique serviront pour l'interprétation des résultats empiriques. À l'issue de ce chapitre un cadre de réflexion de notre travail, en concordance avec la recherche académique sera tracé.

Chapitre I

Cadre conceptuel de la recherche

Section 1. Contexte de la recherche

1. Le financement des PME : une problématique récurrente
- 1.1 Caractéristiques et spécificités des PME françaises
- 1.2 La bancarisation des PME : un chemin parsemé d'embûches

1. *L'assurance emprunteur : le sésame pour accéder au crédit*
- 2.1 La santé au cœur de l'assurance emprunteur
- 2.2 Mensonge en assurance : de bonne foi ou de mauvaise foi ?

Section 2. Le risque santé et l'assurance emprunteur

1. Concept de santé : état des lieux
- 1.1 De la définition officielle aux définitions de la santé
- 1.2 Les déterminants de la santé

2. Santé et financement : une relation ambiguë
- 2.1 Les outils de sélection en assurance: Focus sur le questionnaire de santé
- 2.2 La convention AERAS : dernier recours en assurance emprunteur

Chapitre I

Cadre conceptuel de la recherche

« Les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent. »
Jules Romain, Knock ou le Triomphe de la médecine, 1923

Introduction du chapitre 1

Risque PME, rationnement du crédit, rationnement de santé, notations strictes, demande de garantie, prime de risque, clauses restrictives et surfacturation du coût du crédit sont les principales difficultés auxquelles les PME sont confrontées quand elles font appel au crédit bancaire. Les nombreuses contraintes liées au financement des PME et qui entravent sa bancarisation n'ont eu de cesse d'augmenter au cours de ces dernières années. Face à de telles difficultés, il apparaît que les possibilités offertes aux PME sont limitées.

Ce chapitre est composé de deux sections :

La section 1 consiste en la compréhension du contexte de recherche et par là même de la problématique. Elle s'attarde sur les spécificités et les caractéristiques des PME qui handicapent l'accès au financement de ces dernières. Dans cette exercice, nous avons pour but d'une part de montrer l'importance des PME en France et d'autre part de faire apparaître les enjeux de financement de ces petites structures.

Enfin, la section 2 fait un lien entre la santé et l'accès au financement bancaire. Nous montrerons que c'est l'état de santé qui permet l'accès au crédit bancaire et que l'état de maladie est un risque rédhibitoire que les assureurs et les banques ne souhaitent pas prendre pour éviter le risque sur l'incertitude de non-recouvrement des montants prêtés. Connaissant par avance les particularités des petites entreprises (réseau informel, projet sur le court-terme, la petitesse de la structure, l'égotrophie du dirigeant, l'effet de microcosme, etc.,...), la santé devient un risque majeur, voire un frein, pour l'accès au crédit des petites entreprises.

Section 1 : Contexte de la recherche

Introduction de la section

Fortes de leurs caractéristiques, les PME rencontrent de grandes difficultés pour accéder au financement bancaire. Or, on sait que les petites entreprises sont nombreuses en France et ont une grande importance dans l'économie. On ne peut cacher, eu égard aux données de l'Insee (2004), que les PME sont de grands employeurs. Cette première section appréhende la question de l'importance des petites structures mais elle s'intéresse aussi aux spécificités de ces dernières en matière de financement tant il est vrai que leur accès à la bancarisation est contraignant. Elle permet la compréhension du contexte de recherche et par là même de la problématique. Elle s'attarde sur les spécificités et les caractéristiques des PME qui handicapent l'accès au financement de ces dernières. Dans cet exercice, nous avons pour but de montrer l'importance des PME en France et de faire apparaître les enjeux de financement de ces petites structures. Elle permet aussi de mieux appréhender l'objet de recherche qui sont les PME et de mieux comprendre leurs fonctionnements, leurs avantages, leurs inconvénients et les problématiques que posent d'une part la carence de financement et d'autre part l'impact de la prise en considération du facteur santé sur les crédits aux Petites et Moyennes Entreprises.

1. Le financement des PME : une problématique récurrente

Les PME, bien connues pour leurs spécificités telles que l'effet de taille, l'égotrophie du dirigeant, leur système de gestion spécifique, leur rapport avec l'informel, etc, sont l'épine dorsale de l'économie française (Chérif, 1999) ; elles jouent un rôle indéniable et fondamental dans la création d'emplois, l'innovation et contribuent favorablement au développement structurel de l'économie française. Pourtant, elles sont souvent confrontées à de nombreux obstacles liés à son financement. L'accès au financement des PME, frein majeur auquel est confronté la PME, est un sujet épineux et représente un véritable enjeu pour les pouvoirs publics. Bien que beaucoup de ces freins aient été identifiés, il apparaît cependant que la frilosité des banques quant à l'accès au crédit des PME et l'incompréhension existant entre ces derniers soient les principaux freins.

1.1 Caractéristiques et spécificités des PME françaises

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

On ne peut parler de PME sans évoquer leurs caractéristiques et leurs spécificités. Les notions de réactivité, de flexibilité, d'interactivité, d'adaptabilité et de souplesse sont les caractéristiques non exhaustives qu'on leur attribue. Ces propriétés sont souvent associées aux PME en raison de leur petitesse et de leur capacité à s'adapter à tout environnement et à un contexte économique qui leur est souvent défavorable.

Les PME sont souvent vues comme des entreprises à taille humaine où chaque salarié évolue dans un environnement harmonieux et chaleureux (Levratto, 2009). Toutefois, leur fonctionnement, leur gestion et leur système de financement, les petites et moyennes entreprises apparaissent comme étant clairement spécifiques. La gestion des PME se fait dans l'urgence, les décisions se prennent à court terme, le rythme de production est inégal, le système d'information et la relation client fournisseur sont souvent informels. Le dirigeant de la PME mène une gestion introvertie de son entreprise ayant peur de perdre son indépendance et son autonomie. Enfin, en raison de sa petite taille, les Petites et Moyennes Entreprises privilégient beaucoup les relations informelles avec son environnement proche (Torrès, 1999, Mahé de Boislandelle, 1998, Duchéneaut, 1995). La PME est spécifique et il ne fait aucun doute que ces spécificités et particularités font d'elle un outsider qui peine à se démarquer de la grande entreprise. Ces caractéristiques rendent son accès au financement très précaire.

La problématique des PME commence dès le stade de leur définition (Levratto, 2009) et il n'est pas aisé de leur trouver une définition officielle tant elles sont plurielles. Selon l'Encyclopédie de l'Economie et de la Gestion (Silem, 1994), les petites et moyennes entreprises se définissent comme des entreprises *«juridiquement et financièrement indépendantes dont le dirigeant assume la responsabilité financière, technique et sociale sans que ces éléments ne soient dissociés»*. Cohen (2001), dans le Dictionnaire de Gestion, définit les PME selon des critères quantitatifs. Selon lui, les Petites et Moyennes Entreprises (PME) sont des entreprises dont l'effectif est inférieur à 250 salariés, le chiffre d'affaires inférieur à 50 M€, ou le bilan inférieur à 43 M€.

Dans un but d'harmonisation, la Commission européenne a adopté une recommandation sur la définition des petites et moyennes entreprises. Cette définition prend en considération les différentes catégories d'entreprises et les différents seuils qui la composent. Cette recommandation (n° 2003/361/CE) appliquée depuis janvier 2005 considère le seuil d'effectif et les seuils financiers : elle stipule que les PME sont constituées d'entreprises qui occupent moins de 250 personnes.

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

Cependant, une distinction est faite entre les micros entreprises, les petites entreprises et les moyennes entreprises. Les micros entreprises sont définies comme des entreprises qui emploient moins de 10 personnes et dont le chiffre d'affaires annuel ou le total du bilan ne dépasse pas 2 millions d'euros, les petites entreprises quant à elles doivent embaucher moins de 50 salariés et le bilan total n'excède pas 10 millions d'euros, enfin les moyennes entreprises, celle dont les normes sont les plus connues, ont un chiffre d'affaire annuel ou un bilan total qui est inférieur à 50 millions d'euros et ne dépassent pas un effectif de 250 personnes.

1. Tableau récapitulatif des seuils

LES SEUILS DES PME	Catégories d'entreprises	Nombre de salariés	Chiffre d'affaires annuel OU Bilan annuel
	 Moyenne entreprise	 < 250	< € 50 millions  < € 43 millions OU
	 Petite entreprise	 < 50	< € 10 millions  < € 10 millions OU
	 Micro entreprise	 < 10	< € 2 millions  < € 2 millions OU

Mais pour mieux comprendre les PME, il convient d'examiner les spécificités et les caractéristiques qui font d'elles des entités à part.

Définies comme des entreprises de moins de 250 salariés dont le chiffre d'affaire n'excède pas 50 millions d'euros ou dont le total du bilan annuel n'excède pas 3 millions d'euros, les petites et moyennes entreprises sont des acteurs majeurs dans l'économie française. Le dynamisme qui en résulte du poids des PME en France est hautement importante. Au nombre de 2 908 500 million, les petites et moyennes structures de moins de 250 salariés, représentent 80 % de la masse salariale (Source Insee- Unedic). Comme le montre ces chiffres, les PME sont génératrices d'emplois. Le tissu économique français possède une forte concentration de

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

très petites entreprises, des commerces de proximité, des artisans, des professions libérales qui sont souvent unipersonnelle et qui ne créent pas d'emplois de manière significative. Les grandes entreprises, quant à elles, suppriment plus d'emplois qu'elles n'en génèrent.

Les PME correspondent à une très grande diversité et à des réalités différentes : elles vont de la micro-entreprise de proximité jusqu'à l'entreprise spécialisée dans le High Tech qui au fil de son développement deviendra une gazelle ²(Julien, 1990). Betbèze et Saint-Étienne, 2006, (p.4) classifient les entreprises selon trois catégories :

Les éléphants : ce sont les grandes entreprises, loin d'être pourvoyeur d'emplois, elles en suppriment. De surcroît pour pouvoir réaliser des économies d'échelle sur les coûts, elles externalisent leur production, sous-traitent dans des marchés où les devises monétaires et les conditions de travail sont moindres.

Les gazelles : ce sont les PME de tailles moyennes. Elles figurent parmi les entreprises les plus prospères. Elles comptabilisent une moyenne de 20 à 250 salariés jusqu'à parfois atteindre le seuil des 500 salariés. Elles croissent rapidement jusqu'à atteindre les 10 à 20 % de croissance par an sur une période de quatre ans.

Les souris : comme son nom l'indique, sont les petites structures, les TPE – très petites entreprises (0 à 20 salariés) – qui ne croissent pas et qui, par la nature de leur activité sont souvent unipersonnelle, donc ne créent pas d'emplois. Cependant, leur place et leur rôle dans le commerce de proximité sont indéniables.

Les PME, ce sont également les petites entreprises traditionnelles et familiales qui ont développé un marché de proximité et sont fortement ancrées dans leur territoire. De plus, elles contribuent largement au renouvellement du tissu productif ; participent à la création d'emplois et au dynamisme économique du territoire et sont les piliers de l'innovation, de l'investissement et de l'embauche (Chertok et al, 2009).

En 2002 on dénombrait en France 25 000 PME dans les lesquelles évoluaient 2 550 000 actifs (Ministère de l'Economie, 2002). Elles réalisent 51 % du chiffre d'affaires (1 250 milliards d'euros) et 53 % de la valeur ajoutée. A elles seules, les entreprises de moins de 10 salariés représentent 93 % du total des entreprises (soit 2,1 millions). On a compté plus de 321 000 créations d'entreprises en 2007, soit 35 700 de plus qu'en 2006 (+12,5 %). Sur la période

² Expression qui signifie « entreprise en forte croissance »

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

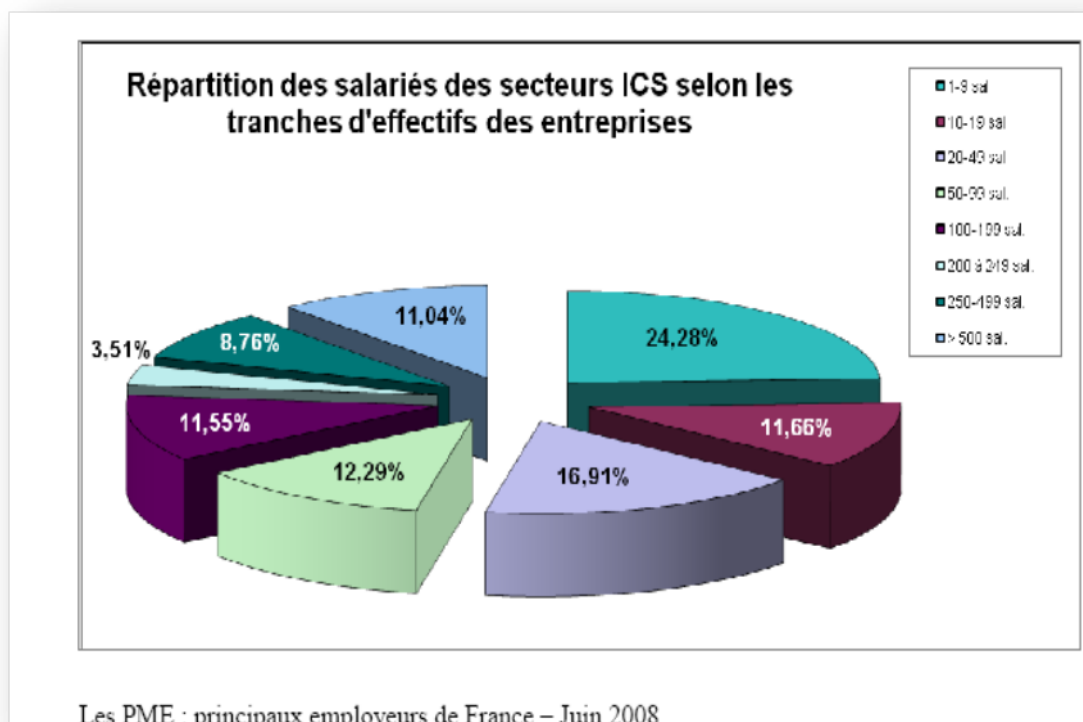
1999-2006, la croissance nette de l'emploi des PME (13%) était bien supérieure à celle des emplois marchands (8%) (*ibid*, 2009).

L'apport des PME dans le tissu économique n'est pas négligeable, en prenant en compte la création de l'emploi et celle générée par l'entreprise au démarrage de l'activité (emplois salariés ou non salarié). La création d'entreprise en 2007 a occasionné un total estimé de 505 000 emplois occupés, dont 109 000 emplois salariés créés (Source OCDE, année ?). Ces chiffres permettent de mettre en évidence la contribution des PME à la dynamique économique. Cependant face au manque de fonds et devant un accès de plus en plus difficile dans le système bancaire, certaines se font absorber par un grand groupe afin d'assurer leur survie.

Comparée à leurs consœurs américaines, anglaises ou allemandes, les PME françaises peinent à croître et à devenir des leaders (*ibid*, 2009). Mais alors qu'est-ce qui les retardent ? La réponse est simple : beaucoup plus que dans les pays de l'union ou dans le continent américain, la croissance ou du moins la survie des PME est souvent sujette à une absorption ou à une filialisation au sein d'un groupe. Pour Chertok (2009), la difficulté des PME autonomes à se financer auprès des banques ou sur les marchés financiers les poussent à rechercher le «confort» des marchés de capitaux internes des groupes. Or, cette formule d'intégration au sein des groupes a des effets néfastes sur le renouvellement du tissu productif et représente un réel danger pour les PME indépendantes.

Du fait de son impact sur des aspects importants de l'économie, la croissance des PME autonomes est un enjeu crucial pour les pouvoirs publics. Pour assurer leur croissance et leur pérennité, il conviendrait de mener plusieurs actions quant à leurs pénétrations sur le marché des biens et services et sur le marché du financement. Cette dernière partie, est essentielle pour permettre aux PME de développer leurs potentialités. Or, plus grande est la rentabilité des PME, plus grande et plus excessive se révèle leur sélection sur le marché financement. De ce fait, un assainissement de la structure financière des PME s'est opéré entre 1990 et 2005 par un désendettement auprès des banques créant ainsi un bilan positif en fonds propre.

1. Graphique : Les PME : principaux employeurs de France (Juin, 2008)



De plus, une grande majorité des entreprises nouvellement créées ont du mal à passer le cap des cinq premières années après leur création. Si jamais, elles subsistent après ce délai, elles ne créent pas pour autant des emplois car trop fragiles financièrement pour pouvoir embaucher et assurer le salaire des employés. Le phénomène d'absorption par un grand groupe et les faillites font qu'il reste très peu de structures qui assurent le renouvellement du tissu productif. Dans ce contexte, seul un petit nombre restreint de petites et moyennes entreprises assurent l'embauche, ce sont les gazelles, ces PME à forte croissance qui observent une augmentation de leur croissance de l'ordre de 10 à 20 % par an. Ces entreprises sont à la source d'une bonne proportion des nouveaux emplois provenant des entreprises pérennes, elles influencent souvent le développement de tout le pays par leur dynamisme (*ibid*, 2009).

Une étude internationale réalisée sous la direction d'un groupe de travail sur les petites et moyennes entreprises de l'OCDE a mis en évidence que les gazelles constituaient entre 2% et 10% des PME pérennes, mais étaient à la source de 40 % à 60 % des nouveaux emplois (Julien, 2001). Depuis quelques années, les pouvoirs publics se sont fixés comme objectif de développer ces gazelles pour combler le retard accumulé par la France au regard des autres pays européens. Les PME françaises ne sont pas compétitives. De nombreuses barrières dont l'accès au financement les contraignent à stagner, rendant impossible leur développement.

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

Michel Marchesnay (2011) est l'un des premiers à reconnaître que les PME sont diverses et s'est beaucoup intéressé aux spécificités du système de gestion des PME. Il a notamment beaucoup travaillé sur le rôle prédominant et déterminant que joue le dirigeant sur le caractère global du système de gestion de l'entreprise. L'approche systémique soutenue par Marchesnay permet d'apprécier la cohérence du système de gestion, à travers la prise en compte des interrelations qui existent entre les différentes composantes du système. L'auteur considère que le rôle du dirigeant est capital puisque de ses buts, de ses décisions découlent la bonne gouvernance de l'entreprise. Les décisions prises par le dirigeant ont souvent une implication sur le devenir de l'entreprise. Le recrutement d'un salarié, le démarchage d'un prospect, le départ à la retraite d'un salarié sont autant d'éléments qui mettent en évidence le poids relatif qu'occupe le dirigeant de la PME. C'est ce que Mahé de Boislandelle (1998) appelle effet de grossissement, c'est-à-dire, une amplification des phénomènes. Cet effet de grossissement résulte de plusieurs composantes regroupées sous le sigle PME (P pour effet papillon, M pour l'effet de microcosme et E pour l'effet d'égotrophie (Torres, 1999, p.21).

Abraham Moles et Elisabeth Rohmer, les précurseurs de la psychologie de l'espace ont établi que la perception de l'espace est régit par une Loi proxémique, c'est-à-dire, que ce qui est proche est plus important que ce qui est loin, qu'il s'agisse d'un événement, d'un objet, d'un phénomène ou d'un être. La petite taille de la PME, thèse défendue par Mahé de Boislandelle (1996), amplifie les effets de grossissement à quatre aspects distincts qui sont l'Effet de Proportion, l'Effet de Nombre : l'Effet de Microcosme et l'Effet d'Egotrophie (Torres, 1999). *Torrès considère que les PME sont régit par une Loi Proxémique aigüe*, c'est-à-dire une surévaluation de ce qui est proche et une sous évaluation de ce qui est lointain. En raison de ces effets de proxémie, les PME sont beaucoup plus dépendantes de leur environnement local que les grandes entreprises. La loi proxémique s'avère d'une grande pertinence quand elle s'applique aux petites structures et montrent que les PME favorisent l'espace proche au détriment de l'environnement lointain. La loi proxémique se vérifie tout aussi bien dans les relations spatio-temporelles que dans les relations bancaires mais cette dernière relation comme l'affirme l'auteur tend à s'effriter et à se distancier rendant la relation entre banque et PME beaucoup plus malaisée (Torrès, 2011).

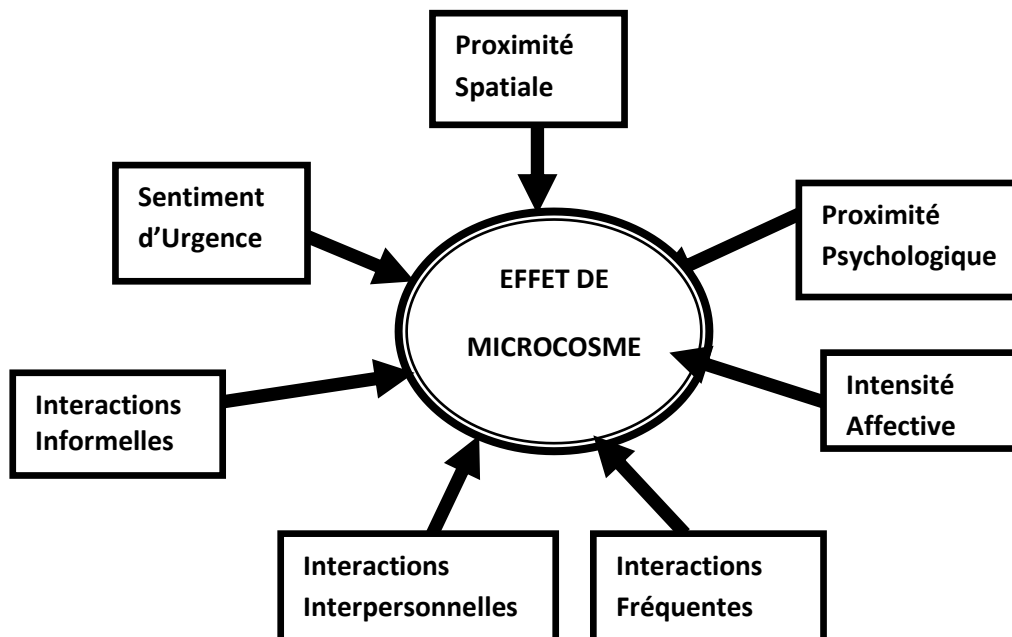
L'effet papillon se définit comme l'impact critique que peut avoir un événement en apparence mineur dans le cadre de la gestion de la PME. Cet événement, aussi mineur soit-il, peut être la cause de toutes une séries de réactions en chaînes et qui peut être à l'origine de

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

conséquences désastreuses et irréversibles sur le devenir de la PME. Plus métaphoriquement, les battements d'ailes d'un papillon en Australie (crise économique par exemple) peuvent entraîner une suite de réactions catastrophiques pour une PME en France (sa fermeture). *La probabilité de l'effet papillon apparaît d'autant plus grande que la taille de l'entreprise est petite* (Torres, 1999, p.21).

En raison de sa petite taille, les petites et moyennes entreprises privilégient beaucoup les relations informelles avec son environnement proche (effet de nombre). Elles ne se risquent pas à explorer d'autres territoires de peur de ne pas maîtriser les risques encourus. Les PME sont dotées de structures fragiles et présentent une sévère carence en fonds propres. En outre, comme explicité précédemment, les capitaux-risqueurs ont une aversion pour les petites structures dont l'organisation, les moyens et les critères de choix sont inadaptés aux contraintes du marché. Par ailleurs, il convient de dire que l'effet de taille a pour conséquence de réduire fortement les chances d'une entreprise d'accéder au crédit. Tous ces éléments traduisent l'effet de microcosme (Mahé De Boislandelle, 1998).

1. Schéma les effets de microcosme (Torres, 2003a, p.126)



Le phénomène d'égotrophie, développé par Torrès (1999) caractérise la forte centralisation du pouvoir entre les mains du dirigeant. La prédominance du dirigeant et sa capacité à ne pas déléguer renforcent les spécificités de la PME. En effet, le dirigeant de la PME a une forte

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

tendance à centrer la gestion de l'entreprise autour de sa personne. Ce comportement a pour conséquence l'exclusion totale du regard extérieur.

Michel Marchesnay (2001) à travers son diamant s'est beaucoup intéressé aux spécificités du système de gestion des PME. Il a notamment beaucoup travaillé sur le rôle prédominant et déterminant que joue le dirigeant sur le caractère global du système de gestion de l'entreprise. L'approche systémique soutenue par Marchesnay nécessite d'analyser ensemble les buts, l'environnement, l'organisation et les activités de la PME. Cette grille permet d'apprécier la cohérence du système de gestion, à travers la prise en compte des interrelations qui existent entre les différentes composantes du système. Selon l'auteur, le rôle du dirigeant est capital puisque de ses buts, de ses décisions découlent la bonne gouvernance de l'entreprise. Les décisions prises par le dirigeant ont souvent une implication sur le devenir de l'entreprise. Le recrutement d'un salarié, le démarchage d'un prospect, le départ à la retraite d'un salarié sont autant d'éléments qui mettent en évidence le poids relatif qu'occupe le dirigeant de la PME (effet de proportion).

L'étude des buts du dirigeant est indispensable car ils conditionnent les choix stratégiques. Ils permettent d'apprécier l'efficacité du dirigeant et de son entreprise. Le profil du dirigeant influence les choix stratégiques ; de même les buts et les objectifs de celui-ci sont influencés en amont par ses perceptions culturelles, religieuses etc. Sa formation et sa trajectoire personnelle sont des éléments importants qu'il ne faut pas négliger. L'éthique est au centre de la relation entre les buts et l'environnement social. L'éthique regroupe un ensemble de principes, de valeurs et de croyances qui dirigent la conduite des individus. Elle distingue la bonne et la mauvaise façon d'agir. La performance aussi est influencée par l'éthique. En effet, elle a plusieurs répercussions :

- Elle est coûteuse car elle a une influence certaine sur les politiques environnementales, sur la politique de gestion de ressources humaines soutenues par l'entreprise;
- Elle est source de profit car elle améliore l'image interne, elle est source de satisfaction pour les salariés. Elle joue aussi sur l'image externe de l'entreprise ce qui est une source de satisfaction pour les clients.
- Les buts du dirigeant s'inscrivent dans une vision. En effet, c'est la représentation que se fait le dirigeant de son environnement et de son entreprise dans le futur. Le passage de la vision à l'action se traduit par la définition d'un plan

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

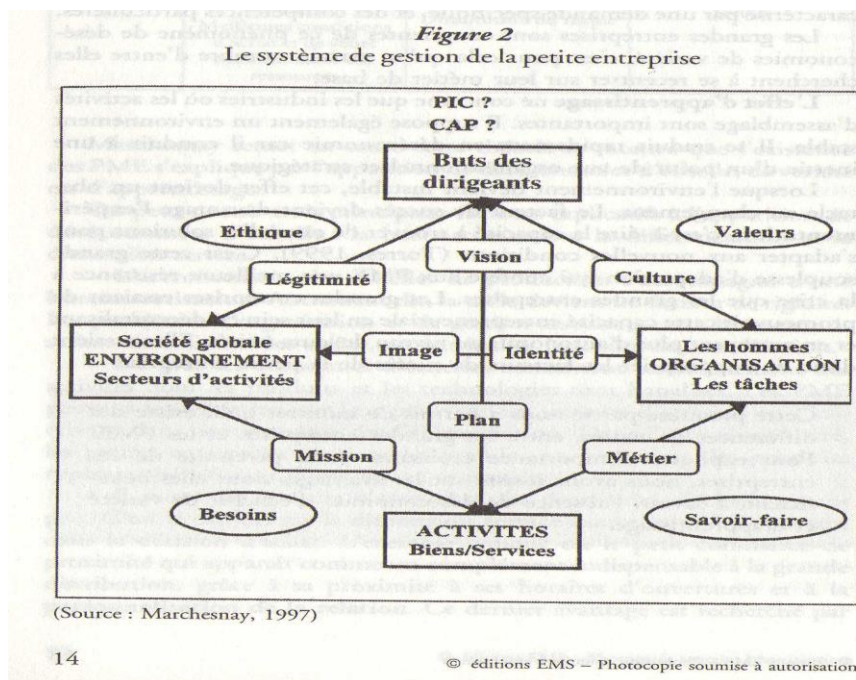
L'analyse de l'organisation se divise en deux parties distinctes :

- ❑ Au niveau des individus, c'est-à-dire, les personnes qui travaillent dans l'entreprise. Ces personnes sont supposées partager les mêmes valeurs que le dirigeant. La culture est le fruit de l'entreprise, elle permet de comprendre le degré d'implication des salariés.
- ❑ Au niveau des tâches car elle représente les différentes fonctions et services que regroupent l'entreprise. Plus l'entreprise est petite, plus l'organisation des tâches est indifférenciée et le personnel pluridisciplinaire. La coordination se fait, le plus souvent, par ajustement mutuel et par supervision directe.

L'environnement aussi se divise en deux parties :

- ❑ L'environnement concurrentiel correspond à l'ensemble des entreprises avec lesquelles la PME est en concurrence directe ou indirecte. Mais il comprend aussi les partenaires économiques de la PME (clients, distributeurs, fournisseurs et prestataires de services).

2. Schéma Le diamant de Marchesnay



- ❑ L'entreprise est conditionnée par son environnement social. Cet environnement comprend les collectivités, les institutions locales et les réseaux de relations personnelles tissés par le dirigeant depuis l'ouverture de son affaire. Le dirigeant établit des relations interactives avec trois types d'acteurs :

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

- ⇒ les acteurs exerçant une fonction tutélaire (administrations publiques, collectivités locales, CCI)
- ⇒ les acteurs exerçant une fonction d'expertise (expert-comptable, conseillers, auditeurs)
- ⇒ les acteurs exerçant une fonction partenariale (fournisseurs, distributeurs, clients de groupement professionnels).

L'activité, enfin, se définit comme un ensemble homogène de biens et services répondant à des besoins de la clientèle actuelle ou potentielle, réalisés par l'entreprise, à partir de ses propres savoir-faire, ou s'appuyant sur ceux de ses partenaires. Elle repose sur l'articulation entre le besoin satisfait (mission) et le savoir –faire (métier). Le dirigeant doit tout mettre en œuvre pour que son entreprise soit compétitive, c'est-à-dire, efficiente dans son domaine de compétence. L'efficience juge la capacité de l'entreprise à gérer ses ressources de la meilleure façon qui soit dans le but d'obtenir les coûts de transaction les moins élevés mais aussi la meilleure qualité (Marchesnay et al, 2001).

Hormis ces aspects, l'entreprise doit prendre en compte les attentes des clients. Pour cela, la PME dispose d'un atout que les grandes entreprises ne possèdent pas. Elle bénéficie de l'effet proxémique (Torrès, 1998 ; 1999) ce qui renforce la personnalisation des relations avec les clients et les partenaires de celle-ci.

Autre fait marquant, la gestion des PME se fait souvent dans l'urgence, les décisions se prennent à court terme, le rythme de production est inégal, le système d'information et la relation client fournisseur sont souvent informels. Le dirigeant de la PME mène une gestion introvertie de son entreprise car il a peur de perdre son indépendance et son autonomie. En outre, l'entreprise est souvent le résultat d'un héritage patrimonial qu'il est souhaitable de donner en partage aux générations futures. Toutes ces raisons poussent le dirigeant à prendre le moins de risque et à éviter l'intrusion de regards extérieurs dans la gouvernance de l'entreprise. Tous ces phénomènes sont corrélés par le système de gestion « proxémique » et l'organisation informelle de la PME (Torrès, 2000).

Si Torrès (1999) affirme dans l'introduction de son ouvrage *Les PME* que « *Small is beautiful* », il admet aisément que « *Small is difficult* ». Mais alors pourquoi ?

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

Tout d'abord, parce que la PME est spécifique et diverse. Il n'existe pas une PME mais des PME d'où la représentation de celle-ci par catégorie, taille, nombre de salariés et le chiffre d'affaire. Les caractéristiques de la PME peuvent être regroupées sous trois catégories:

❑ Fiscales

Au regard de son statut juridique, la PME est souvent soumise à l'impôt sur les sociétés (IS) ou au régime des BIC (Bénéfices Industriels et Commerciaux).

❑ Juridiques

Mise à part le statut de commerçant, les PME sont souvent des sociétés de personnes, ou des sociétés de capitaux, de type SARL ou EURL. Il est donc quasi impossible de faire la distinction entre propriétaire et exploitant dans les petites PME, sachant que la personne qui détient le capital est souvent polyvalente et multi acteurs dans la vie de l'entreprise (directeur, gérant, vendeur, etc.). Enfin, compte tenu de l'effectif, les sections syndicales d'entreprise sont rares dans les PME.

❑ Organisationnelles

Du fait de sa petite taille, l'organisation de la PME est souvent informelle et basée sur les seules connaissances du dirigeant, qu'elles soient relationnelles ou théoriques. Cependant, force est de constater que sa gestion et son organisation sont plus souples que celle des grandes entreprises. De là provient une capacité d'adaptation meilleure que celle des grands groupes, et une part des frais de structure plus faible.

Peacock (2000) estime que les raisons qui font que les petites entreprises échouent ne sont pas forcément liées à sa petitesse. Il existe selon l'auteur deux caractéristiques qui séparent les petites entreprises des grandes entreprises. La première est bien entendu leur petitesse et la deuxième est leur taux d'échec et de turnover. Il reconnaît qu'il existe plusieurs causes à l'échec des petites structures. Ces causes sont multiples :

I. Le dirigeant

Le Temporary National Economic Committee a déclaré en 1941: *«The chance of a newcomer becoming an established member of the business community is sadly slight. He carries on until his funds are exhausted and then disappears from the scene. His place is taken by*

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

another hopeful, certain that he has the abilities which will permit him to succeed where his predecessor has failed [...] Unaware of the odds against them, and largely ignorant of the weapons of trade, prospective proprietors march stolidly to the ambush ». En effet, l'entreprise est souvent dépendante de son dirigeant de sa création et ce très longtemps après sa création l'entreprise repose sur les ressources et les capacités du dirigeants. Là où les grandes entreprises disposent d'un arsenal de conseillers dans tous les domaines, le dirigeant se retrouve souvent confronté à la réalité et aux difficultés. Le dirigeant à lui seul occupe tous les postes. Toutes les décisions et les stratégies reposent sur lui.

II. L'isolement

Les petites entreprises sont très isolées et les dirigeants disposent de peu d'opportunités et même de structure pour partager leurs problèmes. Si les dirigeants décident de créer dans le but d'être indépendants, ils sont loin de se douter qu'ils s'isolent de leurs pairs, collègues, et spécialistes susceptibles de les aider. Sur ce sujet, Gumpert et Boyd (1984) rapportent que les effets de la solitude dans les petites entreprises peuvent avoir des conséquences néfastes sur la production mais plus généralement sur le fonctionnement de l'entreprise. Dans cet article, les auteurs mettent en lumière la solitude à laquelle est confronté le dirigeant de la petite entreprise. Ils font part des pressions tant internes qu'externes auxquelles les chefs d'entreprises sont confrontées, pressions qui installent une déconnexion entre le dirigeant et la vie sociale. Ils écrivent: « *Smaller ventures have little room at the top. At the beginning, the people in charge and those at the bottom are usually one and the same. And even after the survival stage has passed, small companies tend to run lean because their limited resources are typically used to maximise sales and production rather than to recruit managerial talent. Founders fill in the lower levels through hiring, while keeping authority in their own hands. As a consequence, entrepreneurs often lack colleagues with whom to share experiences, explore ideas, and commiserate. [...]at work he has no equals in stature or responsibility.[...]without input from peers, friends, or family, entrepreneurs are unlikely to consider all relevant options and risks in their decision making. All you're getting is your own feedback »* (p.2-3)

III. Le manque d'information

Friedlander et Pickle (1968) observent que les petites entreprises ne prennent pas en compte l'environnement extérieur et les considèrent comme un territoire à part. Les petites entreprises ont une tendance à trouver les solutions aux problèmes à l'intérieur de l'entreprise plutôt que

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

de chercher l'information dans l'environnement extérieur. Le manque de d'information est dû au fait que les petites et moyennes structures ne sont pas conscientes que les conseils externes sont porteurs de réussite (Chapus et al., 1999 ; Gueguen, 2001).

IV. Le manque de temps

Comme l'indique Duchéneaut (1996), le problème majeur des dirigeants de PME c'est l'absence de temps. Les dirigeant travaillent plus de 60 heures par semaines quand un travailleur français travaillent aux maximum 35 heures par semaines. Selon Peacock (2000) 68% des dirigeants ont peu de temps pour les loisirs.

V. La pression

Le fait que les dirigeants soient les seuls à prendre les décisions, qu'ils travaillent de longues heures, fait augmenter la pression. C'est ce que Torrès (2013) décrit dans son étude épidémiologique où il est démontré que la pression amène les dirigeants à développer certaines pathologies en plus de stress.

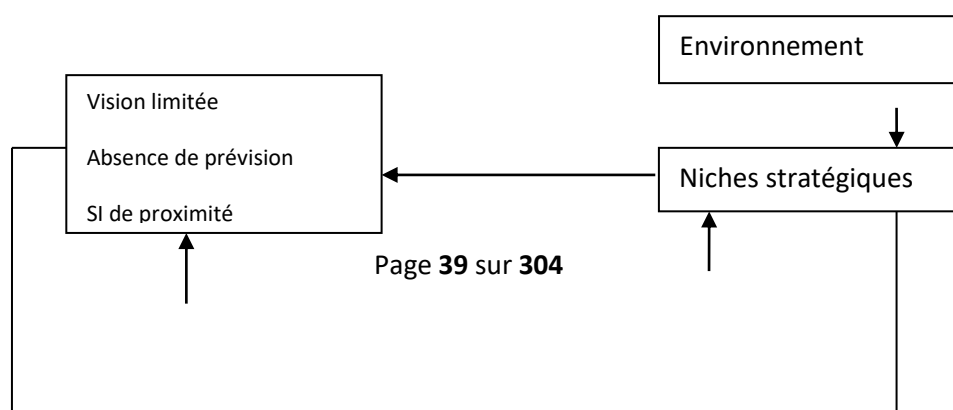
VI. La dépendance à la ligne de production

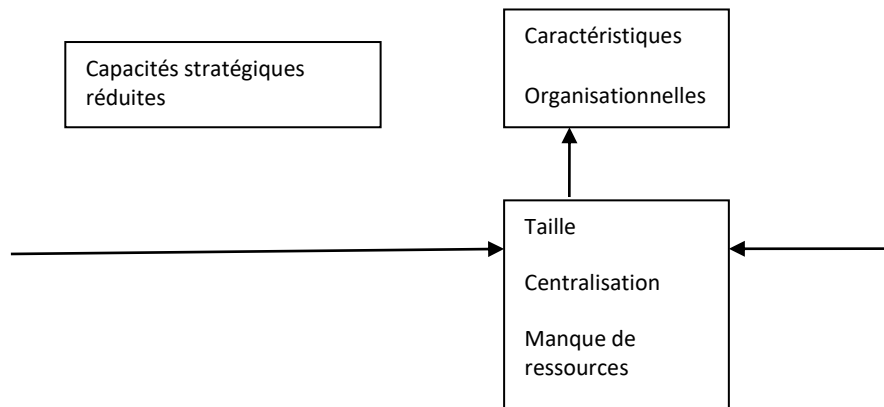
Les petites entreprises à l'instar des grandes entreprises disposent d'une grande flexibilité mais d'une gamme de produit réduit. Leur portefeuille étant plus petit ils se laissent dominer par leur savoir faire ou les services qu'ils offrent sans prendre trop de risque. Ce qui à terme représente un risque pour l'entreprise du fait de l'hyperspécialisation de sa ligne de produit (Julien, 1990 ; Gueguen, 2001).

VII. Les échanges externes sont fragiles

Les échanges externes ont plus d'impact sur les petites entreprises. Les changements en termes de loi, les relations avec les autres entreprises... sont primordiaux pour son développement.

1. Schéma les contraintes organisationnelles et stratégiques (Gueguen, 2001, p.97)





Nonobstant, les PME restent craintives en matière d'investissements et il a pu être observé une forte tendance de celles-ci à augmenter leurs fonds de trésorerie. Ce comportement dit de « précaution » (*ibid*, 2009) de la part des entrepreneurs témoigne de la relative peur des PME à investir dans un climat où l'accès au crédit, en cas de mauvais résultat sur les investissements réalisés, reste incertain. Il faut voir dans ce comportement la représentation d'un dilemme cornélien auquel les PME françaises sont confrontées, c'est-à-dire, la double contrainte de rationnement : réticence des banques à les financer par la dette, d'une part, la difficulté à mobiliser des fonds propres, de l'autre. Il devient alors vital de faciliter l'accès des PME au financement essentiellement en fonds propres surtout lorsque l'on sait que les conditions d'accès aux crédits bancaires ne leur sont pas favorables.

1.2 La bancarisation des PME : un chemin parsemé d'embûches

L'accès au financement des PME est un chemin parsemé d'embûches. Les contraintes liées à l'accès au financement des PME sont nombreuses. La liste des contraintes qui entravent le financement des PME est longue: Risque PME, rationnement du crédit, système de notations plus strictes, demande de garantie, prime de risque, clauses restrictives, surfacturation du coût du crédit... sont les principales difficultés auxquelles les PME sont confrontées quand elles font appel au crédit bancaire et cette liste, non exhaustive, ne représente qu'une infime partie du processus de l'octroi de crédit. L'asymétrie d'information est une contrainte majeure qui donne lieu au rationnement du crédit (Stiglitz et al., 1981). D'une part, la taille de la PME est problématique et d'autre part les différentes caractéristiques de la PME font d'elle une entreprise unique et plurielle à la fois.

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

Quand on cherche à établir une hiérarchie des difficultés auxquelles sont confrontées les PME françaises, l'insuffisance des fonds propres et la transmission sont deux des problèmes les plus souvent cités (Hirigoyen, 1988). Les PME sont dotées de structure fragiles et présentent une sévère carence en fonds propres. En effet, les difficultés d'accès au financement restent l'un des principaux obstacles à la création, la survie et la croissance des structures. Les difficultés dans ce domaine sont dues à un resserrement des conditions de crédits, qui affectent durement le flux de trésorerie des entrepreneurs.

Les petites et moyennes entreprises et les entrepreneurs représentent un segment important de toutes les économies. Ils sont une source considérable d'emploi et de revenu mais aussi des moteurs d'innovation et de croissance. Il importe de souligner qu'en règle générale, les PME sont vulnérables pour un certain nombre de raisons :

- ☐ leur taille;
- ☐ prises individuellement, elles sont moins diversifiées du point de vue de leurs activités économiques;
- ☐ leur structure financière est moins solide (capitalisation plus faible);
- ☐ du point de vue risques de crédit, leur note est plus faible (quand elles sont notées);
- ☐ elles sont fortement tributaires du crédit, et
- ☐ elles ont moins d'options de financement (Duchénaut, 1995 ; 1996)

La problématique du financement des petites structures est un sujet récurrent tant sur le plan des recherches scientifiques que sur le plan des politiques publiques mises en places par les gouvernements successifs. Dominique Laboureix & Alain Laurin (1994) reconnaissent qu'il existe bien un risque PME, risque qui serait corrélé négativement par une forte proportion d'entreprises dites « défaillantes » (Bardos, 1997) et par le poids accru des petites et moyennes entreprises dans l'économie française. Le risque PME est évalué selon un système de notation beaucoup plus stricte que pour les grandes entreprises. En effet, les banques se réfèrent aux exigences du nouvel accord Bâle³ pour la notation de l'octroi de crédit. Pour rappel, les accords Bâle *« ont pour objectif de recommander aux banques de structurer leur bilan d'une certaine façon. Le ratio à respecter, appelé ratio McDonough, anciennement ratio Cooke, ne fait pas directement force de loi mais est transcrit par les autorités de régulation dans les réglementations locales. Les accords de Bâle viennent d'être redéfinis. Le nouveau*

³ http://www.fimarkets.com/pages/ratio_solvabilite_mcdonough_cooke.htm

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

ratio, baptisé ratio Mc Donough ne change pas l'esprit de l'accord initial mais l'enrichit. Pour désigner ce ratio, on parle indifféremment de ratio de solvabilité ou d'adéquation des fonds ».

En décembre 2010 ont été publiés les accords de Bâle III⁴ « *qui se concentrent principalement sur la solvabilité des banques. Il s'agit de renforcer aussi bien le niveau que la qualité des fonds propres pour permettre aux établissements financiers d'être plus à même d'absorber les pertes sur des prêts ou des investissements en cas de crise. L'idée étant d'éviter qu'ils ne recourent une nouvelle fois aux fonds publics. Ainsi, le Comité de Bâle a décidé de relever le ratio de solvabilité Core Tier 1 de 2% à 4,5% avec en plus un matelas de protection de 2,5%, d'ici 2019. Autrement dit, les fonds propres "durs", c'est-à-dire composés uniquement d'actions et de bénéfices mis en réserve, devront représenter 7% des activités de marché ou de crédit des banques. L'augmentation de ce ratio devra contribuer à limiter l'incitation à la prise de risque* ». On constate donc que les choix des outils pour la notation de l'octroi du crédit constituent un enjeu de taille et influencent fortement les conditions d'accès au financement bancaires des Très Petites et Moyennes Entreprises.

Les petites et moyennes entreprises constituent un risque évident pour les banques « *en raison de leur poids important dans l'économie, de leur recours majoritaire à l'endettement bancaire — et non aux marchés financiers — pour se financer et de leur fragilité (elles ont un taux de défaillance supérieur — de l'ordre de cinq fois — aux entreprises de grande taille* » (Bulletin de la Commission bancaire, 1998, p.9). La fragilité excessive des PME, souvent dû à une sous capitalisation financière et à un taux d'endettement beaucoup plus important, rend le recours à l'endettement bancaire inévitable surtout lorsque la structure est trop petite (Biais & Malecot, 1996) pour faire appel au marché extérieur. Les banques, en raison de ce taux élevé de défaillance, ont d'énormes chances de se retrouver confrontées à des incidents de paiements. La frilosité des banques étant déjà avérés quant à l'accès au crédit des PME, cela a pour conséquence, à la défaveur des PME, un resserrement des critères d'éligibilité d'accès au crédit et une intensification des pratiques discriminantes telles que l'augmentation des taux d'intérêt, un système de scoring et d'octroi de crédit beaucoup plus strict et une gestion du risque PME largement surévalué (Nakamura, 1999).

⁴ http://lexpansion.lexpress.fr/entreprises/la-reforme-bancaire-de-bale-3-pour-les-nuls_1358656.html#c2mWSbuBKvZPk0IO.99

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

Des enquêtes réalisées par la Banque de France et l'INSEE (Enquête semestrielle de la BDPME, déc.1998, p 16.) ont mis en évidence que la taille est un handicap sévère pour les PME et toujours selon cette étude il apparaît que les banques effectuent une segmentation et une tarification fondées principalement sur la taille. C'est ce constat qui a permis de mettre en évidence que les PME françaises sont rationnées quand elles font appel au crédit bancaire. Particulièrement touchées par la crise économique qui s'est abattue sur l'économie mondiale depuis 2007, les PME ont enregistré un fort ralentissement de la croissance. Cette situation critique a eu pour effet de fragiliser le faible équilibre financier de ces entreprises. Cette fragilisation a en retour été fortement ressentie par les établissements de crédit, notamment ceux spécialisés sur le segment très restreint du marché du financement des PME.

Le risque PME est évalué selon un système de notation beaucoup plus stricte que pour les grandes entreprises. En effet, les banques se réfèrent aux exigences du nouvel accord Bâle pour la notation de l'octroi de crédit.

Ils prennent en compte trois grandes mesures du risque :

1) Mesure du risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'un débiteur fasse défaut ou que sa situation économique se dégrade au point de dévaluer la créance que l'établissement détient sur lui. Pour mesurer le risque de crédit, on va donc pondérer le montant total de la créance, ce qu'on appelle " l'encours ", par la qualité du débiteur. Le comité de Bâle définit donc plusieurs catégories d'expositions au risque de crédit, avec pour chaque catégorie une pondération à appliquer à l'encours prêté. Cette pondération va de 0% pour les Etats souverains jusqu'à 150% pour les contreparties les moins bien notées.

2) Mesure du risque du marché

Le risque de marché est le risque de perte ou de dévaluation sur les positions prises suite à des variations des prix (cours, taux) sur le marché. Ce risque s'applique aux instruments suivants : produits de taux (obligations, dérivés de taux), actions, changes, matières premières. Le risque sur produits de taux et actions se mesure sur la base du " portefeuille de trading ", c'est-à-dire des positions détenues par la banque pour son propre compte dans un objectif de gain à court terme, par opposition aux activités " normales " de financement et d'investissement.

3) Mesure du risque opérationnel⁵

Le risque opérationnel est le risque de perte liée à des processus opérationnels, des personnes ou des systèmes inadéquats ou défaillants ou à des événements externes. Dans l'approche standard, l'activité des banques est répartie entre plusieurs domaines ou " lignes métiers ". A chaque ligne métier les autorités de régulation attribueront un facteur de pondération sur le revenu brut " moyen " censé refléter le risque opérationnel objectif encouru par chaque activité.

Ainsi, on constate que les choix des outils pour la notation de l'octroi du crédit constituent un enjeu de taille et influencent fortement les conditions d'accès au financement bancaires des PME. Cependant, les faits doivent être nuancés par le fait que la lourdeur des démarches et le coût des outils de notation permettant l'accès au crédit aux PME représentent une contrainte certaine pour les banques. Il est important également de souligner que le traitement d'un dossier de demande d'emprunt en provenance des petites structures est systématiquement accompagné d'une étude sur la santé financière de l'entreprise, ce qui représente un coût en termes de mobilisation de personnel et de temps pour la banque. L'asymétrie d'information et les données financière de l'entreprise, souvent inexistantes, rallongent le temps de traitement des dossiers. À cela vient s'ajouter la concurrence peu développée sur ce segment de marché qui ne permet pas de revoir à la baisse les coûts du traitement du dossier, ni d'amortir le risque. Les petites et moyennes entreprises ne sont pas mieux pourvues quand il s'agit d'attirer les capitaux des marchés financiers ; à cause de leurs spécificités et de leur taille, elles ont une grande faiblesse en matière de mobilisation du capital. Ces handicaps font qu'elles ne bénéficient pas de conditions d'emprunt avantageuses auprès des banques qui en l'absence ou de faiblesses de garanties financières ou/et de fonds propres exigent le plus souvent des cautions ou des garanties personnelles sur le patrimoine du propriétaire.

Cette « illiquidité » (Belletante et al., 2001) est ressentie plus fortement encore par les PME d'autant que les investisseurs manquent de confiance dans les capacités de gestion du dirigeant. La concentration du pouvoir autour du dirigeant est l'un des facteurs sensibles de la petites et moyennes entreprises qui effrayent le plus les partenaires financier éventuel.

De plus, du fait de son organisation spécifique, les investisseurs estiment qu'il existe un risque très élevé d'asymétrie d'information et bien trop souvent l'entrepreneur est

⁵ Ces données sont extraites du site
http://www.fimarkets.com/pages/ratio_solvabilite_mcdonough_cooke.htm

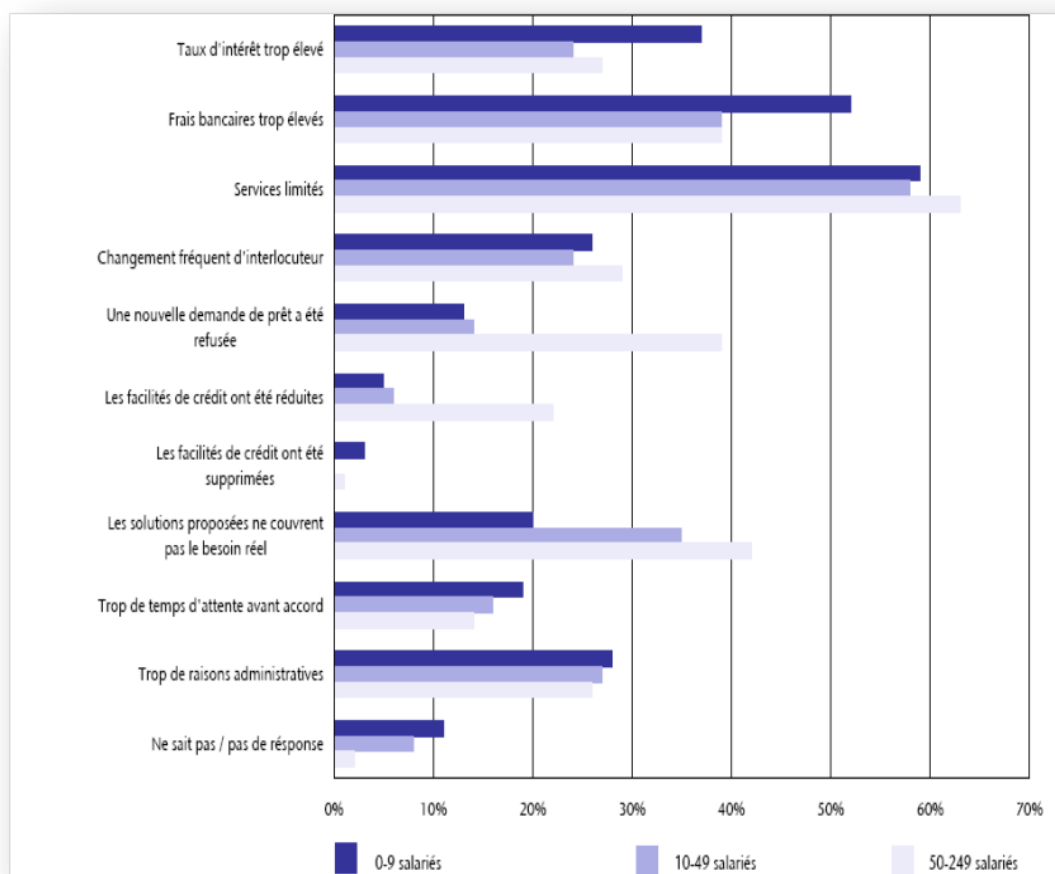
Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

incompétent en matière de gestion financière et à une forte tendance à surestimer ses capacités (Berryman, 1983 ; Peacock 1987). La dimension informelle de l'information dans l'organisation des PME est un frein à l'entrée d'un marché de capital structuré. Comme déjà spécifié ci-dessus, les dirigeants de PME établissent des relations de confiance, d'estime, de réputation avec les actionnaires, les banquiers, les fournisseurs et le personnel de l'entreprise réduisant ainsi le besoin de formaliser l'information (Smith, 1964 ; Belletante & al., 2001). Cette dimension de la relation basée sur le capital réputation est peu efficiente et remet lourdement en question l'entrée d'un investisseur dans le capital de l'entreprise. La lourdeur des démarches et le coût des outils de notation pour accéder au crédit aux PME brossent une contrainte certaine pour les banques attendu que le traitement d'un dossier de demande d'emprunt en provenance des petites structures est systématiquement accompagné d'une étude sur la santé financière de l'entreprise. L'asymétrie d'information et les données financières de l'entreprise, souvent inexistantes, rallongent le temps de traitement des dossiers.

Autre fait marquant, la tarification et les modes de traitement du dossier sont souvent proches de celles de la grande entreprise pour un produit net bancaire plus faible. Le produit net bancaire est la différence entre les produits et les charges d'exploitation bancaires hors intérêts sur créances douteuses. Elle comprend aussi les dotations et les reprises de provisions pour la dépréciation des titres de placement. Il mesure la contribution spécifique des banques à l'augmentation de la richesse nationale et peut en cela être rapproché de la valeur ajoutée dégagée par les entreprises non financières (Banque magazine, n° 654/janvier 2004).

2. Tableau des contraintes des PME

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche



La relation banque - PME est elle aussi mise à mal constituant ainsi un enjeu majeur pour la survie des petites entreprises sous-capitalisées. Les petites structures font régulièrement appel au crédit bancaire pour répondre à leurs besoins en fond de roulement et/ou pour développer leur production et investir dans de nouveaux marchés. Le dirigeant dans ce cas, n'a d'autres choix que celui de se retourner vers son réseau bancaire pour obtenir des lignes de crédits qui pourront financer ses projets d'investissements et d'expansion à moyen et long terme.

Pendant de nombreuses années, la relation banques et entreprises a souvent été tendue ; d'un côté les banques reprochent aux PME leur taille, leur faiblesse en fonds propres et en matière d'organisation et les PME d'autre part, regrette que les critères qui conditionnent l'accès au crédit soient si disparates et difficiles.

L'opacité qui environne l'accès au financement du crédit a impulsé l'écriture de multiples rapports et enquêtes qui apportent aujourd'hui la preuve que cette relation est désormais assouplie et qu'elle est vécue dans un climat de « confiance mutuelle » (Vermès, 1999). Cependant, quand bien même la relation se soit assainie, « *cela ne doit pas masquer les difficultés persistantes d'accès au crédit des PME, notamment les plus petites d'entre elles et*

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

à certaines phases critiques de leur développement » (Vermès, 1999). Beaucoup des difficultés rémanentes à l'octroi de crédit ne peuvent être remis en cause : « *des exigences normales de rentabilité ne permettent pas aux établissements bancaires de prendre des risques inconsidérés et rien ne saurait les y contraindre* » (Vermès, 1999). Pourtant beaucoup de projets ambitieux provenant des PME avortent faute de financement. Il en est de même pour les entreprises en croissance qui disposent de fonds propres et de lignes de trésoreries élevés et des projets de développement intéressants mais sont confrontées également à de grandes contraintes pour accéder au financement bancaire. Au vu de ces écarts, il est difficile de comprendre pourquoi les PME qui supportent la part la plus importante de la structure économique nationale peinent à s'imposer dans le système bancaire. Si la responsabilité du renouvellement du tissu productif repose sur les PME, le financement de ces dernières repose sur les banques.

Une étude réalisée par la Communauté Economique Européenne, sur les données comptables européennes de 1994 montre que l'ancrage au financement bancaire est très présent au sein des petites structures. Cet ancrage au système bancaire reste très élevé pour les PME dites indépendantes, les jeunes pousses et les micro-entreprises (Laudy, 1992).

Bien que d'autres moyens financiers⁶ aient vu le jour, il est cependant évident que la dépendance des PME à l'égard de leur banque est très présente.

Ces moyens de financement sont :

- ⇒ le crédit interentreprises : crédit que les entreprises s'accordent entre elles implicitement à travers les délais de paiement consenti par une entreprise à ses clients) ;
- ⇒ le crédit bail : le crédit-bail est un contrat de location d'une durée déterminée, passé entre une entreprise et une banque ou un établissement spécialisés, et assorti d'une promesse de vente à l'échéance du contrat. L'utilisateur n'est donc pas juridiquement propriétaire du bien mis à sa disposition pendant la durée du contrat.
- ⇒ l'affacturage : les sociétés d'affacturage encore appelées *factors* se sont spécialisées dans la mobilisation d'une quote-part du poste client d'une entreprise, qu'elles

⁶ Définition extraite de <http://www.vernimmen.net>

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

escomptent (ou achètent) et dont elles assurent le recouvrement moyennant rémunération.

Beaucoup s'accordent à dire que les PME françaises sont rentables et qu'elles sont le foyer principal d'emploi et de développement pour la France. D'autres encore usent de termes dithyrambiques sur les bienfaits des PME, pourtant tous convergent dans la même direction quand il s'agit de reconnaître que les petites entreprises françaises ont des difficultés pour percer le marché bancaire. Certains clament l'instauration d'un taux d'intérêt unique mais cela apparaît comme une utopie d'instaurer un équilibre unique sur le marché du crédit car ni les entrepreneurs ni les banquiers ne trouveront leurs avantages. Si le taux d'intérêt est trop bas, la rentabilité des prêts n'est pas assurée, s'il est trop haut les projets les moins risqués seront amendés. L'équilibre pourrait se trouver dans les quantités d'emprunts octroyés permettant aux bailleurs de fonds de dégager du profit et de pouvoir étudier les dossiers les plus risqués.

Ces pratiques discriminantes mettent en évidence que les restrictions à l'accès au crédit limitent le nombre de lignes de crédits auxquels les entreprises pourraient prétendre. De fait, les Petites et Moyennes Entreprises doivent refréner leur envie d'expansion, qui plus est, l'absence d'une tarification individualisée du risque de crédit fait cruellement défaut et l'appréciation seule du banquier sur le potentiel du projet est insuffisante pour évaluer la probabilité de défaillance ou de réussite associée aux demandes de crédit des emprunteurs. Ces éléments ont également un effet pervers puisqu'ils placent le banquier en présence de l'incertitude que sa créance pourrait ne pas être honorée par le prêteur. Devant une telle incertitude et un degré élevé du risque, le bailleur de fonds pour pallier le risque effectuera une surfacturation du risque, exigera des garanties plus fortes et les fonds mis à la disposition de l'entreprise seront revus à la baisse.

Au regard de ces données, on constate que le coût du crédit n'est pas la difficulté majeure rencontrée par ces structures mais c'est en revanche l'accès au crédit lui-même qui est incertain. Les plus petites et jeunes entreprises forment la base de la pyramide en ce qui concerne l'accès au financement bancaire ainsi trop souvent les banques refusent d'étudier les plus petits dossiers parce que le coût de traitement leur paraît immodéré et le risque trop supérieur au regard de la faiblesse des apports en fonds propres (Levratto, 2009 ; Jaouen, 2005).

2. L'assurance emprunteur : le sésame pour accéder au crédit

Cette partie présente les différents dispositifs liés à l'assurance emprunteur. L'assurance emprunteur est une étape très importante dans l'accès au crédit des personnes et surtout des entreprises. Elle constitue une garantie pour les banques qui en son absence sont très timorées quant au prêt de liquidités pour le développement des petites structures. Les banques privilégient l'assurance emprunteur ainsi que les garanties qu'elles soient sous forme d'hypothèques, de titres, d'assurance vie, etc. Ces précautions réduisent l'incertitude et les risques de défaillances du non recouvrement des fonds investis dans l'entreprise. L'assurance emprunteur du fait de la sélection à l'entrée par les questionnaires de santé est par excellence une discrimination, discrimination qui se révèle positive et pénalement protégée.

L'assurance emprunteur est une étape obligée pour obtenir des fonds bancaires. Nonobstant, si l'assurance est défaillante et ne peut couvrir le risque car trop grande, c'est la convention AERAS qui prend le relais. La convention AERAS, anciennement convention Belorguey est riche d'une histoire contextuelle qui a permis sa création. Si le dispositif mis en place correspond aux besoins des personnes présentant des pathologies « assurables », il n'en est pas de même pour les personnes représentant un risque aggravé qui elles doivent faire appel à la convention AERAS, convention qui a été mise en place dans les années 1990 pour répondre essentiellement aux besoins de des personnes séropositives mais qui au fil des années s'est étendue à tous les risques représentant un risque grave de santé.

2.1 La santé au cœur de l'assurance emprunteur

L'assurance emprunteur non seulement permet de se prémunir contre les risques d'insolvabilités, les risques professionnels ou bien contre les risques externes à l'entreprise tels que les risques du marché, les risques opérationnels mais elle représente en enjeu capital dans l'octroi de crédit bancaire. L'absence d'assurance-crédit dit assurance emprunteur est souvent préjudiciable aux personnes qui ne peuvent en bénéficier que cela soit dû à un handicap ou à un risque aggravé de santé. Un risque aggravé de santé est une affection de longue durée qui handicape l'assuré et l'empêche de mener à bien ces activités. L'assurance-crédit assure les risques liés à l'invalidité, l'incapacité et de décès. Il permet de mettre à l'abri, l'entreprise, son propriétaire et sa famille en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité, de décès, il met à l'abri les héritiers en leur évitant d'avoir pour acquis la dette du défunt propriétaire

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

Bien que Bonin (2002) affirme que l'histoire de l'assurance crédit est aride on trouve cependant des traces de ce qui serait synonyme d'assurance dès le code d'Hammourabi en 2000 avant J-C. L'histoire atteste qu'il figure un texte sur l'assurance des marchandises. En effet, les babyloniens avaient déjà mis en place un système de prêt qui permettaient aux marchands d'assurer leurs marchandises pendant leur transport. Cette assurance faite auprès du banquier était une forme de prêt qui permettait aux commerçants de ne pas avoir à rembourser le montant emprunté en cas de perte pendant le transport de la marchandise. Il est aussi fait mention que si la marchandise arrivait à bon port, la somme due devait être remboursée dans sa totalité accompagnée de conséquents intérêts. Subséquemment, 600 avant J-C des textes en provenance de la Grèce antique font état d'une mutualité qui viendrait en aide aux nécessiteux. Mais ces textes sont plus de l'ordre de l'assurance mutualiste que de l'assurance emprunteur. Beaucoup d'hypothèses sur l'assurance ont été émises comme par exemple celui de considérer le prêt comme une assurance mais cela s'apparente beaucoup plus à un partage financière des risques (Pouilloux, 2011, p.9).

L'assurance emprunteur connue sous la forme actuelle n'a vu le jour qu'en 1234. Elle coïncide avec une ordonnance du Pape Grégoire IX de prohiber « *l'usure et tout prêt subordonné à un transport par voie de mer ou de terre* » (*ibid*, 2011, p.9). Pour contourner cette ordonnance qui ne leur était pas propice, les marchands et les banquiers ont mis en place des pratiques de ventes de la marchandise au départ et à l'issue trajet. Ces pratiques se révélant peu fonctionnel, ce sont donc des « *conventions d'assurance avec une prime, un capital garanti, et la définition d'un risque, qui finirent par s'imposer [...]* » (*ibid*, p.9).

L'assurance a d'abord été une assurance maritime qui assurait les amateurs en partance pour le nouveau-monde ou les transports de marchandises. Craignant les actes de pirateries, la perte ou le naufrage, les marchands assuraient leurs marchandises afin d'être indemnisés.

L'évolution de l'assurance en Europe connaît plusieurs dates importantes que l'on peut citer :

- ☑ 1336 - Décret du Doge de Gênes réglementant les assurances maritimes
- ☑ 1435 - Ordonnance rédigées à Barcelone sous le nom de Las Capitulat de Barcelona
- ☑ 1468 - Lois de la République de Venise sur les assurances
- ☑ 1523 - Décret de la Ville de Florence réglementant les polices d'assurances
- ☑ 1549 - Edit de Charles de Quint limitant les indemnités d'assurance au préjudice réel

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

- ☑ 1556 - Edit du roi Charles IX sur la création et établissement d'une Place Commune & Juridiction des Prieur & Consuls des Marchands en la Ville de Rouen.

Ces textes posaient les conditions fondamentales de l'assurance maritimes. (*ibid*, p.9).

L'assurance au sens on nous la connaissons aujourd'hui, a connu un essor tardif, c'est entre le XVIIe le XVIIIe siècle que l'assurance se modernisa. Au fil des siècles, l'assurance s'est intéressée à d'autres domaines tels que les assurances contre les incendies, les assurances sur la vie humaine, les risques agricoles, les accidents du travail pour finir par la mutualisation des risques au travers de multiples assureurs : la réassurance.

En 1666, un incendie touche la ville de Londres laissant derrière lui de nombreuses victimes. C'est à ce moment que naîtra l'assurance incendie sous l'impulsion d'un assureur britannique. La France quant à elle attendra la fin du XVIIe siècle pour inventer la première mutuelle incendie. Le XXe siècle verra l'apogée de l'assurance avec l'apparition de l'assurance chômage, de l'assurance, automobile et de toutes les assurances sur la vie humaine (Euro assurance, 2013). Le développement de l'assurance assureur ne sera que plus accrue.

Lors d'une demande de prêt, il est couramment, si ce n'est systématiquement, demandé aux souscripteurs de souscrire à un contrat d'assurance emprunteur. Le plus souvent le contrat d'assurance proposé est l'assurance de groupe bien que l'emprunteur ait la liberté à travers la délégation d'assurance de choisir une assurance dérivant de la concurrence (loi Lagarde, 2011). Cette délégation doit cependant respecter les exigences imposées par le prêteur.

L'assurance emprunteurs communément appelé l'assurance Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ou invalidité de 3ème catégorie de la Sécurité Sociale 100% est généralement associée à la garantie décès et est fréquemment exigée par la banque pour l'octroi du prêt. Cette assurance couvre l'incapacité totale et irréversible d'occuper un travail ou à une occupation quelconque pouvant procurer un gain ou profit et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante. Au même titre que l'assurance décès, l'assurance PTIA (**Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**) permet le remboursement des sommes dues selon la cotisation choisie lors de la souscription du contrat.

3. Tableau : Récapitulatif des risques garantis par les contrats d'assurance emprunteur (Révision de l'encadré 2 de Gissler & al., 2013, p.13)

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

La garantie décès	La garantie incapacité de travail/ invalidité	La garantie perte d'emploi
✓ Cette garantie est toujours comprise dans l'assurance emprunteur	En cas d'invalidité permanente et absolue : ✓ l'assureur prend le relais comme en cas de décès.	Très souvent facultative, elle garantit : ✓ Les licenciements sur CDI
✓ L'assureur rembourse les sommes dues au décès du souscripteur.	En cas d'assurance partielle sont pris en compte : ✓ La définition de l'incapacité et l'invalidité selon le contrat des assurés ; ✓ La période de franchise au-delà de laquelle l'assureur indemnise (30-90 jours) voire 1 à 3 ans pour certaines pathologies (suicide, pathologies neurodégénérative) ✓ L'âge auquel cesse la garantie.	Elle ne s'applique pas : ✓ Aux périodes d'essai ✓ Aux prises de préretraite ✓ Au chômage partiel ✓ Aux démissions volontaires ✓ A la fin des CDD (sauf elle intervient pendant une période de chômage indemnisé)

L'assurance emprunteur possède une double finalité :

- Elle permet aux banques de se protéger contre les risques décès, maladies, incapacité et invalidité.
- Elle permet aux souscripteurs du crédit de se protéger et de protéger sa famille en cas de problèmes qui surviendrait en cas de non-paiement des traites.

L'assurance emprunteur est une spécificité bien française. En effet, c'est une pratique qui s'est largement généralisée au sein des banques françaises. Elle n'est pas obligatoire pour les petits prêts à la consommation mais elle est systématiquement proposée pour les prêts immobiliers et professionnels. L'assurance emprunteur a un rôle double qui est premièrement celui de garantir le crédit en lui-même mais aussi les garanties engrangées telles que les hypothèques, la caution et deuxièmement de permettre le remboursement des sommes dues.

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

À l'instar des banques françaises, les établissements de crédits européens et nord-américains ont une préférence pour les modes de « *garantie plus classiques tels que la caution ou l'hypothèque ou encore la limitation du montant du crédit par rapport à la valeur du bien immobilier* » (Rapport au parlement sur les « Les personnes à risques aggravés de santé », 2007, p.10).

L'obtention de cette assurance est subordonnée à un questionnaire de santé que le demandeur doit remplir. Ce questionnaire médical est un outil de sélection qui permet d'assurer l'emprunteur sur la durée totale du prêt contre les risques de la vie. Bien que l'assurance non-vie ne fasse pas figure d'obligation en France, la majorité des emprunts courants de la vie restent soumis à son accord.

L'assurance pour les emprunteurs est un facteur non négligeable, elle est devenue quasi obligatoire et les personnes n'ayant pas son obtention se voient souvent refuser l'accès au crédit. Les banques donnent la préférence à la sécurité, c'est-à-dire, à la certitude que les fonds investis dans les projets des chefs d'entreprise seront remboursés dans tous les cas de figure qui viendraient à se présenter et dont ils n'ont pas la maîtrise que ce soit sur le projet du dirigeant ou son aboutissement.

Les conseillers financiers, dans le cadre de leur devoir de conseil, se doivent de proposer systématiquement l'assurance emprunteur et de prévenir l'assuré des risques qu'ils encourent en l'absence de cette dernière. Le manquement à ce devoir constitue un défaut de conseil. Par ailleurs, les banques ont la possibilité de réclamer toutes les garanties nécessaires pour garantir un crédit (Article L. 312-9 du code de la consommation).

L'accès au crédit bancaire nécessite deux conditions majeures : la solvabilité et l'assurabilité. En effet, les personnes candidates à l'octroi d'un crédit doivent détenir la capacité de payer donc de rembourser les fonds qu'ils souhaitent emprunter et être assurable par une compagnie d'assurance, que ce soit celle proposée par les banques dit assurance de groupe ou l'assurance par délégation.

Le métier de banquier repose par essence sur la capacité de remboursement des personnes. Par conséquent, les banques n'accordent de prêts qu'aux personnes en pleine capacité de remboursement du montant emprunté. En l'absence de cette certitude, le banquier est récalcitrant et le crédit souvent refusé. Par ailleurs, les institutions bancaires peuvent refuser d'octroyer un crédit en vertu de l'article L.311-15 du code de la consommation qui stipule

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

que qu' « à compter du jour suivant la mise à disposition des fonds à l'emprunteur et en cas de rétractation, l'emprunteur rembourse au prêteur le capital versé et paye les intérêts cumulés sur ce capital depuis la date à laquelle le crédit lui a été versé jusqu'à la date à laquelle le capital est remboursé, sans retard indu et au plus tard trente jours calendaires révolus après avoir envoyé la notification de la rétractation au prêteur. Les intérêts sont calculés sur la base du taux débiteur figurant au contrat. Le prêteur n'a droit à aucune indemnité versée par l'emprunteur en cas de rétractation» (Article L.311-15, Code de la consommation, Source Légifrance). En outre, donner un crédit à un client n'ayant pas la solvabilité constitue une faute professionnelle et une mauvaise étude de son dossier de crédit.

L'assureur quant à lui, ne peut assurer que des risques dits aléatoires. Par aléatoire on entend les risques assurables dans la mesure du possible sur un contrat d'assurance. Les risques assurables sont par exemple les risques liés à des pathologies dont l'assureur prend la responsabilité d'assurer. Certaines pathologies dites aggravantes comme certaines affections de longues durées sont souvent inassurables et représentent un risque pour la compagnie d'assurance qui elle manque de recul et d'études épidémiologiques sur les pathologies orphelines. L'assureur doit, en outre mutualiser les risques afin de créer des classifications de pathologies homogènes. Pour que cette mutualisation soit effective et que la sélection sur la santé soit possible, l'article 225-3 datant de 1991(Rapport Conseil National du Sida, septembre 1999) alinéa 1 du Code Pénal précise que les « *discriminations fondées sur l'état de santé, lorsqu'elles consistent en des opérations ayant pour objet la prévention et la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité [...]* » sont pénalement écartées afin que l'assureur puisse bien jauger le risque santé. En effet, étant donné les risques assurés, c'est-à-dire, l'état de santé, la morbidité, la mortalité, l'espérance de vie, l'âge, l'hygiène de vie, le passé médical de l'assuré est nécessairement pris en compte pour mesurer le risque que prend l'assureur. La compagnie d'assurance ne peut faire l'impasse sur l'étude de ces données biologiques.

La mutualisation des risques recoupés selon des taxonomies propres aux assureurs telles que l'âge ou l'état de santé est nécessaire pour que l'emprunteur soit pris en charge. Cette mutualisation pousse souvent à l'erreur les assurés qui confondent assurance emprunteur avec l'assurance solidarité. Le métier d'assurance consiste à mutualiser des risques similaires qui se rattachent à un groupe homogène et spécifique qui partage les mêmes pathologies

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

permettant ainsi de proposer une tarification qui correspondrait aux risques partagés par ce groupe. La solidarité, elle, s'exprime à travers diverses assurances qui peuvent prendre la forme d'assurance vie, d'assurance habitation, d'assurance des véhicules ou encore de mutuelle santé.

Les personnes souhaitant accéder au crédit bancaire sont souvent soucieuses du futur, et considèrent l'assurance emprunteur comme une sécurité face aux aléas probables de la vie, spécifiquement les accidents liés aux dommages corporels que sont le décès, la maladie grave ou encore l'accident de la route. Une étude TNS-SOFRES menée pour CARDIF, la filiale assurance de la banque BNP-PARIBAS « *Protéger son budget, comportements et attentes des consommateurs dans 14 pays* » datant de mai 2005 montre que les Français ne sont pas réfractaires à l'assurance-crédit et développent une appréhension qui est supérieure à celle de leurs consœurs européennes.

Le rapport soumis au parlement sur les « *personnes à risques aggravés de santé* » (2007) déclare que « *plus de 80% des personnes ayant souscrit une assurance emprunteurs le font via l'assurance de groupe proposée par l'établissement prêteur, ce qui présente l'avantage d'un coût plutôt modéré, de formalités de souscription relativement simples et de garanties stables dans le temps, puisque fixées dès le début et pour toute la durée du prêt*⁷. » (Rapport au parlement sur les « *personnes à risques aggravés de santé* » ; 2007, p.13).

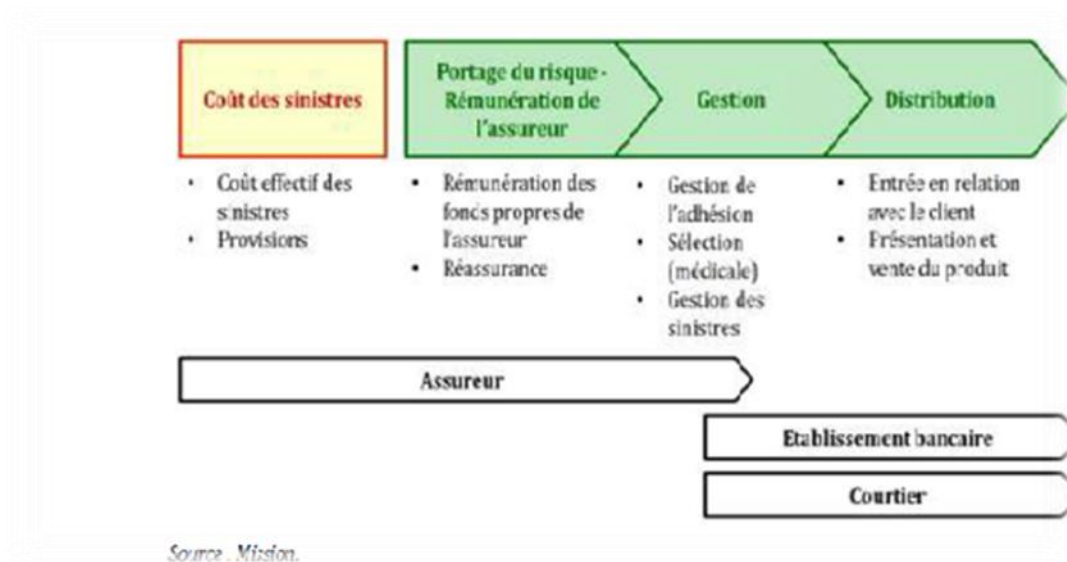
L'assurance est par essence basée sur des calculs actuariels et les statistiques fournies par exemple par l'Insee chaque année ou des études menées par les compagnies d'assurance. Ces différents calculs actuariels permettent de proposer des produits adaptés aux clients. Les tables de morbidité, de mortalité de la population référencée par âge, sexe et pathologies permettent d'établir des tarifications selon les groupes pathologiques. Le travail de l'actuaire est, l'un des acteurs intervenants dans la classification des maladies et de leurs tarifications, est repose sur des bases statistiques, la catégorie de population (buveur/non buveur, Indice de Masse Corporelle normale/ obésité, fumeur/non fumeur, etc...) et les tables d'expériences qui permettent d'obtenir une vision d'ensemble des maladies qui touchent l'assuré et d'élaborer une grille tarifaire qui s'approche des besoins. Suite à ce premier travail des actuaires, découlent une sélection des assureurs et la mise en place d'une tarification des risques ce qui en l'occurrence permet l'accès du plus grand nombre à l'assurance emprunteur (Dugardin, 2010). L'assurabilité du plus grand nombre repose sur la loi des grands nombres et ne possède

⁷ Aux termes de l'article L.312-9 du code de la consommation, toute modification apportée, après la souscription du prêt à la définition des risques garantis ou aux modalités de mise en jeu de l'assurance sont inopposables à l'emprunteur qui n'y a pas donné son acceptation.

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

aucun bien-fondé sur le pronostic individuelle (Chouty, 2004). Cependant, il est important de souligner l'obsolescence des différentes études statistiques et études privées menées par les compagnies d'assurance. En effet, les données qui permettent d'établir un pronostic sur l'espérance de vie des malades sont tabléées sur des indications passées « *qui pose le problème de la prise en compte de changements récents, nécessairement délicats du fait du manque de recul et des obligations réglementaires de prudence qui s'attachent à la tarification en assurance.* » (Rapport au parlement sur les « Les personnes à risques aggravés de santé » ; 2007, p.15).

2. Graphique : Décomposition de la chaîne simplifiée de la chaîne de valeur et du rôle des acteurs (Gissler & al., 2013, p.26)

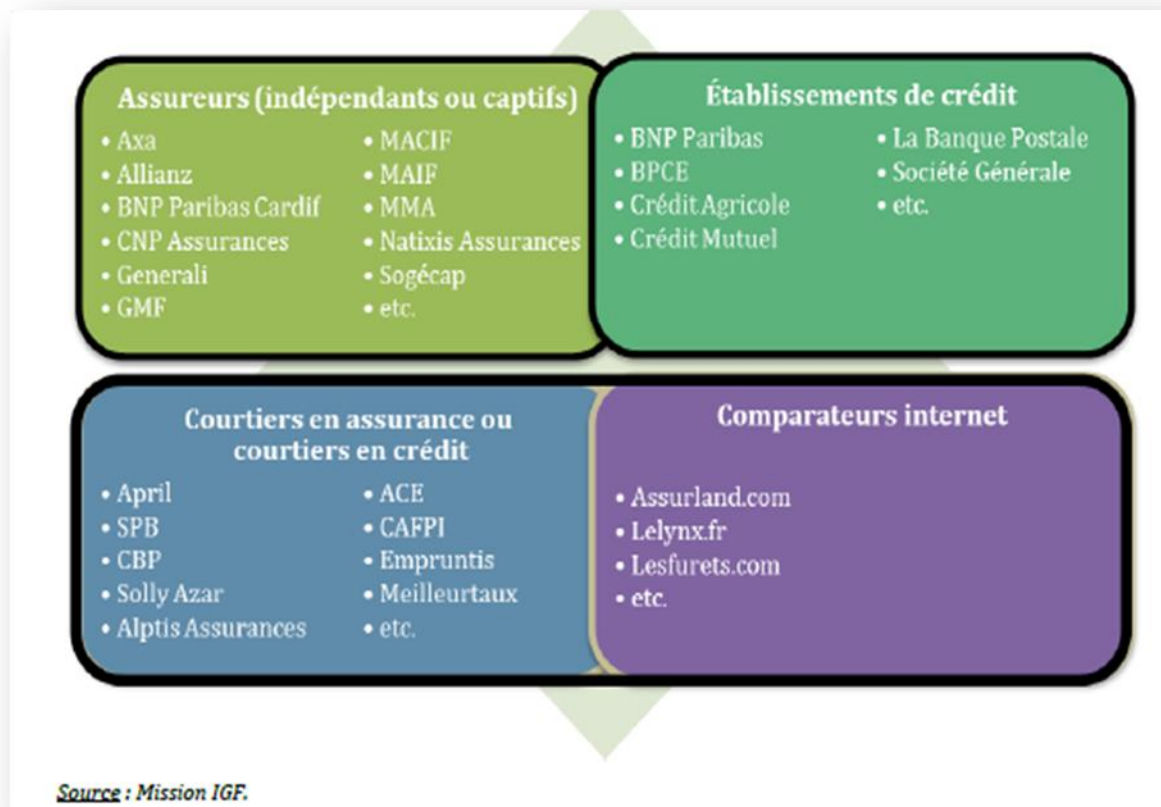


Ce rapport stipule que l'assurance emprunteur est un secteur largement compétitif où se livre une bataille entre assurances de groupe et assurances individuelles. En effet, les personnes représentant de bons risques, c'est-à-dire une santé équilibrée cherchent à payer moins cher et ne souhaitent pas payer pour les personnes malades. La conséquence immédiate de ce phénomène est une démutualisation des risques et un surenchérissement du coût de l'assurance pour les personnes en mauvaise état de santé et qui ont de grandes difficultés pour accéder au crédit bancaire. Le marché de l'assurance est, en effet, un marché conditionné par ces acteurs et la couverture des risques qu'ils acceptent de prendre en considération. Plusieurs types d'assurance emprunteurs ont été mise en place pour répondre aux besoins croissants des personnes qui souhaitent souscrire une assurance emprunteurs.

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

Les différents acteurs du marché de l'assurance emprunteur, qu'il soit dans le secteur bancaire, assurantielle, internet ou des offres des courtiers en assurance, se démarquent par la proposition et la concomitance des trois types de contrats qui « se distinguent par leur mode de tarification et leur degré de segmentation » Gissler & al., 2013, p.14).

4. Les principaux acteurs de l'assurance emprunteur (*ibid*, p.20)



Les trois types de contrats proposés par ces acteurs sont :

1) Les contrats de groupes :

Les contrats de groupe sont les contrats qui sont usuellement proposés à toutes personnes qui souscrivent à un crédit dans un établissement. Ces contrats collectifs sont créés pour répondre aux besoins des établissements bancaires. Peu fractionnés, ces contrats sont calculés au pourcentage du montant emprunté ou dans le cas des crédits avec amortissements, la quote-part s'additionne aux remboursements mensuels. Jusqu'au début des années 2000, la tarification était identique pour tous les souscripteurs dorénavant la nouvelle donne prend en compte l'âge et le durée du prêt pour établir le tarif. Ainsi, ici on retrouve des compagnies d'assurance telles que la CNP qui représentent La banque Postale, la Banque Populaire, la

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

Caisse d'Epargne entre autre , la CARDIFF assurance groupe de la filiale BNP-Paribas, ou encore la SOGECAP pour la Société Générale.

2) Les contrats individuels

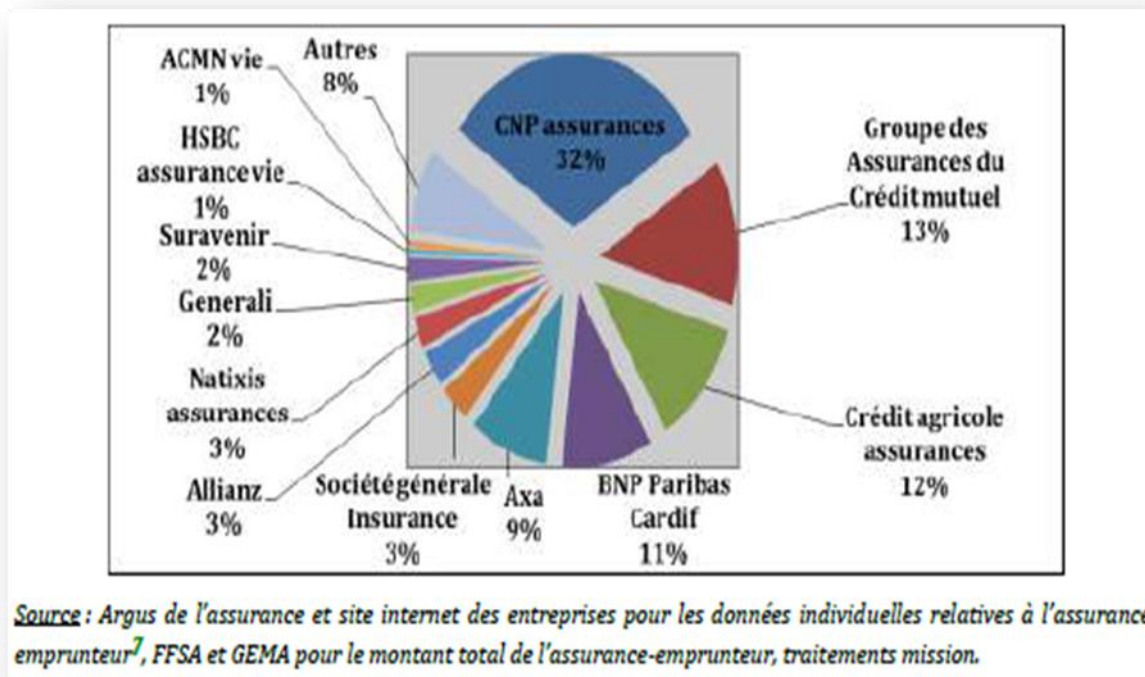
Au même titre que les contrats groupes, les contrats alternatifs couramment appelés contrat individuels sont des contrats collectifs. Ces contrats sont spécifiquement proposés par des courtiers ou des assureurs indépendants tels qu'AXA, MMA ou APRIL. La délégation d'assurance (loi Lagarde, 2011) autorisant les assurés à refuser les contrats de groupe, ils peuvent désormais souscrire, une police d'assurance dans la compagnie d'assurance qui leur convient. Ces contrats, à l'instar des contrats groupes, opèrent une segmentation beaucoup plus poussée sur le marché de l'assurance emprunteur. Cette segmentation, en plus de l'âge, se fait sur l'état de santé, la catégorie socioprofessionnelle, l'hygiène de vie. Les cotisations sont chiffrées selon le montant et la sinistralité assurée. Ces contrats sont largement dirigés vers des profils de jeunes souscripteurs.

3) Les contrats individuels purs

Conçus essentiellement pour les jeunes emprunteurs qui trouvent le prix des deux premières catégories trop élevés à cause de la mutualisation des risques, ces contrats construisent un lien direct entre l'assureur et l'assuré à travers une prime d'assurance exprimée suivant le capital restant dû. Les contrats individuels purs s'adressent également aux personnes représentant un risque aggravé de santé qui ne peuvent adhérer aux contrats de groupes et qui nécessitent une assurance personnalisée à leur cas. Ce sont souvent les courtiers en assurance qui prennent en charge ces derniers clients (Gissler E. & al., 2013, p.13).

3. Graphique : Marché de l'assurance emprunteur en 2012

(en % du chiffre d'affaire du secteur, *ibid*,p.18)



2.2 Mensonge en assurance : de bonne foi ou de mauvaise foi ?

Selon Alexandre Koyré (1943) « tout le monde sait qu'il est « laid » de mentir ». Emmanuel Kant (2004) déclare que « le mensonge, quelles que soient les intentions de celui qui l'exerce, n'en demeure pas moins quelque chose de vil en soi, parce qu'il est mauvais dans sa forme même ». Or, « il est incontestable que l'homme a toujours menti. Menti à lui-même. Et aux autres. Menti pour son plaisir, le plaisir d'exercer cette faculté étonnante de "dire ce qui n'est pas" et de créer, par sa parole, un monde dont il est seul responsable et auteur. Menti aussi pour sa défense : le mensonge est une arme. L'arme préférée de l'inférieur et du faible qui, en trompant l'adversaire s'affirme et se venge de lui » (Koyré, 1943, p.8). L'auteur (1943) continue en affirmant « n'en déplaise à Porphyre, le mentir, beaucoup plus que le rire, est le propre de l'homme » (p.1). Ainsi, le mensonge est devenu « un état naturel, une norme de comportement » (Ugrešić, 1994, p.64).

Bien que l'article 225-1 du Code Pénal considère comme discriminant « [...] toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison [...], de leur sexe [...], de leur grossesse, [...] de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation sexuelle, de leur âge, [...] », l'assureur est en droit de poser toutes sortes

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

de questions sur l'état de santé du souscripteur afin d'évaluer le risque pris vu que, selon le code des assurances, l'assuré est tenu de *« répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge »*(article L113-2), d'autant que l'article 225-3 alinéa 1 du Code Pénal modifié en 1991 précise que les *« discriminations fondées sur l'état de santé, lorsqu'elles consistent en des opérations ayant pour objet la prévention et la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité [...] »* sont légales et consiste en une discrimination positive. (Rapport CNS, septembre 1999).

À cet égard, on comprend donc que le questionnaire de santé doit être scrupuleusement rempli en toute transparence, car *« indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. »* (Article L113-8, Code des Assurances). L'article L113-8 du code des Assurances indique qu'il est important de répondre clairement au questionnaire médical sans faire fi des maladies auxquelles le souscripteur a été confronté. Un exemple récent paru dans la presse révèle les risques liés au mensonge : *« Un emprunteur a récemment fait l'amère expérience du mensonge. Afin de s'assurer l'obtention d'un crédit, un emprunteur avait « falsifié » le questionnaire médical en mentant sur son passé médical où il avait dû subir plusieurs hospitalisations. Lorsque l'assuré s'est retrouvé en incapacité de travail et a souhaité faire jouer sa garantie, l'assureur a découvert le mensonge et a immédiatement annulé les remboursements de l'emprunt. Portant l'affaire en justice devant la Cour de cassation, l'emprunteur s'est vu confirmer, en octobre 2010, l'annulation de son contrat d'assurance crédit (Cass Civ 2, 7.10.2010, n° 1755). Pour sa défense, le client a déclaré avoir été guidé dans le choix de ses réponses par un employé de banque. Mais ne pouvant être prouvé, cet élément n'a évidemment pas été retenu par la Cour de cassation »*.

Il stipule que le mensonge ou la fausse déclaration est une raison valable pour perdre les garanties de la couverture d'assurance proposée à l'ouverture du contrat d'emprunt. En cas de fausse déclaration ou ce que l'on appelle en assurance une déclaration de mauvaise foi avérée

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

donc intentionnelle (Cass. civ II, 16 décembre 2010, 10-13768; Cass. civ. II, 16 décembre 2010, 10-30206; Cass. Civ.II, 16 décembre 2010, 10-12179), l'assureur est en mesure de retenir tout ou partie de sommes versées ce que servira aux paiements de dommages et intérêts. S'il est démontré que c'est une erreur dit de bonne foi, l'assureur a le droit de diminuer la compensation selon ce qui aurait dû être payé si le risque avait été annoncé. Il convient de mentionner que la jurisprudence dans le cadre de la fausse déclaration est très stricte et condamne l'assuré à une forte amende qui peut s'accompagner d'une peine de prison allant jusqu'à trois ans. Enfin, la jurisprudence prévaut même dans le cas où la fausse déclaration n'aurait aucun rapport avec le risque couvert à l'image d'une personne atteinte d'un cancer et assuré pour cette pathologie mais qui aurait omis de déclarer un diabète (Cass.civ. I, 3 février 2011, 09-71948) : cette assuré ne serait pas couvert et l'assureur pourrait retenir une partie des indemnités versées.

Les conditions particulières du droit des assurances repose sur un principe particulier qui est la bonne foi (Baudouin *in* Dubreuil, 1989, p.1992). La bonne foi bien qu'elle est une large démonstration peut se résumer comme étant un code de bonne conduite auquel tout manquement demande réparation des préjudices causés aux personnes lésées (Dubreuil, 1992). Le signataire en remplissant le questionnaire de santé le remplit sur la base de la bonne foi. Il est censé dire toute la vérité concernant sa santé et permettre à l'assureur d'avoir une bonne évaluation du risque qu'il couvre. Si à la souscription du contrat l'assureur est tenu de prendre connaissance des risques qu'il couvre afin de se protéger des éventuelles fausses déclaration, Dubreuil (1992) affirme que le contrat d'assurance qui lie l'assuré et l'assureur oblige le souscripteur « *à une très haute bonne foi lors de la déclaration initiale du risque* » (p.1087) : tous risques auxquels l'assuré a été confronté ou est confronté doit être rapporté afin d'éviter une fausse déclaration intentionnelle. Le contractant est obligé de répondre honnêtement aux questions que lui posent l'assureur, dans le cas contraire le mensonge entraîne la nullité du contrat. Il est notable que le fait de faire une déclaration de mauvaise foi est une tromperie qui engage l'assureur sur des données erronées. Comme le déclare Dubreuil : « *il n'appartient pas au futur preneur de d'évaluer ce qui intéressera l'assureur. La bonne ou la mauvaise foi devient donc sans importance étant donné que l'on considère la déclaration elle-même et non le comportement du déclarant* » (*ibid*, 1992, p.1992). La mauvaise foi quant à elle peut se définir comme un comportement qui tend à nuire autrui et à l'empêcher de jouir de ces droits de manière intentionnelle.

La bonne foi s'observe aussi bien chez l'assuré que chez l'assureur : le premier doit déclarer

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

toutes les informations qui permettent à l'assureur d'avoir une vision éclairée de son dossier quand bien même ce risque n'aurait aucune relation avec l'assurance en question, le souscripteur se doit de tout déclarer afin d'éviter des pénalités. Le second, quant à lui doit pouvoir apprécier le risque pris en toute conscience afin de ne pas l'opposer à l'assuré en cas de sinistre mais il se doit aussi d'établir le taux de la prime, de renseigner l'autre partie sur ces devoirs et ses droits. De même, l'assureur doit se renseigner, lui aussi, par tout les moyens légaux existants, sur les risques qu'il couve. Il a l'obligation de compétence car il ne peut reprocher à l'assuré son ignorance du risque ou son incompetence (*ibid*, 1992 ; Ancel, 2010). La bonne foi, il faut le signaler est pris en compte tant à la formation du contrat qu'à son exécution (Ancel, 2010).

Cependant, la question de la fausse déclaration en France a fait l'objet d'une grande controverse entre la chambre mixte et la chambre criminelle. Le 07 février 2014, la chambre mixte a pris position par l'arrêté n° 277 en déclarant que la cour d'appel a violé les textes L-113-2, L-112-3 alinéa 4 et L-113-8 du code des assurances. De ce fait, la chambre mixte à cassé et annulé la décision prononcée. (Cour de cassation arrêt n° 277, 7 février 2014, 12-85.107). Les deux chambres s'opposaient quant à « *l'incidence du questionnaire établi par l'assureur pour apprécier la fausse déclaration au sens de l'article L. 113-8 du code des assurances. Et fort logiquement, la réponse était attendue : la Cour estime que l'assureur ne peut se prévaloir de la réticence ou de la fausse déclaration intentionnelle de l'assuré que si celles-ci procèdent des réponses qu'il a apportées à ces questions.* » (Dalloz. actualité, 2014, p.1). L'avocat général résume la problématique en posant les questions suivantes « *le seul fait d'apposer sa signature, précédée de la mention "lu et approuvé" sous une clause figurant dans les conditions particulières pré-imprimées d'un contrat autorise-t-il à considérer, alors même que ne sont reproduits ni le texte de la question ni la réponse sous une forme directe, que l'intéressé a répondu à une question précise au sens de l'article L. 112-3 du code des assurances et, le cas échéant, a fait une fausse déclaration au sens de l'article L. 113-8 du code des assurances ?* » (*ibid*, 2014).

La définition de la fausse déclaration établit initialement en 1930 avait retenu le fondement de la déclaration spontanée de l'assuré. Cependant la loi du 31 décembre 1989 (n° 89-1014) à modifié ce principe au profit du questionnaire de risque. La Chambre mixte considérant que l'ère de la déclaration spontanée au profit de la déclaration provoquée est parachevée,

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

l'accusé ne pouvait donc être reconnu coupable pour les faits dont il était accusé par son assureur attendu qu'il a précisément répondu au questionnaire de l'assureur (*ibid*, 2014).

Section 2 : La santé un risque irréductible mais probabilisable

Introduction de la section

Cette section a pour but de comprendre les différentes approches et concepts de la santé. La santé est la dimension clé de notre travail de recherche. C'est pourquoi il est important de pouvoir la définir et de comprendre ces impacts sur les individus dans leurs différents environnements, en l'occurrence dans notre cas d'étude, les chefs d'entreprise. Dans un premier temps, nous tenterons de définir la santé et ses déterminants, pour ensuite aborder les différentes approches et concepts de cette dernière, puis nous verrons que la santé s'inscrit dans le respect des besoins fondamentaux au sens de Maslow (1943), c'est-à-dire que la santé est dépendante de l'accès aux besoins primaires de l'individu car c'est de cet environnement que la santé est optimale. Nous présenterons les différentes définitions que nous propose la littérature sur la santé et son contraire la maladie. Ces définitions nous permettront de mieux appréhender le concept, d'en connaître les tenants et les aboutissants. Enfin, nous verrons que la santé est un élément déterminant dans les probabilités de risques qu'encourent les banques et les compagnies d'assurance.

1. Concept de santé : état des lieux

Considérée comme un facteur de risque par les assureurs et les banques, la santé est un facteur non négligeable dans l'accès aux crédits des dirigeants. Ainsi, dans le cadre de ce travail, il est apparu nécessaire de s'intéresser au concept de la santé, à ses définitions et ses déterminants. Dimension clé dans cette recherche doctorale, la santé mérite une meilleure compréhension de sa perception et du rôle qu'elle joue dans l'octroi de crédit des PME.

1.1 De la définition officielle aux définitions de la santé

« La santé est un droit fondamental de l'être humain et un facteur indispensable au développement social » (OMS, Déclaration de Jakarta, 1997).

De l'antiquité jusqu'à nos jours, la santé a toujours été au cœur des discussions. De Platon à Socrate, de la collection hippocratique jusqu'aux politiques préventives et hygiénistes actuelles, la santé est le souci premier des individus au même titre que manger, boire et se loger. Les hommes qui au fil du temps se sont sédentarisés ont mis en place des systèmes de

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

protection et de guérissons contre les maladies puis les gouvernements ont mis en place des politiques préventives des maladies. De la survie contre les dangers de la nature, les hommes ont commencé primitivement à mettre en place des techniques de soins basées sur les plantes médicinales, puis ont développé au fil des siècles des techniques de soins de plus en plus performantes rendant l'environnements moins hostiles aux maladies et aux différentes infections (Rauch, 1995).

La maladie perçue pendant des siècles et ce jusqu'à nos jours comme pathogènes est un enjeu majeur pour toutes les couches sociales. Le mot santé trouve son origine dans le mot grec *hygieia* qui signifie être en bonne santé. Cette expression *hygieia*, à connotation positive, a su au fil des époques et sous les médecins de la collection hippocratique, évoluer en prenant en considération la santé mais aussi la guérison et beaucoup plus tard la notion de prévention et de bien-être. Les Grecs déjà avaient une haute estime de la santé et la considérait comme un don divin. D'ailleurs une chanson populaire attribuée à Simonide, la positionne en premier parmi les biens que souhaitent posséder l'Homme. La chanson dit : « La santé est le plus grand de tous les biens pour l'homme mortel [...] ». Selon la doctrine hippocratique, « *la santé est le fruit de la mesure : la maladie vient d'une perte de l'harmonie entre les qualités du corps* » (*ibid*, 1995, p.12).

La santé, polysémique (Desforges, 2001) par essence, n'est pas une notion facile à définir tant elle est plurielle et fait appel à plusieurs domaines de compétences pour être totalement complète. La santé est un concept qui peut être vue selon plusieurs approches. Les deux approches les plus répandues sont :

- ❑ l'approche perceptuelle qui consiste en la perception que le malade a de sa pathologie. On peut constater que des individus atteints de pathologies lourdes se disent en bonne santé. L'approche perceptuelle est une expertise que mène l'individu sur sa propre santé (Levasseur, 1995 ; Barsky et al., 1992 ; Segovia et al., 1989b ; Idler & Angel, 1990 ; Harvey, 2003 ; Lemerrier, 2013)
- ❑ l'approche par le bien-être comme décrit dans la définition officielle de la santé. La santé se voit comme un état de bien- être physique, mental et social et ne prend pas en compte l'état de maladie seulement. Cette définition considérée comme utopiste insiste sur les différentes dimensions de la santé ci-dessus mentionnées. Cette définition ne limite pas la

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

santé à l'aspect somatique à laquelle la médecine se réfère souvent (OMS, 1948 ;Harvey, 2003 ; Lemercier, 2013).

Plusieurs autres travaux, qui seront développés plus en avant, se sont penchés vers d'autres approches telles que les approches holistiques, environnementales ou adaptatives. Tous ces travaux ont mis en exergue que la santé est une entité qui forme un tout et que l'absence d'un des éléments la rend caduque.

La santé, au sens de la définition l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), définition officielle de la santé, ne consiste pas seulement à l'absence de maladie mais comprend l'humain dans son entité complète et tient compte de l'environnement qui l'entoure et dans lequel il évolue (Desforges, 2001). Mais l'évolution des mœurs vers des concepts beaucoup plus hygiénistes, l'engagement de l'état vers des politiques de santé publiques, l'augmentation et l'amélioration du niveau de vie dans les sociétés des pays du nord ont mené vers une vision beaucoup plus salutogène (Torres, 2010) de la santé qui se définit non pas par « *l'absence de maladies ou d'infirmités* " mais par "un état de complet bien-être physique, mental et social ». (Organisation Mondiale de la Santé de 1948).

La santé n'est plus une représentation de l'absence de maladie ou de handicap, d'incapacité, d'invalidité mais elle se rapproche beaucoup plus vers les notions de bien-être, de bonheur, de réussite et de performance. En effet, les maladies ayant ostensiblement reculé au cours des siècles, on assiste aujourd'hui à un changement de la donne où le corps est devenu objet de soins de beauté, de performances sportives et est poussé de plus en plus vers l'esthétisme (Rauch, 1995).

La définition restée inchangée depuis 1948 a pour mérite d'être complète et d'englober tous les aspects fonctionnelles du corps humain. Cette dernière présente la santé comme une jonction entre l'autonomie et le bien-être et permet ainsi de voir la santé dans une vision large qui inclut la maladie et la mortalité mais aussi le bien-être, l'absence d'handicap et d'incapacité, le mal être, etc. (La santé en France. Rapport général. 1994, p.17).

En ce sens, il devient difficile d'établir un rapport entre l'état de maladie et l'état de bonne santé tant les définitions de ces dernières sont antithétiques et paradoxalement liées. Pour autant ce que l'on puisse dire l'état de maladie, c'est ressentir une gêne ou être gêné dans le fonctionnement de son organisme, de son physique et qui empêche d'évoluer de manière adéquate dans le monde qui entoure. L'état de maladie s'apparente bien souvent à l'état

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

d'handicap. Bien souvent, la maladie est synonyme d'exclusion car le malade ne participe pas ou plus, et selon son degré d'atteinte, à la vie sociale (Hamonet & Magalhaes, 1999).

L'état de santé, à l'instar de l'état de maladie, est la maîtrise complète de ces facultés qu'elles soient mentales, physiques ou sociales. Ce n'est pas que l'état de santé soit une absence d'handicap ou d'incapacités mais c'est la capacité de surmonter les difficultés auxquelles la vie confronte les populations. Les frontières entre la notion de santé et la notion de maladie ne sont pas figées, plusieurs facteurs telles que les techniques de prévention, de soins, l'essor des technologies, les différences médicales entre les pays du nord (occidentalisés) et les pays du sud (en voie de développement) peuvent y apporter une perception différente entre ce qui est normal et ce qui est pathologique. Une personne en bonne santé est souvent un malade qui s'ignore. D'un point de vue général, c'est la cessation d'activité par l'incapacité, l'handicap ou l'immobilisation qui définit le passage d'état de santé à l'état de malade (*ibid*, 1999).

La santé du fait de sa nature polysémique est multidimensionnelle et trouve son équilibre entre les différents états de la santé. Elle tient compte du bien-être, c'est-à-dire, l'intégration des fonctions de l'organisme humain orientée vers l'optimisation du plein potentiel dont la personne est capable (Dunn, 1959), de la santé holistique (Ferguson, 1980), considérée comme une façon de penser l'univers, la nature, la personne, les choses. Cette pensée privilégie une vision globale du monde qui reconnaît et respecte les interactions entre tous les éléments qui composent l'univers et en constituent sa complexité (*ibid.*, 1980).

La santé est un ensemble individuel et collectif qui ne peut être vu de manière séparé. Rejoignant ce courant de pensée, Davezies (1999) considère que la santé est un fait collectif et individuel car, en effet elle concerne l'exercice de la liberté mais aussi le respect de la pluralité. Il existe une multitude de définitions pour la notion de santé, de nombreux auteurs à travers plusieurs époques ont tenté d'apporter leur contribution dans la définition de la santé. Si selon la première version du Dictionnaire de l'Académie Française (1694), la santé, c'est : « l'Estat de celui qui est sain, qui se porte bien ». Le philosophe allemand Kant (in Rauch, 1995, p.4) dans le *Conflit des facultés en trois sections* (1798) écrit « on peut se sentir bien portant, c'est-à-dire juger d'après son sentiment de bien-être vital, mais l'on ne peut jamais savoir que l'on est bien portant...L'absence du sentiment (d'être malade) ne permet pas à l'homme d'exprimer qu'il se porte bien autrement qu'en disant qu'il va bien en apparence ». Kant dans cette pensée philosophique montre que la santé naît de la perception de l'individu malade. Cette santé perceptuelle fait que la santé ne peut être seulement définie par le

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

médecin sinon par le malade qui est seul à percevoir les souffrances que lui cause sa pathologie.

Le Larousse (2014) définit la santé comme étant un état de bon fonctionnement de l'organisme qu'il soit bon ou mauvais. C'est aussi, toujours selon cette définition un équilibre psychique, une harmonie de la vie mentale. Dans l'imaginaire collectif, la santé est l'absence de maladie en sorte un corps sain dans un esprit sain. La santé antinomique de la maladie est par nature une ressource nécessaire à tout individu pour une inclusion dans la société. Si la notion de santé comprend l'ensemble des forces qui s'opposent à la maladie, elle prend aussi en considération le « *fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme indépendamment d'infirmités qui n'affectent pas les fonctions vitales : un aveugle, un manchot peuvent « avoir la santé »* » (Robert, 2000).

« *La santé a remplacé le salut* » disait G. Canguilhem (1991) (*in* Haut Comité de la santé publique, 1994, p.335). Elle s'est mutée en une valeur normale, un acquis, un droit presque un dû. Rabelais (1993) dans le *Quart Livre* a écrit: « *La santé, c'est la vie* ». Greenberg (1985) quant à lui considère que la santé intègre plusieurs dimensions telles que les dimensions physiques, psychologiques, émotionnelles, sociales et spirituelles. Ces dimensions sont, selon l'auteur, toutes nécessaires à l'individu afin qu'il obtienne une meilleure santé.

Ainsi lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé à Ottawa (1986), la santé a été définie comme « *une mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part, évoluer avec le milieu et s'adapter à celui-ci* ». Cette définition montre que la santé est un concept adaptatif comme le confirme René Dubos (2001, p.509) qui définit la santé comme un « *état physique et mental relativement exempt de gênes et de souffrances qui permet à l'individu de fonctionner aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé* ». D'autant que l'auteur considère que c'est « *un état, ou une condition, qui rend la personne capable de s'adapter à son environnement. L'état de santé atteint dépend de l'aptitude de l'organisme à réagir, s'accommoder et s'adapter aux divers stress et tensions externes qui se présentent* ».

Au vu des définitions ci-dessus énumérées, on observe que la santé des individus s'adapte à l'environnement dans lequel il évolue. En somme, le concept adaptatif considère que le corps humain quand bien même il développe des handicaps est susceptible de se renouveler pour survivre dans un environnement hostile. Desforges, (2001), confirme cette pensée en admettant que la santé engage l'homme et le monde qui l'habite. Il considère que la santé ne

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

peut être considérée partiellement mais dans sa totalité, elle concerne l'esprit et le corps, d'où l'expression un esprit sain dans un corps sain.

Coppé & Schoonbroodt (1992), dans leur ouvrage collectif, propose, à travers plusieurs auteurs différentes définitions de la santé. Ainsi Malherbe, (*dans* Coppé & Schoonbroodt 1992) considère que « *être en santé, c'est être sur le chemin d'une plus grande autonomie; être malade, c'est être bloqué dans un cheminement, ne plus progresser ou même régresser* ». La santé apparaît dans cette définition comme étant un moteur nécessaire à l'homme pour être au meilleur de sa forme tandis que la maladie est vecteur d'une ankylose qui ne saurait être profitable à l'homme.

Pour Illich (1992), la santé c'est le niveau d'autonomie dont dispose les individus pour adapter son état interne face aux conditions externes. L'auteur précise que l'individu doit s'engager dans une démarche de changement afin d'améliorer son niveau de vie et de ce fait le rendre plus agréable et efficiente. La santé est, ainsi dit, la capacité de l'homme à s'imposer dans son environnement tout en prenant en charge sa mutation (Illich, (*dans* Coppé & Schoonbroodt 1992). Coppé & Schoonbroodt (1992) et Coppé & al. (1992) définissent la santé comme un équilibre et une harmonie entre les fonctions biologiques, sociales et psychologiques de l'être humain. Pour ces auteurs, la santé est le résultat de la qualité de vie et du fonctionnement total de l'individu le rendant capable d'aboutir à une vie satisfaisante tant sur le plan individuellement que sur le plan collectif.

Castillo (1988) et Bastide (*dans* Coppé, Schoonbroodt, 1992), dans leurs définitions respectives de la santé considèrent que l'homme doit appréhender son environnement et trouvé un équilibre au monde complexe qui les entourent. Les individus doivent pour cela adapter leurs organismes au milieu ou dans le cas contraire changer les normes afin de survivre.

Hippocrate (*dans* Ullmann, 1977) défend l'idée que l'état de bonne santé peut s'avérer dangereux, si les individus recherchent à l'excès l'état de bonne santé. En effet, l'état de « trop bonne santé » peut empirer l'état de santé faute d'un système immunitaire pauvre. De même Hippocrate soutient que la santé subit un cercle naturel de restauration et prétend qu'elle tend à son maintien et à son rétablissement.

Pour Berthet (1983), la santé est la prédisposition de l'organisme à faire des réserves pour affronter les attaques physiques et/ou psychiques du monde extérieur. Cette réserve, due à

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

notre héritage génétique et acquise par les règles élémentaires de prévention sanitaires, permet aux personnes atteintes d'une infection ou de troubles mentales de ne pas mourir mais d'y résister.

Dintiman et Greenberg (1986), considèrent qu'il existe des dimensions intrinsèques à la santé telles celles répertoriées dans les dimensions ci-dessous définies :

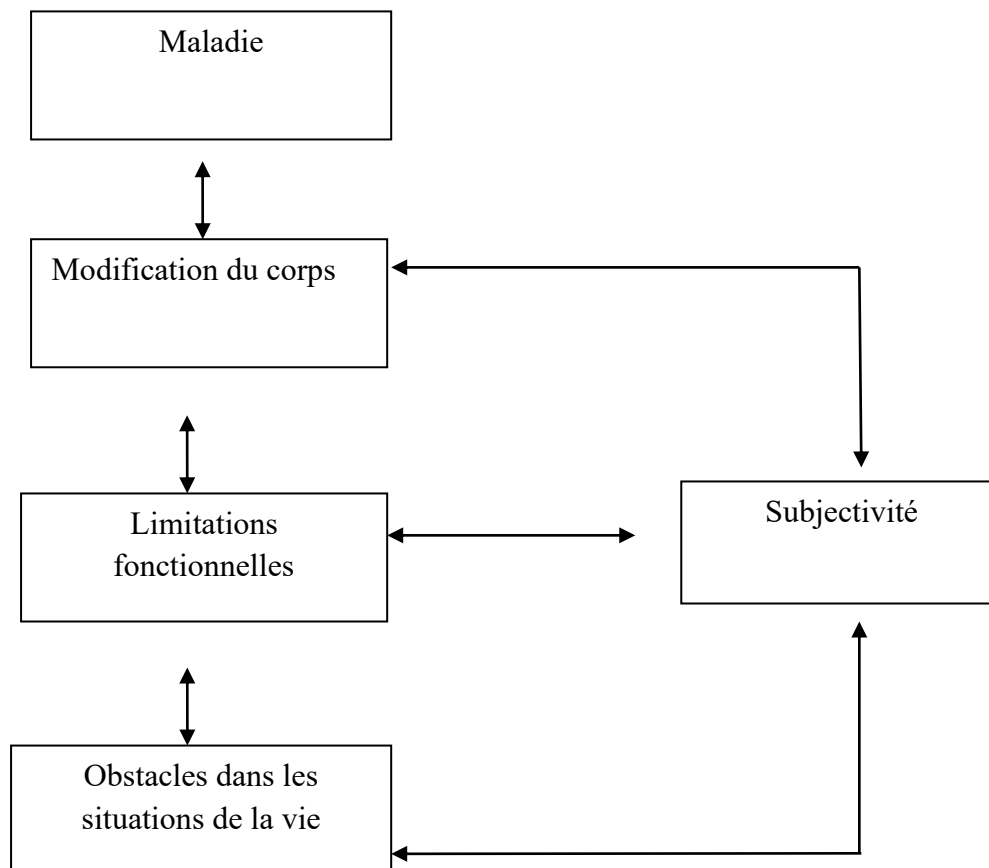
- ❑ **Santé sociale** : Habileté à bien interagir avec les autres et avec son environnement et à avoir des relations interpersonnelles satisfaisantes.
- ❑ **Santé mentale** : Habileté à apprendre à se servir de ses capacités intellectuelles.
- ❑ **Santé émotionnelle** : Habileté à contrôler ses émotions et à les exprimer sans gêne et convenablement.
- ❑ **Santé spirituelle** : Croyance en une certaine force unificatrice. Pour certains ce sera la nature, pour d'autres, la loi de la science, pour d'autres encore une force divine.
- ❑ **Santé physique** : Habileté à réaliser les tâches quotidiennes avec suffisamment d'énergie en réserve pour affronter les situations imprévues; il s'agit de l'intégrité biologique de la personne. (Harvey, 2003).

Dintiman et Greenberg (1986) incluent aussi des dimensions extrinsèques à la santé. Ils considèrent que les interactions avec l'extérieur qui sont la santé économique et environnementale ont un impact, aussi minimes soient-ils, sur la santé humaine.

André Rauch (1995, p.3 et 4) admet que l'histoire de la santé est un sujet compliqué car la santé obéit non seulement à des lois contextuelles telles que la préservation de la santé puis sa prévention mais aussi à des « *représentations sociales de la santé et de son contraire, la maladie. Elles varient selon l'âge, le groupe social, l'époque ; elles se lient aujourd'hui aux apparences extérieures : le rapport avec l'autre fait de l'intégrité du corps une partie essentielle de l'image de soi. Ces représentations incluent les histoires personnelles, voire celle de l'intime, conditions du bien-être [..]* ». Le schéma de Hamonet et Magalhaes (1999) identifie les quatre niveaux de la maladie et qui sont décrites dans les différentes définitions que nous avons exposées et les connexions qui existent entre elles. Ces connexions permettent d'ores et déjà d'affirmer que l'état de maladie génère des troubles fonctionnels pour l'individu et modifie son mode de fonctionnement dans la vie quotidienne. Tout d'abord on identifie les modifications du corps. Ces modifications prennent en compte les changements anatomiques, biologiques, génétiques, psychologiques, physiologiques, etc. Ces changements induisent à

termes, qu'il soit à court ou long termes des limitations fonctionnelles pour l'individu dans ces capacités physiques et/ou mentales pour enfin arriver à créer un gène qui empêche l'individu d'exécuter ces occupations sociales comme par exemple celle de travailler.

4. Schéma interactif de la maladie (modification du schéma du handicap de Hamonet & Magalhaes, 1999, p.589)



La notion de santé exclut toutes formes de dégénérescences, son rapport avec des notions négatives telles que la maladie, la morbidité, la déficience, l'incapacité et l'handicap produisent une altération de l'organisme et conduisent à une perte totale ou partielle des capacités qu'elles soient intellectuelles, physiques et mentales. Une fois l'individu atteint d'une de ces pathologies, il est considéré comme étant en l'état de maladie. Ce sont ces données négatives qui font que la santé n'est pas une notion facile à définir bien que des auteurs de toutes les époques ont traité de ce sujet. Il convient de retenir que la santé, parmi les différentes définitions proposées, est un état d'équilibre physique, psychologiques, émotionnelles, sociales, spirituelles économique et environnementale qui assure pour l'ensemble des fonctions externes et internes d'un individu qui lui permettent d'être efficace et efficient dans l'environnement où il est installé.

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

La Charte d'Ottawa quant à elle assure que « *la bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de vie. Divers facteurs – politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques – peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte* » (p.2). Nonobstant, l'état de santé est une expression qui tend à devenir passéiste et est de plus en plus remplacé par la notion de bien-être. D'ailleurs l'OMS dans sa définition définit la santé comme un état de bien-être de l'individu dans ses aptitudes mentales, physiques et sociales.

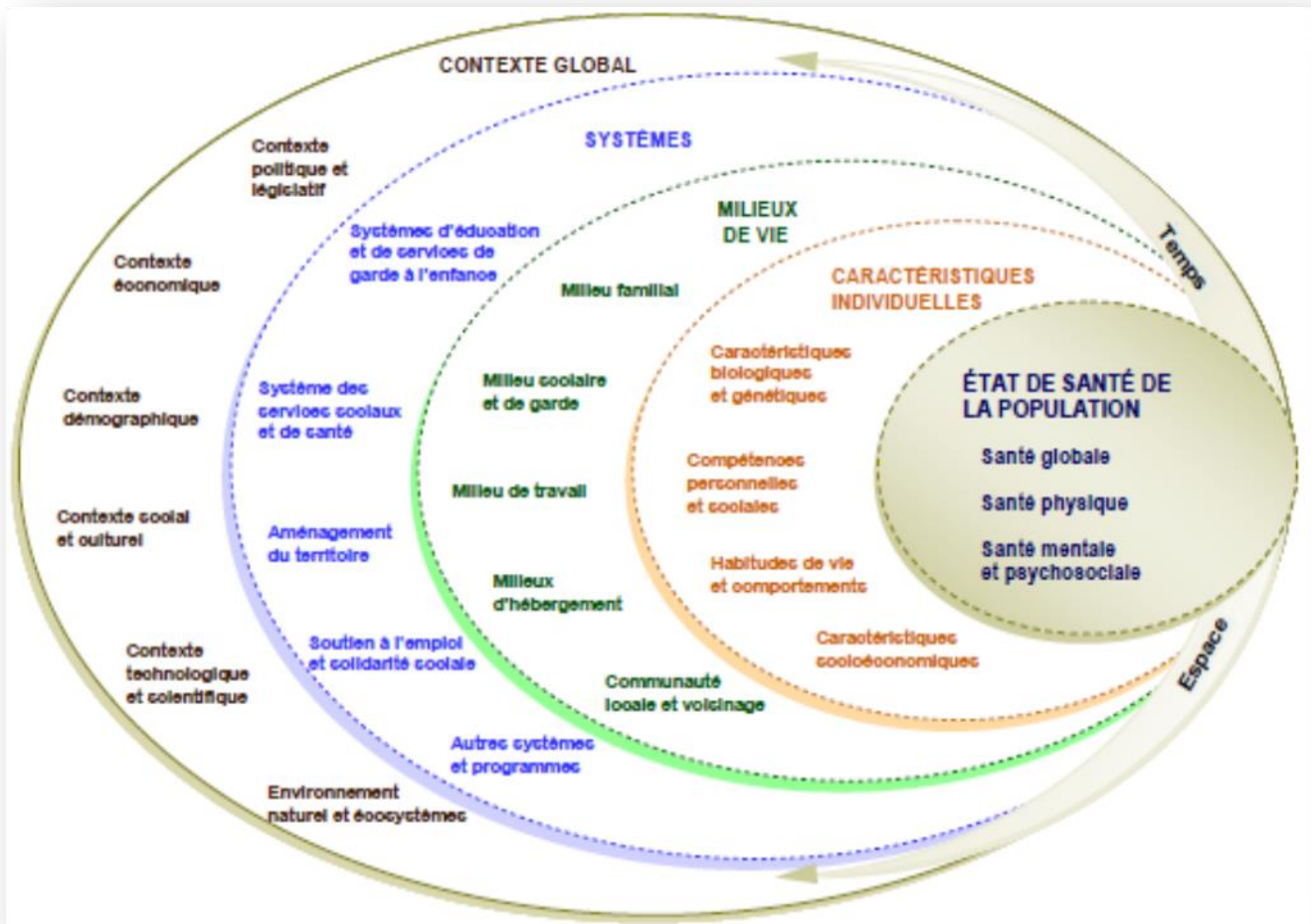
La notion subjectiviste est en étroite relation avec l'individu qui est le seul à pouvoir évaluer son état de santé et son niveau de douleur. La subjectivité tient aussi compte du statut social, de l'histoire personnelle et tous les aspects qui altèrent l'équilibre de l'individu. Ce déséquilibre émotionnel vient essentiellement du choc traumatique provoqué par l'apparition de la maladie, puis du la prise de conscience et son état de maladie et du protocole médical qui sera mis en place pour le suivi de la pathologie.

C'est dans cette conception étendue de la santé que nous allons dans la sous-section 1.2 examiner les différents déterminants de la santé qui ont une influence majeur sur l'état de santé d'une population.

1.2 Les déterminants de la santé

Les différentes définitions de la santé, sa nature polysémique et multidimensionnelle laisse entrevoir que la notion de santé est changeante selon les lieux, les époques et selon les approches. Les déterminants de la santé correspondent à tous les facteurs qui ont un impact sur l'état de santé des personnes. Les déterminants de la santé ne sont pas obligatoirement liés à des maladies mais sont souvent si ce n'est toujours associés aux comportements des individus tant sur le plan personnel que sur le plan collectif. Les déterminants de la santé comme soulignés ci-dessus prennent en considération l'environnement global des personnes ainsi que leurs conditions de vies. Il va de soi qu'il existe des disparités entre les groupes des pays du nord ou des pays du sud, de l'échelon social, de l'accès aux soins, etc. On parle alors d'inégalités dans les déterminants de santé, inégalités qui est causés par un partage déséquilibré des richesses. (Whitehead, M. & Dahlgren G., 1991, p.309).

Figure I. Les déterminants de la santé

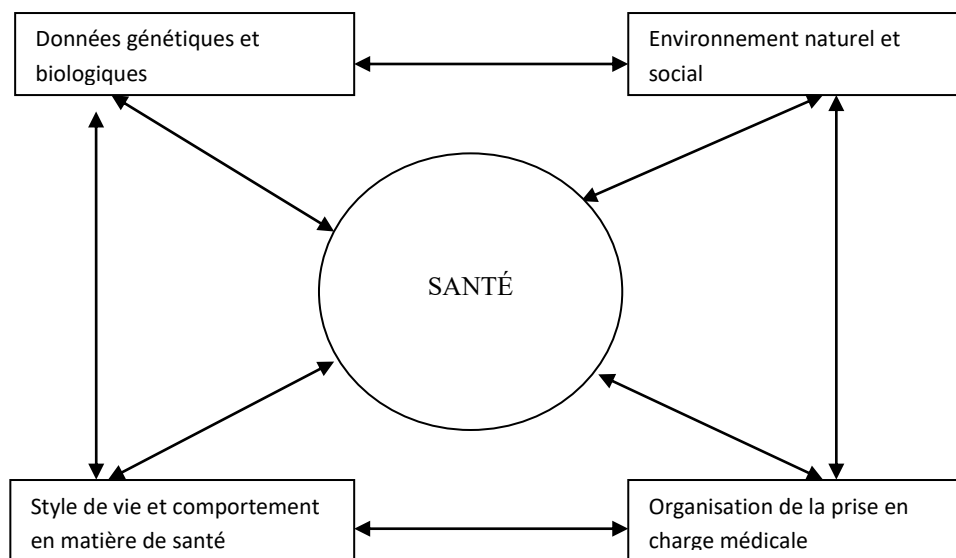


La Commission de l'OMS des Déterminants sociaux de la Santé (2008) déclare que « *le mauvais état de santé des pauvres, le gradient social de la santé dans les pays et les profondes inégalités sanitaires entre les pays sont dus à une répartition inégale du pouvoir, des revenus, des biens et des services aux niveaux mondial et national, aux injustices qui en découlent dans les conditions de vie concrètes des individus (accès aux soins, scolarisation et éducation, conditions de travail, loisirs, habitat, communauté, ville) et leurs chances de s'épanouir. La répartition inégale des facteurs qui nuisent à la santé n'est en aucun cas un phénomène naturel. [...] Ensemble, les déterminants structurels et les conditions de vie au quotidien constituent les déterminants sociaux de la santé.* » (Commission OMS des Déterminants sociaux de la Santé, 2008, p.14). Le paradigme de la santé est un ensemble dynamique que prend en compte la santé dans sa globalité c'est-à-dire, la santé physique, mentale et psychosociale. Au-delà de cette définition, la santé est conditionnée par une multitude de déterminants qui interagissent entre eux. Ces déterminants prennent en compte les facteurs suivants (voir figure 1) :

- ☐ les caractéristiques individuelles
- ☐ les milieux de vie ;
- ☐ les différents systèmes socioéconomiques ;
- ☐ le contexte global

Figure II.

Les quatre dimensions de l'état de santé d'après Lalonde, dans Concepts et définitions de base Jeanneret O. & Gutzwiller F., 1999.



Les caractéristiques individuelles prennent en compte :

- ☐ Les données génétiques et biologiques
- ☐ L'environnement naturel et social
- ☐ L'organisation de la prise en charge médicale
- ☐ Le style de vie et le comportement en matière de santé (voir figure II).

Jeanneret et Gutzwiller (1999, p.23) établissent « que dans une conception médico-sociale moderne, la santé procède davantage d'un processus dynamique caractérisé par un équilibre instable dans lequel l'individu tente de composer avec son environnement, en vue d'optimiser

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

son bien-être ». Au regard de ce déséquilibre, ces quatre dimensions interagissent entre elles pour déterminer l'état de santé.

Lalonde (1975), ministre de la santé au Canada, a reconnu lors de son ministère, que ces caractéristiques sont fondamentales pour que les individus approchent de l'état de bonne santé. En effet, les données génétiques et biologiques des hommes réunissent toutes les facettes de la santé. Elle prend en compte la santé sous toutes ces formes ; c'est-à-dire mentales et physiques. La constitution génétique est, selon lui, une dimension clé car de c'est de cette constitution que dépendent la croissance physique et mental, le développement de la structure musculaire, nerveux, osseuse, etc. Considérant la complexité de la structure biologique humaine si une incidence venait à se produire, l'organisme serait défaillant. L'auteur déclare que l'atteinte de l'organisme par des pathologies lourdes comme le cancer ou des déficiences génétiques sont souvent à l'origine de problème de santé et souvent conduisent au décès de l'individu atteint. Ainsi les problèmes de *«de santé reliés à la biologie humaine suscitent d'innombrables souffrances et coûtent des milliards de dollars en soins»* (p.33-34).

L'environnement symbolise tous les aspects externes qui auraient un impact sur le corps humains. Ces aspects au sens de Lalonde (1975) échappent totalement ou partiellement aux individus. L'auteur considère que les individus ne peuvent avoir un contrôle totalement sur leur environnement qu'il soit social économique sanitaire politique, etc. Ils ne sont pas en mesure, par exemple, d'avoir une totale maîtrise sur la traçabilité de ce qu'ils consomment en nourriture, sur le traitement de l'eau ou du niveau de contamination allergénique des produits cosmétiques. De même, les individus ne peuvent prévoir les maladies qu'ils développeront quant au fertilisant ou à la pollution ou des effets néfastes que cela aura dans les années à venir. Les dangers de l'environnement externe c'est aussi l'incapacité des personnes à avoir une emprise ferme sur les maladies transmissibles ou sa propagation.

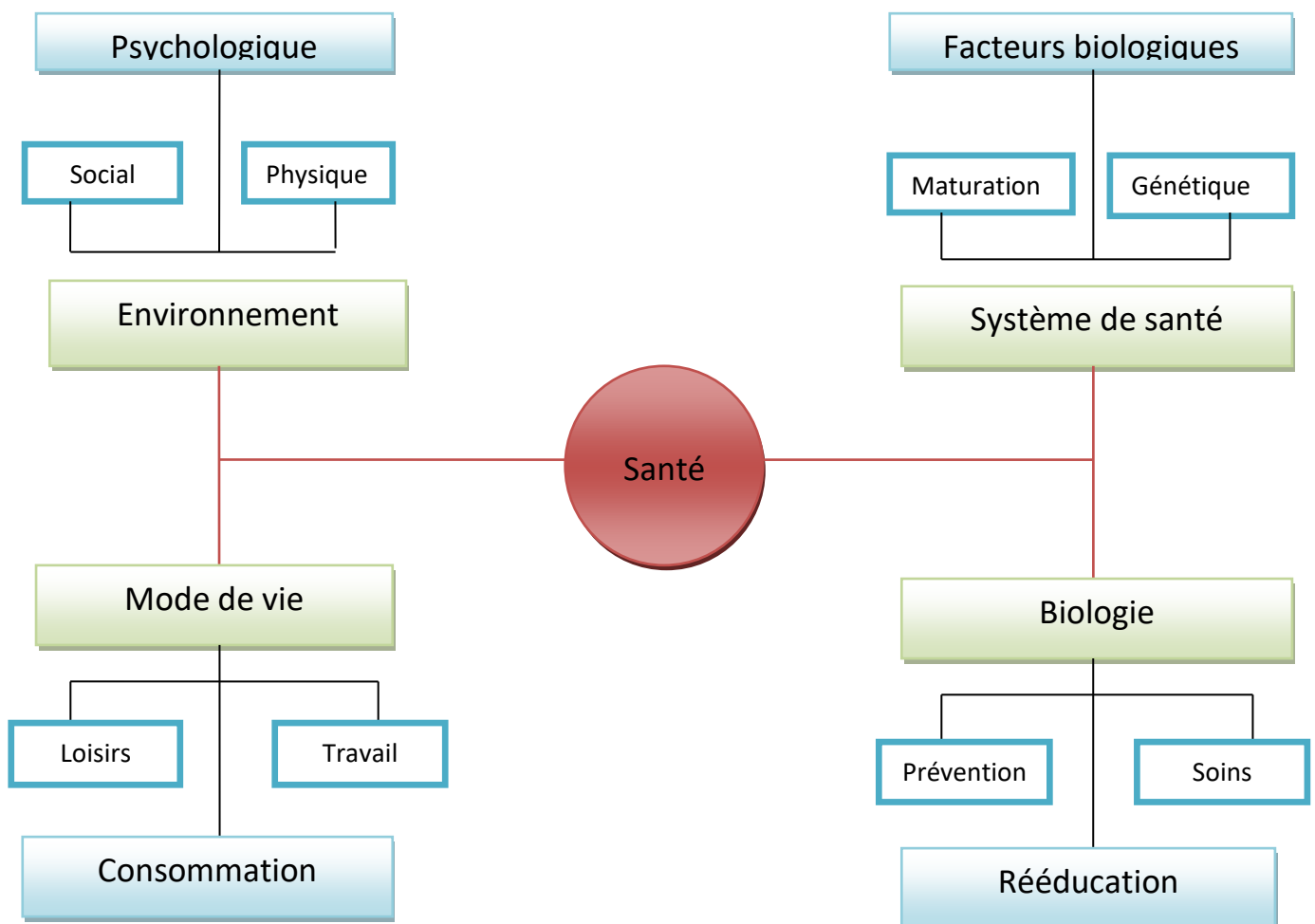
Le troisième déterminant que l'auteur (*ibid.*, 1975) met en exergue ce sont les habitudes de vie. Ces habitudes englobent tous les facteurs liés à l'hygiène de vie des individus, ces facteurs ce sont des éléments sur lesquels les individus ont un contrôle comme par exemple le fait de ne pas fumer, de bien manger ou de bien dormir. Adopter un mode de vie dangereux peut avoir des conséquences irréversibles sur la santé des individus voire sur celle des autres comme par exemple le fait de fumer en présence des enfants. Dans ce cas précis, Lalonde

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

(1975, p. 35) affirme que les individus sont directement responsables des infections qu'ils peuvent développer et par voie de conséquence de leurs décès.

Enfin, l'auteur (*ibid.*, 1975, p.34) conclue sur l'organisation des soins de santé. Les politiques de santé publiques et de prise en charge des malades jouent un rôle capital dans le traitement des affections. Les gouvernements, conscients des besoins en soins de toutes les personnes surtout des personnes précaires, proposent des programmes de soins accessibles à tous mais aussi des programmes de prévention servant à lutter contre les comportements à risques. L'organisation des soins considère aussi la mise en place de structure pouvant accueillir et accompagner les malades. Cette organisation inclut la formation des personnels soignants, la construction d'hôpitaux, les dépenses publiques en termes de santé, ce réseau ayant pour but de répondre aux besoins des personnes malades et d'améliorer l'accès aux soins.

Figure III. Les interactions des déterminants de la santé



Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

Velten et Binder-Foucard (p.5) proposent de lire les différentes interactions des déterminants de la santé selon ces différents facteurs (Voir figure III). Les docteurs Velten et Binder-Foucard (p.4) complètent la pensée de Lalonde en affirmant que la grande multiplicité de ces déterminants montre que les actions menées ne peuvent être individuelles mais de manière collective.

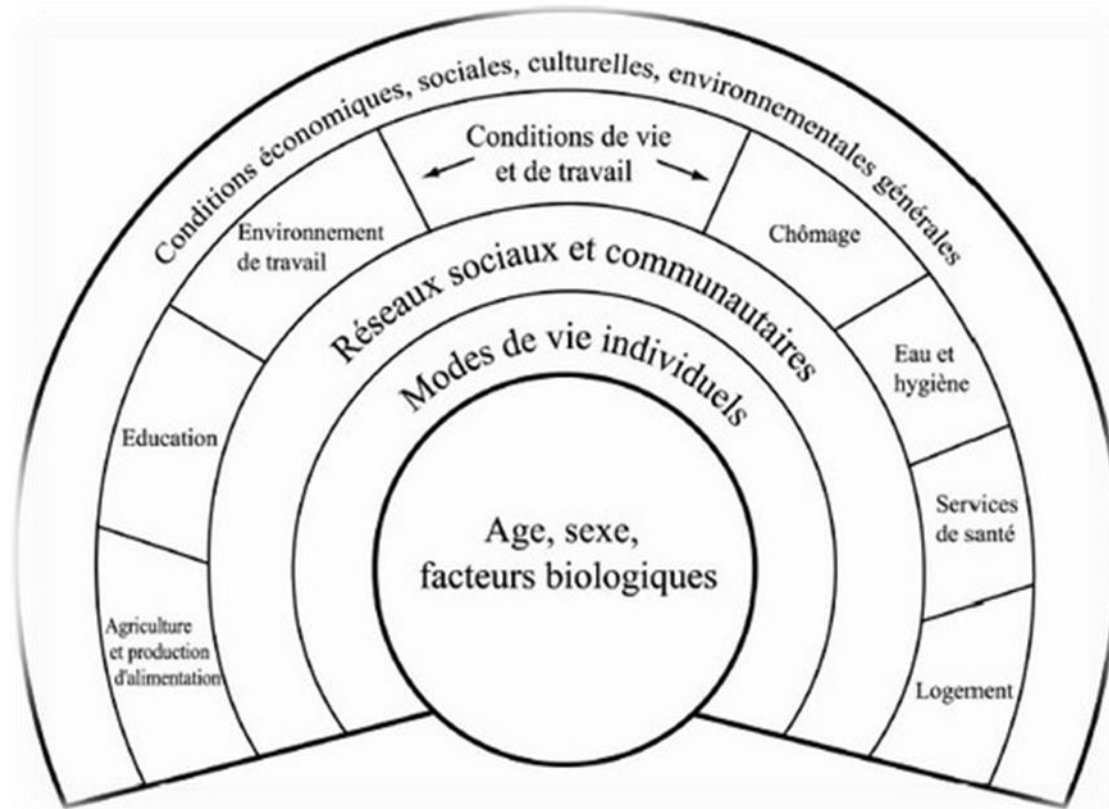
La modification de l'environnement pour le bien-être de chacun même s'il part d'une analyse réelle des risques encourus n'est pas fonction d'un acte isolé car l'individu à lui seul n'a pas la maîtrise sur tout son environnement. Les auteurs prennent en exemple la modification des consommations alimentaires. Ils estiment que changer sa consommation implique le choix des aliments, les moyens financiers pour acheter les aliments sains et qui privilégient une bonne santé. Les possibilités de changement ne sont donc pas dépendantes de l'individu si ce n'est de déterminants qui sont ci-dessus mentionnés.

Dahlgren et Whitehead (1991) ont eux aussi proposé un modèle de déterminants de la santé qui fait encore référence dans le mode de la recherche. Ce modèle illustré est très représentatif des déterminants de la santé. Selon les auteurs, la figure représentée « *emphasizes interactions: Individual lifestyles are embedded in social and community networks, and in living and working conditions, which in turn are related to the wider cultural and socioeconomic environment.* »⁸. Le noyau du modèle considère l'âge, le sexe et les facteurs biologiques. Si ces facteurs sont *a priori* considérés par les auteurs comme importantes pour la santé *a contrario* ils sont en dehors des politiques publiques et sanitaires car n'ayant pas d'influence sur ces facteurs. Nonobstant, d'autres facteurs décrits dans le demi-cercle peuvent avoir une influence dans les couches majeures du modèle.

Les facteurs de mode de vie est la façon que choisissent les individus pour vivre. Cette première couche fait référence à l'absence d'une bonne hygiène de vie que peuvent adopter les personnes tels que le tabagisme, l'alcool, les addictions à la drogue, une alimentation déséquilibrée, l'absence de propreté, etc...

⁸ Traduction « met l'accent sur les interactions: les modes de vie individuels sont intégrés dans les réseaux sociaux et communautaires, et dans des conditions qui, à leur tour, sont liées à l'environnement économique et plus largement à la vie socioculturelle et de travail. »

Figure IV : Modèle des déterminants de la santé de Dahlgren and Whitehead (1991, p. 314)



Les réseaux sociaux et communautaires aborde la question des relations familiales (femmes, maris, conjoints, enfants, familles proches), la question des relations amicales et sociales, se pose ici la question de savoir si l'individu est inclut dans un ou des groupes avec lesquelles il partage des points communs ou s'il est exclu de la société. Les réseaux sociaux et communautaires sont aussi un facteur de protection en matière de santé.

Les conditions de vie et de travail comprennent les opportunités de travail, d'accès à un logement salubres, l'accès à l'éducation, à la formation, aux soins et le pouvoir d'achats de biens matériels tels que les vêtements, une voiture ou encore une maison. Il faut aussi comptabiliser dans cette couche l'accès aux services sociaux pour les plus démunis, l'eau et son assainissement ainsi que la nourriture, entre autres.

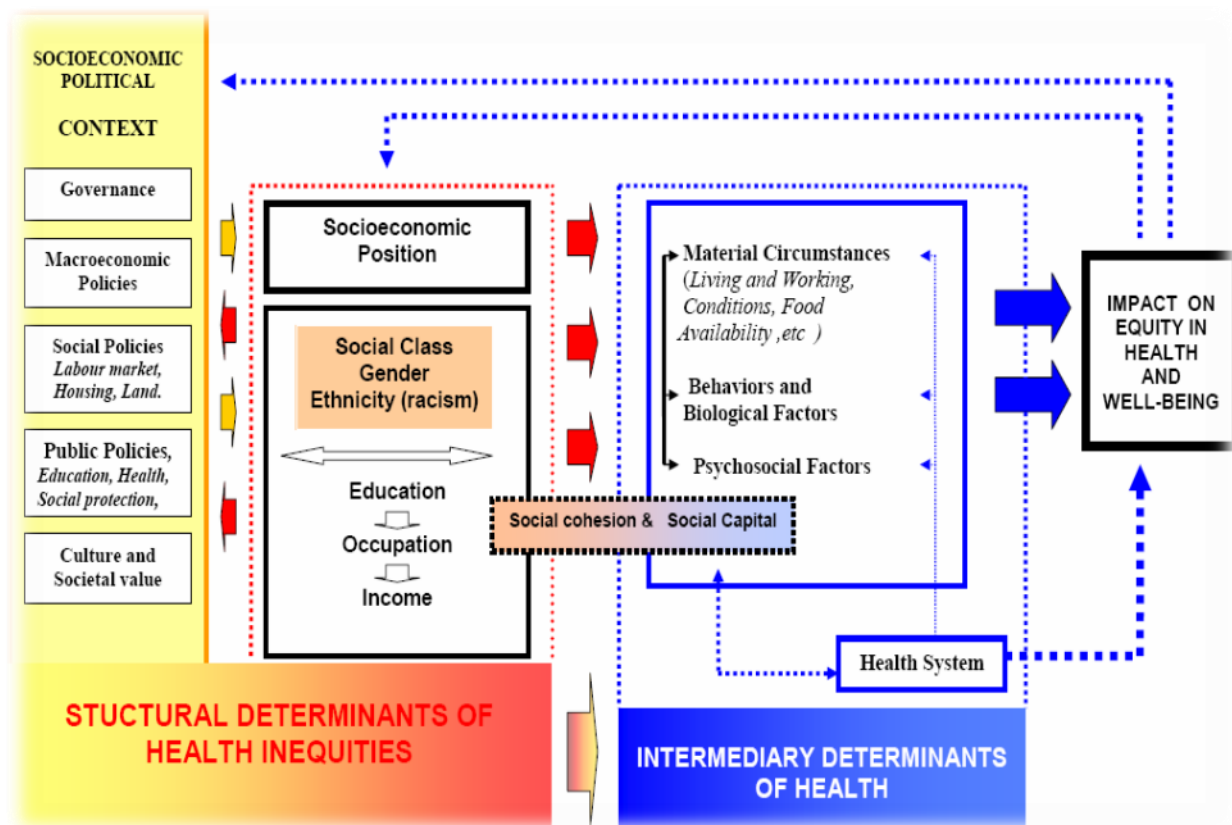
Conditions socio- économiques, culturelles et environnementales générales désigne les facteurs sociaux, culturels, économiques et environnementaux qui ont une incidence sur la santé et le bien-être. Elle inclut les salaires, l'épargne, la disponibilité du travail, les impôts et les prix du carburant, du transport, de la nourriture, des vêtements. Ces conditions générales

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

peuvent affecter directement la capacité de dépenses du gouvernement, et à son tour avoir une influence directe sur les priorités en matière de santé et de politique sociale.

La commission mondiale de l'Organisation Mondiale de la Santé sur les Déterminants Sociaux de la Santé (DSS) a, elle aussi, développé un modèle des déterminants de la santé. Ce modèle, à l'instar des autres modèles, montre que les déterminants de santé sont des vecteurs d'inégalités sociales. Ce modèle met en lumière que toutes les couches développées par Dahlgren et Whitehead (1991), Lalonde (1975), Jeanneret & Gutzwiller (1999) doivent nécessairement interagir pour qu'il y ait une réduction des inégalités de santé et que le seul secteur de la santé ne peut à lui seul atteindre tous les buts des politiques de santé publique.

Figure V : Principales catégories de déterminants et liens entre eux
(Issue du Rapport final de la Commission OMS des Déterminants sociaux de la Santé, 28 août 2008)



On peut identifier sur le modèle des Déterminants Sociaux de la Santé (DSS) de l'OMS des déterminants structurels et des déterminants intermédiaires de la santé. Ce modèle met en lumière les interactions existantes entre les deux déterminants. Les déterminants structurels montrent que la santé est un tout social, qu'elle est collective et que c'est l'emboîtement des

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

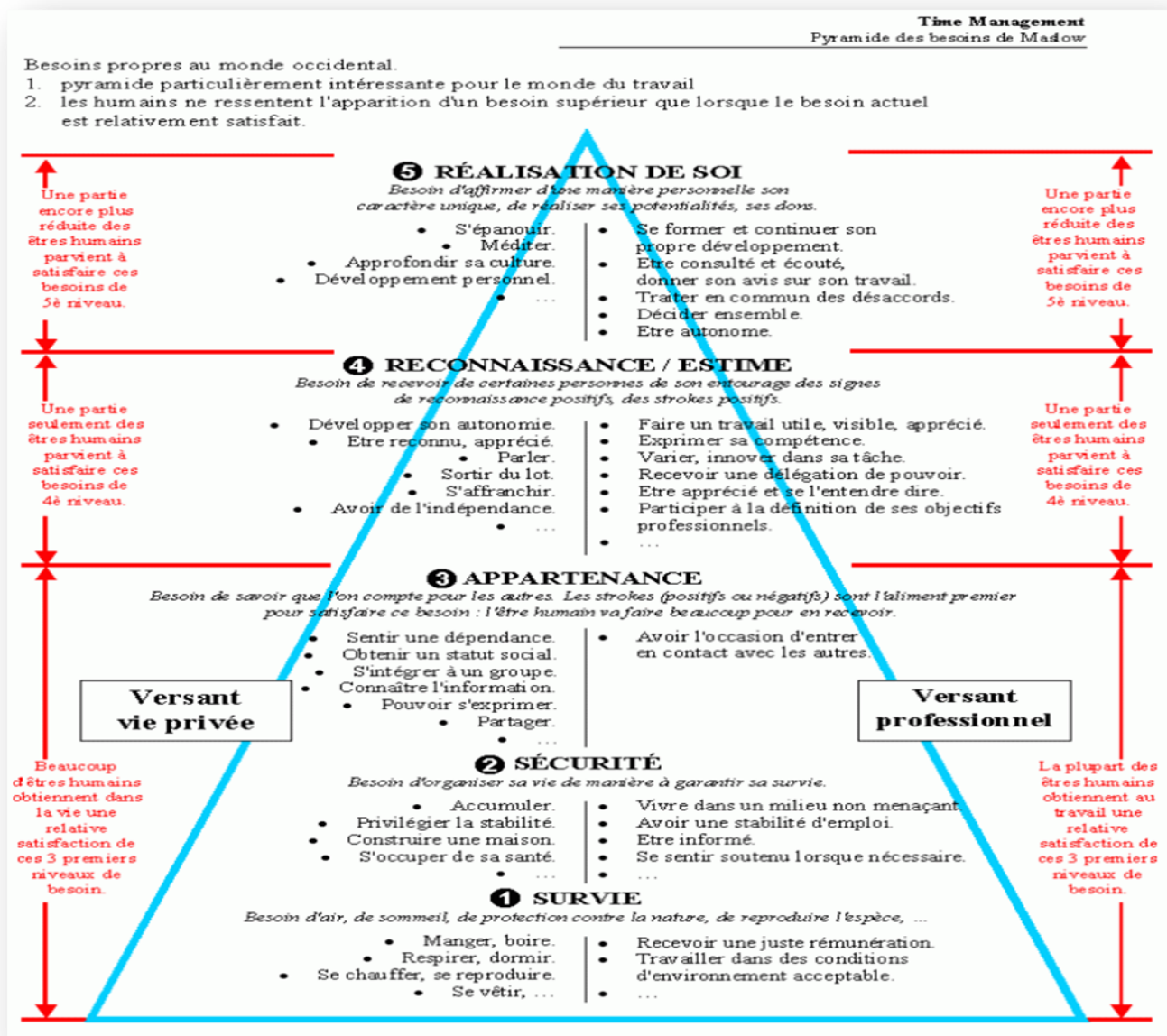
différentes sphères socio-économiques et politiques qui permettent une bonne gouvernance de déterminants de la santé. Ces facteurs de bonne gouvernance ont une conséquence sur la distribution inégale des déterminants intermédiaires. Les déterminants intermédiaires font appel aux conditions matérielles et psychologiques, aux facteurs biologiques et génétiques, aux comportements, ainsi qu'au rôle de l'accès au système de santé. Ces déterminants permettent d'accéder à des besoins fondamentaux tels que le logement, les vêtements, la nourriture et bien entendu un bon système de santé. Pour que tous les déterminants de santé concourent au bien des personnes, les besoins fondamentaux au sens de Maslow et sa pyramide des besoins ont besoin d'être atteints. En effet, Maslow considère qu'un individu ne peut atteindre un besoin supérieur dans la pyramide que seulement s'il atteint celui qui lui est inférieur. Il faut que le besoin inférieur soit supérieur.

Les besoins de la pyramide de Maslow sont au nombre de cinq :

1. Les besoins physiologiques,
2. Les besoins de sécurité,
3. Les besoins d'appartenance et d'amour,
4. Les besoins d'estime,
5. Le besoin d'accomplissement de soi

Dans son article *A theory of human motivation* (1943), Maslow considère que la classification des besoins est universelle car elle considère l'individu dans son milieu socio-économique, prend en compte son éducation et sa culture. La base de la pyramide, c'est-à-dire, les besoins physiologiques est la plus importante. L'auteur décrit dans son article qu'un individu qui a faim est obnubilé par le désir de satisfaire sa faim (p. 371- 376). Il écrit: « *For the man who is extremely and dangerously hungry, no other interests exist but food. He dreams food, he remembers food, he thinks about food, he emotes only about food, he perceives only food and he wants only food* » (p.374). Ainsi comme le montre la Figure VI les individus ont besoin d'atteindre les besoins primaires de survie tels que manger, boire, se nourrir, dormir etc. Ensuite advient les besoins de sécurité comme avoir une bonne santé, privilégier la stabilité sociale, avoir un emploi, construire sa maison pour être satisfait et attendre les autres échelons de la pyramide. Il convient de dire qu'une partie très réduite des individus atteint le 5^{ème} échelon.

Figure VI : Pyramide des besoins de Maslow



Virginia Henderson (1960), infirmière, a identifié quatorze besoins fondamentaux qui répondent tous aux besoins de tous les individus. Ces besoins fondamentaux dans laquelle s'incluent les besoins de Maslow permettent que les personnes soient entièrement indépendantes

Ces besoins sont :

1. Besoin de respirer ;
2. Besoin de boire et de manger ;
3. Besoin d'éliminer ;

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

4. Besoin de se mouvoir et maintenir une bonne posture ;
5. Besoin de dormir et de se reposer ;
6. Besoin de se vêtir et de se dévêtir ;
7. Besoin de maintenir la température corporelle du corps dans les limites normales ;
8. Besoin d'être propre, soigner et protéger sa peau ;
9. Besoin d'éviter les dangers ;
10. Besoin de communiquer ;
11. Besoin d'agir selon ses croyances et ses valeurs ;
12. Besoin de s'occuper en vue de se réaliser ;
13. Besoin de se recréer ;
14. Besoin d'apprendre.

Ces besoins permettent à tous individus de répondre de manière optimale à leurs besoins primaires et d'atteindre les déterminants de la santé.

2. Santé et financement : une relation ambigüe

L'accès au crédit est soumis à l'accord des banques et des assureurs qui pour se prémunir contre l'incertitude et les risques liés aux aléas de la vie vérifie la solvabilité et l'état de santé du demandeur afin d'avoir une vision à long terme sur les capacités de remboursement de ce dernier. Le questionnaire de santé constitue alors un filtre préalable à l'appréciation de l'état de santé. Le questionnaire de santé permet de dissocier les personnes en bonne santé de personnes atteintes d'un risque aggravé de santé⁹. Le risque aggravé de santé concerne une personne qui souffre ou qui a souffert d'une maladie chronique, d'une pathologie de longue durée, d'un handicap ou d'une invalidité. Le risque aggravé de santé a pour conséquence directe pour la personne concernée de compromettre ses possibilités d'emprunter et /ou de s'assurer.

⁹Tableau synchrone des grandes dates de l'histoire de l'assurance
<http://www.ffsa.fr/sites/upload/docs/application/pdf/2010-03/tableausynchrodatesassurance.pdf>

2.1 Les outils de sélection en assurance : Focus sur le questionnaire de santé

En assurance, on tend à croire que le questionnaire médical est le seul outil de sélection existant. Pourtant, la sélection des risques se fait par de multiples voies. Le fait que les assureurs ne demandent pas automatiquement d'informations médicales ne signifie pas qu'il y ait absence de sélection (Fromenteau, 2011). Les risques habituellement couverts lors d'un emprunt bancaire sont les risques de décès, d'invalidité et de maladie. Le questionnaire de santé prend en compte plusieurs variables tels que l'âge, le montant des sommes assurées, la durée et la nature du contrat. Par ailleurs, il convient de souligner que la catégorie socioprofessionnelle ou le secteur d'activité, l'hygiène de vie du contractant dans notre cas, les dirigeants de petites structures, peuvent être des éléments de sélection et sont souvent croisés entre eux (Mondelus & Torrès O. 2012b). Fromenteau (2011) affirme que le niveau socioprofessionnel, le lieu d'habitation ou le secteur d'activité dans lequel évolue l'assuré sont des éléments qui croisés ensemble permettent de réaliser une sélection performante sur le niveau de risques que représentent un souscripteur. L'auteur écrit : « *Un cadre supérieur résidant en région parisienne a à priori une probabilité plus élevée que la moyenne de la population de recourir à des consultations de spécialistes pratiquant des dépassements d'honoraires.* » (p.5).

L'âge constitue également un critère de sélection. En se basant sur les besoins en santé des personnes selon leurs âges, l'assureur est à même de créer une catégorie de personnes représentant les mêmes risques. Cette classification donnera lieu par la suite à des cases tarifaires dans lesquelles sont intégrées les personnes de même âge et représentant les mêmes risques approximativement. En ce qui concerne l'âge, les assureurs cessent de couvrir les risques des personnes âgées. Les personnes du troisième âge (65- 75 ans) ont de très grandes difficultés pour souscrire un contrat d'assurance dans le cadre d'un crédit à la consommation et cette sélection est encore plus élevée quand il s'agit d'accéder à un crédit bancaire professionnel où l'âge d'acceptation est réduit à 69 ans révolu. (*ibid*, p5)

Les outils de sélection ci-dessus mis à l'écart, les assureurs peuvent établir une sélection à travers la franchise qui a pour but de séparer les bons risques des mauvais risques. A ce titre, les primes sont plus élevées, les franchises deviennent alors plus faibles. La franchise prend la forme de jours de carences ou bien de non prise en charge de certains risque pendant la première année (suicide), etc.

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

Les assureurs ont aussi, le choix de sélectionné les risques qu'ils souhaitent ou pas assurés. On peut lire dans le quotidien La Dépêche (2009), qu'un assureur aurait refusé d'assurer un homme de 45 ans à cause de son obésité. L'homme déclare « *L'assureur n'a malheureusement pas pu vous proposer une adhésion à ce contrat. Mais nous avons transmis votre dossier au Bureau commun des assurances collectives, instance chargée d'étudier une solution d'assurance* ». Un autre assureur expliqué ne pas pouvoir couvrir le crédit immobilier « *[...] compte tenu des informations médicales transmises et des données statistiques actuelles* » reporte le quotidien. Ainsi, les assureurs peuvent exclure tout ou partie d'un risque. C'est ce que les assureurs appellent les limites de garanties. Néanmoins, « *Les clauses de ces clauses d'exclusion ne doivent pas, sous peine de nullité, être ambiguës, ce qui peut poser des problèmes particuliers à l'assureur en raison de la rigueur jurisprudentielle, particulièrement protectrice des intérêts des assurés en santé* » (*ibid.*, p.6). Ces quelques outils sont souvent utilisés par les assureurs sans que le souscripteur y soit toujours conscient mais questionnaire de santé en assurance constitue une image d'Épinal. Bien que la sélection se fasse par de multiples voies mais la voie la plus fréquente et la plus visible reste le questionnaire de santé. Les questionnaires de santé font partie intégrante du dispositif mis en place par les banques et les compagnies d'assurance car ils permettent de sélectionner les dirigeants, population de notre cas d'étude, en bonne santé de ceux qui sont malades. Après la première étape de remplissage par les emprunteurs, les questionnaires sont traités par des médecins conseils des compagnies d'assurance qui prennent les décisions d'accord, de refus ou de surprimes. C'est après l'accord des assureurs que les banques accordent les prêts. L'assurance emprunteur prend une place importance dans l'appareillage d'accès au crédit pour les petites structures qui ne disposent pas de la solidité financière nécessaire pour accéder au crédit.

L'utilisation du questionnaire médical, l'outil de sélection des compagnies d'assurance, permet de justifier la différenciation des tarifs entre les assurables. Le questionnaire de santé est un outil qui est largement utilisé par les banques et les compagnies d'assurances dans le cadre de l'assurance-crédit, il a pour but de réduire les facteurs de risques et de sélectionner les candidats répondant aux critères de l'assureur. Les questions se concentrent sur les pathologies antérieures et actuelles de l'assuré sur une période de dix ans minimum et sont orientées de telles sortes à réduire le risque de déviance mensongère. Le passé médical de l'assuré est observé et jugé selon une grille de survie et de statistique. Le médecin-conseil chargé d'établir le profil du candidat émettra à l'issue de l'étude du dossier et à l'aide de cette grille son verdict. Les banques et les assureurs recourent systématiquement au questionnaire

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

de santé pour appréhender l'état de santé de l'entrepreneur. L'assuré paye en fonction du risque qu'il encourt, ce que Patricia Toucas-Truyen (1998) appelle l'équité actuarielle. Ainsi cette auteure écrit : « [...] le raisonnement des assureurs est le suivant : il est injuste de faire payer par de jeunes gens et en bonne santé, autrement dit « rentables », les défaillances des adhérents les plus coûteux. Par conséquent, pour être plus équitable, la tarification doit être personnalisée. Voici donc justifié le questionnaire de santé, qui permet de filtrer les candidats à l'adhésion, en éliminant les « mauvais risques » » (Patricia Toucas-Truyen, 1998). Au-delà, le point important à souligner ici est le côté systématique de la prise en compte de ce risque qui est révélé par la généralisation de l'outil. Pour que les banques puissent déterminer si les facteurs de santé sont optimaux, ils soumettent aux dirigeants de TPE à un questionnaire de santé qui prend en compte les dimensions suivantes (Mondelus et Torrès, 2011). :

Maladie de l'appareil respiratoire

- **Maladie des os ou des articulations**
- **Atteinte psychique**
- **Questionnaire de l'œil**
- **Maladie tumorale**
- **Maladie de l'appareil digestif ou des parois de l'abdomen**
- **Anomalie de la glycémie (taux de sucre, diabète)**
- **Maladie cardiaque ischémique**

Les réponses fournies par l'assurable ainsi que son âge déterminent le niveau de contrôle que va ensuite exercer le service médical de la compagnie d'assurance. Ce même service après étude du dossier médical du candidat prend une décision en s'appuyant sur une grille actuarielle appelée table de survie. Cette table de survie est basée sur les statistiques annuelles de morbidité de la population délivrée par l'Insee et par des résultats de recherches médicales privés. Cette grille permet de définir la réponse qui sera donnée au client, les garanties demandées ainsi que les éventuelles surprimes (Mondelus R.M et Torrès O. 2012b). Remplir, le questionnaire médical est un passage quasi obligé mais reste très délicat pour les personnes représentant un risque aggravé de santé. En effet, selon les estimations du Ministère de la santé, 10 à 12 millions de personnes ayant ou ayant eu des problèmes de santé estime que c'est le parcours du combattant pour accéder à l'assurance et par conséquent à l'emprunt. Les personnes confrontées à un problème de santé se voient refuser le prêt et s'il est accordé, il est souvent accompagné de surprimes. Signalons que les surprimes sont des frais

supplémentaires qui sont intégrés au taux effectif global du crédit. Ces cotisations sont calculées par l'assureur en fonction de l'évaluation du questionnaire de santé et du **risque** aggravé de santé représenté (Mondelus et Torrès, 2013).

Enfin, nous pouvons compléter cette sous-section en disant que le questionnaire de santé n'est pas juridiquement encadré, tout au plus le code Pénal interdit d'effectuer des tests génétiques (Fromenteau, 2011).

2.2 La convention AERAS : dernier recours en assurance emprunteur

« On n'assure pas une maison qui brûle »

Un médecin conseil d'assurance.

Les emprunteurs touchés par une maladie grave et qui souhaitent accéder au prêt bancaire sont souvent confrontés au refus des banques quand il s'agit de se bancariser. De même, les assureurs aussi les discriminent négativement en excluant leur sollicitation de couverture assurantielle. Ces personnes souvent exclues de l'assurance emprunteur sont considérées comme des personnes atteintes d'un risque aggravé de santé. Afin que ces malades puissent être assurées, ils doivent constituer une population mutualisable. En l'absence, d'une population suffisamment représentative des pathologies orphelines, l'accès à l'assurance est souvent si ce n'est pas toujours impossible. Dans ce cas, c'est la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) qui prend le relais.

La convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) est regardée comme étant une avancée majeure dans le cadre de l'assurance emprunteur car elle a mis en lumière un phénomène tabou qui est celui de l'exclusion des malades à l'assurance emprunteur mais elle a aussi solutionné du moins les problèmes capitaux dont le refus systématiquement auxquels sont confrontées les personnes malades.

La convention AERAS a eu une résonnance positive pour les emprunteurs malades car elle a, d'une part légitimé l'accès au crédit bancaire à ces derniers et d'autre part, elle a eu pour effet d'inférer une réduction du nombre de refus.

Avant d'arriver à la version corrigée de 2011 proposée par la ministre de l'économie Christine Lagarde, la convention AERAS a connue de nombreuses vicissitudes. Tout d'abord, il convient de rappeler que la convention est née dans le contexte bien particulier : le virus du

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

SIDA (syndrome immunodéficience acquise) est découvert dans les années 80 et des millions de personnes sont touchées. Face à ce fléau inconnu et devant un manque évident de recul thérapeutique, les assureurs refusent de garantir les emprunts des personnes atteintes du virus immunodéficience humaine (VIH) et du syndrome immunodéficience acquise (SIDA). En plus de ce fléau méconnu, en 1990 le Code Pénal est modifié pour éviter les discriminations faites sur la santé, les compagnies d'assurance face à ce contexte se sont alarmées de ne plus pouvoir établir une sélection des risques sur les données médicales. Sous la pression des assureurs inquiets, le gouvernement en place à alors introduit une exception dans le Code Pénal donnant ainsi la possibilité aux assureurs un pouvoir de non-discrimination sur la santé. Dans ce contexte défavorable pour les personnes séropositives, les associations de malades se positionnent en faveur des malades et demandent à l'Etat d'intervenir. C'est le 3 septembre 1991 que prend forme les prémices de cette convention. La convention de 1991 ne rencontre pas le succès escompté du fait des taux élevés des surprimes et de la non-banalisation de cette dernière. Conscient des problèmes rencontrés par les malades pour accéder au financement bancaire et de l'impact de leur santé sur l'octroi de crédit, l'Etat a mis en place la convention Belorgey pour répondre à cette problématique Jean-Michel Belorgey est nommé par le ministre de l'Economie au comité de la convention qui plus tard prendra le nom de la convention Belorgey. Il est chargé de mener une réflexion sur le processus qui en 2001 prend la forme d'une convention pour les risques aggravés de santé élargissant ainsi le champs des pathologies à tous les risques aggravés de santé. Les Pouvoirs publics ont souhaité qu'une réflexion soit menée en vue de favoriser une amélioration des réponses aux personnes séropositives au VIH, et plus généralement à celles présentant un risque de santé aggravé. Cette convention a été conclue « *entre les Pouvoirs publics et les professionnels de l'assurance pour apporter des aménagements tangibles, notamment en matière de traitement des données médicales, à l'assurance décès des prêts* » (Convention Belorgey, 1999). Ce dispositif n'ayant répondu que partiellement aux attentes des malades à été revu à de multiples reprises. Le comité a ainsi revu le dispositif et a engagé de nouvelles réflexions sur l'assurabilité des personnes défavorisées par leur état de santé dans le cadre de l'assurance emprunteur.

En 2007, elle prend le nom de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé). Sa dernière révision date de 2011 (Rapport CNS, 1999). La dernière révision datant de 2011 facilite l'accès des personnes malades ou ayant été touchées par un grave problème de santé à l'assurance et donc à l'emprunt, après négociation entre les

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

fédérations professionnelles de la banque et de l'assurance, les associations représentant les malades et les consommateurs et l'Etat représenté par les ministres de l'économie, des finances et de l'industrie et de la santé et des solidarités. Elle apporte un certain nombre d'améliorations et des innovations (Convention AERAS, 2011). Ses principales avancées sont : davantage de transparence, la prise en compte de la couverture du risque invalidité, et la création d'un mécanisme de solidarité en faveur des emprunteurs (Nouvelle convention AERAS, 2011)¹⁰. Une autre mesure, très importante, vise à mieux prendre en compte les progrès médicaux dans l'examen des dossiers (La Croix, 2011).

La notion de risque aggravé de santé est une notion assurantielle qui détermine la forte probabilité de voir un risque garanti se réaliser statistiquement comparée à une population de référence. Les personnes atteintes d'un risque aggravé de santé sont considérées comme des personnes ayant une espérance de vie réduite compte tenu de leurs pathologies. Ils représentent un risque pour les compagnies d'assurances qui dans le cadre de la démutualisation des risques font payer plus chers ces personnes du fait de leurs problèmes de santé. Le risque aggravé bien qu'il est souvent focalisé sur la santé prend en compte tous comportements qui pourraient se révéler dangereux ou déviants. A ce titre, l'âge de l'assuré, son état de santé, son hygiène de vie telle que l'usage de l'alcool, le tabagisme, la pratique d'un sport à risque, etc sont considérés comme des facteurs de risques aggravants. Dans le rapport au parlement sur les «*Les personnes à risques aggravés de santé*» (2007), on peut lire que «*c'est une notion relative et risque aggravé ne signifie pas risque exceptionnel.*» (p.14). A titre d'exemple un consommateur de drogue dans une population non-consommatrice est considérée comme un risque aggravé dans cette population.

Pour rappel, en France on estime à 10 millions les personnes atteintes d'un risque aggravé de santé. Le rapport du Haut Conseil de l'assurance maladie (2007), 7,5 millions de personnes sont déclarées bénéficiaires du régime des affections de longue durée (ALD), 60% de ces personnes ont plus de 60 ans, 4,8% ont moins de 20 ans enfin 35,2 % ont entre 20 et 60 ans. Selon Le rapport au parlement sur les «*Les personnes à risques aggravés de santé* » (2007), les données sur les ALD est la meilleure façon d'identifier le nombre de personnes profitant de ce régime. Cependant, il convient de rester prudent car bon nombre de pathologies ne sont pas pris en compte par la sécurité sociale mais le sont à contrario par les assureurs (maux de dos, obésité, etc). Cette problématique concerne aussi les personnes qui ont à un moment de

¹⁰ http://www.economie.gouv.fr/presse/dossiers_de_presse/110201aeras.pdf

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

leur vie bénéficié du régime des affections de longue durée et qui rencontrent des difficultés pour accéder au crédit bancaire. Les principales pathologies prises sous le régime des ALD sont le cancer (24,4%), le diabète (14,8%), les psychoses (14,6%), l'hypertension artérielle (11,6%), l'insuffisance cardiaque grave (7,5%), les artériopathies chroniques (5,1%), les AVC (3,6%) et le VIH (0,7%) (*ibid.*, p.15). Ces pathologies sont considérées comme des risques aggravés de santé et nécessitent une prise en compte assurantielle particulière. C'est là qu'intervient la convention AERAS.

Dans le cadre de l'assurance emprunteur, la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de santé) permet l'assurabilité des personnes en situation d'handicap, d'invalidité ou d'incapacité. La convention AERAS s'adresse aux personnes touchées par un risque aggravé de santé, un risque qui ne peut être couvert par les assurances offertes sur le marché.

Comme explicité cette convention est le fruit d'une intermédiation entre le gouvernement, les assureurs, les banques et les associations de malades. Cette convention met un point final à la double souffrance des malades qui d'une part étaient confrontés à la maladie mais ajoutée à cela étaient totalement exclus du système bancaire. Ces personnes atteintes d'un risque aggravé de santé ne pouvaient prétendre à la bancarisation tant leur situation était précaire. Les différentes mutations de la convention ont permis de lever les tabous entourant l'accès au crédit des malades. La convention qui jadis était réfractaire à l'assurance invalidité a été revue en 2011 et a adopté des mesures phares telles que la prise en compte des progrès médicaux, l'acceptation de toutes pathologies éloignant ainsi l'archétype toujours pris en compte qui est le SIDA. Les démarches déclarées lourdes ont été facilitées pour optimiser l'accès à l'assurance AERAS (Convention AERAS 2011).

Les assureurs renvoient à la notion risque aggravé dans trois types de cas :

- ☐ Les professions professionnelles particulières et représentant un risque ;
- ☐ Les personnes pratiquant des sports à risques ;
- ☐ Les personnes touchées par une pathologie grave que l'on appelle communément risque aggravé de santé.

Le risque aggravé de santé ne compromet pas toujours les possibilités d'assurance des personnes malades. Il appelle une surprime et des conditions particulières et spécifiques à l'assuré. La notion de risque aggravé de santé évolue avec mutations thérapeutiques. Le SIDA

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

qui constituait dans les années il y a trente ans un risque est une maladie maintenant assurable eu égard aux nouveaux traitements et l'espérance de vie prolongée des personnes atteintes. Ces transmutations sont prises en compte par les assureurs lors de l'étude du dossier des personnes touchées par un risque aggravé de santé.

5. Les dispositions de la convention AERAS

Les conditions de la convention AERAS			
	Prêt immobilier	Prêt consommation	Prêt professionnel
Pourquoi ?	⇒ Acquérir un bien immobilier ⇒ Rénover, ⇒ Aménager ⇒ Construire	⇒ Pour tous les prêts à la consommation	⇒ Créer une entreprise ⇒ Acheter un bien immobilier
Pour qui ?	⇒ Les particuliers et les professionnels	⇒ Les particuliers	⇒ Les professionnels
Montant	⇒ Jusqu'à 300.000 euros maximum	⇒ Jusqu'à 15.000 euros maximum	⇒ Jusqu'à 300.000 euros maximum
Quelles conditions ?	⇒ Remplir les questionnaires médicaux ⇒ Avoir moins de 70 ans à l'échéance du crédit	⇒ Sans avoir à remplir le questionnaire de santé (sauf si les conditions ne sont pas remplies) ⇒ Avoir moins de 50 ans ⇒ Durée maximal de 4 ans pour le remboursement	⇒ Remplir les questionnaires médicaux ⇒ Avoir moins de 70 ans à l'échéance du crédit

Il existe trois échelons d'assurance dans le cadre de la convention d'assurance. Ces différents niveaux ont été créés dans le but de donner à un maximum de personnes malades d'accéder à l'assurance. Le premier échelon est un contrat standard auquel l'assureur étend le risque pris. Des limitations dues à l'âge, à l'état de santé, aux professions particulières et aux pratiques sportives sont posées. Le contrat est engagé de concert par la banque et l'assureur qui en définissent le contenu et les clauses particulières telles que l'extension des garanties proposées, les coûts d'assurance, de dossier, etc...

Le deuxième échelon correspond à un examen personnalisé. Le dossier ne peut atteindre ce niveau que si une solution n'a pas été trouvée avec les assurances standards. L'examen personnalisé, c'est-à-dire étudié au cas par cas par l'assureur permet un ajustement du contrat selon le profil et les risques que représentent la personne touchée par un risque aggravé. Cette assurance est souvent accompagnée d'une surprime.

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

Le troisième échelon est le pool des risques très aggravés. Le pool des risques très aggravés est un pool des assureurs et de réassureurs. Le dossier est examiné par le bureau commun des assurances collectives (BCAC). Ce niveau est réservé aux cas très spécifiques qui n'ont pas trouvé d'assureurs. Le dossier arrivé à ce niveau doit être réexaminé afin que le risque puisse être réparti entre les assureurs et les réassureurs membres du consortium. Si à ce stade, le dossier est refusé la probabilité qu'il soit accepté par un assureur est faible voire nul (CNP ASSURANCE).

Conclusion chapitre I

Ce premier chapitre pose les premiers jalons de l'état de l'art utilisé dans le cadre de ce travail de recherche. La santé est définie comme un bien fondamental et indispensable à tout homme. Il apparaît dans la littérature que la santé est polysémique et qu'elle fait appel à plusieurs dimensions. La santé est dépendante de son environnement, elle s'y adapte et se transmute dans le but de vivre en adéquation avec son milieu. La santé est aussi perceptuelle, c'est du point de vue de l'individu que la santé est définie. Il est nécessaire de dire que la santé n'est pas une exemption de maladies ou de gênes mais c'est la possibilité de l'homme de pouvoir exercer toutes activités sans être privé de ces capacités biologiques, psychologiques et physiologiques. La santé, est enfin un tout inaliénable : elle autant individuelle que collective. Elle prend en compte tous les déterminants pour une meilleure évolution. La société a aussi mis en place des structures capables de répondre aux besoins de santé de chaque individu à travers des politiques sanitaires, des politiques de prévention et de soins.

Au-delà de la définition de la notion de santé, ce chapitre met en exergue le lien qui existe entre la santé et le financement bancaire. Il a permis de voir que lors d'un emprunt bancaire, la santé est une condition sine qua non pour y accéder. La maladie, l'antinomie de la santé est un facteur récusable par les assureurs et les banquiers. Elle représente un risque que les banques et les compagnies d'assurance sélectionnent à travers le questionnaire médical. En présence de maladies, des surprimes, des clauses particulières sont ajoutées au contrat. Dans les cas, où le risque est aggravant, les assureurs standards excluent la couverture d'assurance au contractant.

Nonobstant, la convention AERAS a été mis en place afin qu'un plus grand nombre de personnes puissent être mutualisées et ainsi obtiennent une couverture assurantielle. La convention AERAS comme indique son nom assure les personnes, les professionnels particuliers ou les sports dangereux reconnus comme un risque aggravant. Il existe trois niveaux d'assurance, le premier correspond à une extension de l'assurance groupe standard, le second à un examen individualisé et le troisième est le pool des assureurs et des réassureurs. Si le dossier est refusé à ce dernier niveau, il a toutes les chances d'être refusé ailleurs. Ainsi dans ce chapitre, axé sur la santé, on constate que la santé est fondamentale à tout individu et qu'elle constitue une dimension vitale pour la phénoménologie observée : l'accès au crédit des dirigeants de petites entreprises.

Chapitre II

L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

« Il faut dire, la vérité, rien que la vérité mais pas toute la vérité »
Un entrepreneur, 2011.

Section 1. Les approches de l'asymétrie d'information

- 1. L'asymétrie d'information : une constante omniprésence entre banques -compagnies d'assurances emprunteurs et entreprises
- 1.1 L'anti sélection ou le talon d'Achille des assureurs
- 1.2 L'aléa moral : difficulté d'évaluer le comportement du client après signature du contrat
- 2. La relation banque- PME : une relation asymétrique
- 1.1 Le rationnement du crédit
- 1.2 Pour quoi les banques rationnent-elles ?

Section 2. Les approches de la déviance

- 1. La déviance ou la théorie de l'exclusion
 - 1.1 Déviance : Normes, transgressions et sanctions
 - 1.2 La première école de Chicago : l'interactionnisme
 - 1.3 La seconde école de Chicago : l'observation participante
- 2. La déviance organisationnelle : une transgression à double visage
 - 2.1 Approches des comportements déviants au sein de l'organisation
 - 2.2 Déviance et éthique : deux entités opposées
 - 2.3 La maladie du stigmat aux stigmatisés
 - 2.4 Cadre de réflexion de la recherche selon l'approche

Introduction au chapitre 2

Dans la continuité du premier chapitre où le contexte de la recherche a été posé et où le concept de la santé a été défini afin de mieux appréhender son impact sur l'assurance emprunteur dans le cadre de l'octroi de crédit bancaire, le second chapitre prend, quant à lui, appui sur l'asymétrie d'information issue de la théorie des contrats et de la déviance tirée de la théorie de l'exclusion pour mettre en exergue la problématique défendue dans le cadre de ce travail doctoral, c'est-à-dire quel est le rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux entreprises. La triangulation existante entre banque-entreprise-assureur pose un problème évident d'anti sélection qui aboutit à la problématique d'aléa moral. Ce chapitre a pour but de faire la distinction entre l'anti sélection et le risque moral qui sont des comportements qui peuvent se révéler préjudiciables en assurance santé. Compte tenu de cette zone aveugle, l'asymétrie d'information que l'assureur ne maîtrise pas, des effets pervers ont tendance à voir le jour.

Partant de ce principe, la section 1 propose une approche de l'asymétrie informationnelle dans le cadre de l'assurance. La théorie développée par Akerlof (1970) trouve sa genèse dans le déséquilibre informationnel qui existe entre le principal et l'agent. L'impuissance du principal à faire la distinction entre les hauts risques et les bas risques de santé donne lieu à une anti sélection qui pousse l'agent et le principal à adopter un comportement opportuniste. Nous tenterons dans le cadre de ce chapitre de comprendre en quoi l'anti sélection peut constituer le talon d'Achille de l'assureur, en quoi consiste l'aléa moral. Enfin nous verrons comment l'asymétrie d'information est une incitation au mensonge, premier comportement déviant en assurance.

Dans la section 2, nous dressons un état de l'art de la théorie de la déviance. La déviance définie sommairement par une transgression des règles est un phénomène qui s'observe en présence d'asymétrie d'information et qui génère des comportements opportunistes. Loin de seulement s'observer dans la transgression des cadres juridiques ou sociales mises en place, ou de faire défaut auprès des instances de la morale, la déviance apparaît aussi dans les organisations où la limite des règles imposées est souvent dépassée pour permettre à l'entreprise d'être efficiente et aux employés d'être efficaces (Honoré, 2000,2002,2006). La déviance sera étudiée quant aux stigmates (Goffman, 1975) qu'elle entraîne. La maladie étant une des formes de déviances existantes est souvent stigmatisée par celui qui observe le handicap d'autrui. Nous prendrons le temps de revenir sur les prémices des différentes écoles de Chicago, ce qui permettra de mieux approcher le concept et de comprendre son apport dans

le cadre de ce travail. Un cadre de réflexion sera posé afin de comprendre, après passage en revue des deux concepts théoriques à savoir la déviance et l'asymétrie informationnelle, ce qui a motivé notre modèle de pensée.

Section 1 : Les approches de l'asymétrie d'information

Introduction de la section

Selon Bernoulli, mathématicien du XVIII^e siècle, « *L'incertitude est une méconnaissance* ». L'incertitude additionnée à la sélection adverse et au risque moral sont les trois composantes de l'assurance. D'ailleurs Frank Knight (1921) considère qu'elles sont les hydres de l'assurance. La question du risque et de sa mesure sont au cœur de la relation financière entre la banque, l'entreprise et l'assureur. Elle est traditionnellement appréhendée dans la littérature au travers du concept d'asymétrie d'information. En faisant référence aux travaux d'Akerlof (1970) et de Stiglitz et Weiss (1981), il s'agit classiquement de souligner l'asymétrie informationnelle existante entre les parties-prenantes et la difficulté qu'il en résulte pour ces derniers de pouvoir mesurer le risque que représente un prêt concédé à son client, ou, plus globalement la relation qu'ils entretiennent avec lui lorsque celle-ci prend la forme d'une relation bancaire à l'engagement (Rivaud-Dansey, 1996).

En effet pour qu'il ait anti sélection, il faut qu'il y ait une asymétrie informationnelle. L'anti sélection caractérise un marché sur lequel l'assureur est moins bien informé que l'assuré, c'est également une situation où d'une part il est difficile d'observer le comportement du souscrivante et d'autre part la qualité du produit Akerlof (1970). Ce phénomène caché a pour base l'asymétrie d'information, c'est-à-dire le déséquilibre informationnel existant entre le principal et l'agent. Le domaine de l'assurance est l'exemple le plus usité pour mettre en évidence l'anti sélection (Abbring et al., 2003a) . Pour Rothschild et Stiglitz: «*Insurance markets differ from most markets because in insurance markets competition can destroy the market rather than make it work better*» (1997, p.73). On comprend à travers la citation des auteurs que la sélection adverse constitue un élément d'échec pour le fonctionnement du marché de l'assurance.

Si l'assureur sélectionne les clients selon leur état de santé, leur, âge et leur catégorie socioprofessionnelle, les clients à leur tour « anti sélectionnent » les assureurs car ils ont une meilleure connaissance des problèmes auxquels ils sont confrontés que l'assureur, vu que ces informations l'assureur ne peut les obtenir si ce n'est au prix de lourds efforts. Cette avantage crée ainsi un déséquilibre dans le partage de l'information, c'est de cette relation que naît l'anti sélection ou la sélection adverse. Contrairement à la sélection adverse, l'aléa moral ou le risque moral est le comportement que le client adopte après la signature du contrat; le

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

mandant ne peut avoir un contrôle totale sur le comportement du mandaté faute des moyens pour évaluer le comportement habituel du signataire.

1. L'asymétrie d'information : une constante omniprésence entre banques -compagnies d'assurances emprunteurs et entreprises.

L'asymétrie informationnelle est un déséquilibre communicationnel existant entre deux parties, le premier étant le principal et le second l'agent. L'asymétrie d'information est une constante toujours omniprésente dans la triangulation banques-assureurs-entreprises où il est constaté que certains acteurs disposent d'une meilleure information que d'autres, d'un avantage sur le caractère de l'échange. La théorie de l'asymétrie d'information va à l'encontre de l'idée d'un marché transparent où la concurrence serait parfaite. Eu égard au fait qu'il est démontré que le marché fonctionne selon un modèle imparfait, il est constaté que les comportements des acteurs deviennent opportunistes, comportements qui changent la donne sur l'efficacité du marché. Il existe deux types d'asymétrie, le premier étant lié à la sélection adverse et le second à l'aléa moral qui sera développé dans la section 1.2 de ce chapitre. L'aléa moral est dû à l'incertitude qui subsiste après la signature du contrat, c'est le risque de défaut auquel s'expose le principal. La sélection adverse aussi appelée anti sélection naît de l'incertitude qui existe, ex-ante, avant la signature d'un contrat. L'asymétrie informationnelle est responsable de ces deux comportements.

1.1 L'anti sélection ou le talon d'Achille des assureurs

La théorie de l'asymétrie informationnelle et plus précisément la sélection adverse a été mise en lumière par Akerlof en 1970 dans son célèbre article *The Market for Lemons : Quality Uncertainty and the Market Mechanism*. Dans son article, il considère que les interrelations sur le marché sont purement imparfaites et que les échanges informationnels entre les agents sont asymétriques, c'est-à-dire, qu'ils ne disposent pas de la même information sur les produits vendus mais que chacun garde l'exclusivité de ses connaissances pour lui-même. Pour mettre en exergue sa théorie, il prend l'exemple du marché des vendeurs de voitures et les séparent en deux catégories : les vendeurs de bons véhicules et les vendeurs d'épaves. Il estime que les vendeurs sont les seuls à connaître la bonne ou la mauvaise qualité des voitures vendues sur le marché. C'est ainsi qu'il met en évidence l'anti sélection dont les comportements opportunistes en sont l'aboutissement. Akerlof dans son article (*ibid*, 1970) met ainsi à jour les préjudices que l'asymétrie d'information cause sur le fonctionnement des

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

marchés. Le prix Nobel de 2001, montre que les vendeurs de bonnes ou mauvaises voitures offrent un prix moyen. Les propriétaires de bons véhicules estimant que ce prix ne convient pas à leurs produits tendent à se retirer du marché laissant la place libre aux véhicules de mauvaises qualités. Subséquemment, le dispositif concurrentiel mis en place ne suffit plus et le prix ne constitue plus un signal de la valeur du bien. L'anti sélection produit alors un effet pervers sur le marché : il élimine les produits qui ont un coût significatif. La sélection adverse est un problème d'opportunisme précontractuel, c'est-à-dire, que les personnes souhaitant d'adhérer un contrat détiennent des informations privées avant de souscrire (Milgrom et al., 2005). Depuis l'article d'Akerlof (*ibid*), beaucoup d'auteurs (voir le tableau) ont mené des études empiriques dans le domaine de la banque et particulièrement celui de l'assurance. En effet, le banquier aussi bien que l'assureur ne maîtrisent pas tous les paramètres pour évaluer la qualité du client et l'anti sélection se fait sur la méconnaissance des populations susceptibles de représenter un risque à la signature du contrat.

6. Les auteurs de l'asymétrie d'information (Adapté de Matis et Matis, 2013)

Auteurs	Année	Segment d'assurance
Puelz R., Snow A.	1994	Assurance auto
Cawley J., Philipson T.	1999	Assurance vie
Richaudeau D.	1999	Assurance auto
Chiappori P-A., Salanié B.	2000/2006	Assurance auto
Cardon J-H., Hendel I.	2001	Assurance santé
Macho-Stadler I., Perez-Castillo D. J.	2001	Assurance hypothèque
DeMezza D., Webb D.	2001	Assurance de marché
Abbring J-H., Heckman J-J., Chiappori P-A., Pinquet J.	2002	Assurance auto
Crocker K., Moran J.	2003	Assurance vie
Hendel I., Lizzeri A.	2003	Assurance vie
Finkelstein A., McGarry K.	2006	Assurance rente
Dionne G., Michaud P-C., Dahchour M.	2010	Assurance auto
He D.	2009	Assurance vie
Cohen A.,	2005	Assurance auto
Gjestal F.	2007	Assurance hypothèque
Grun-Rehomme M., Benlagha N.	2007	Assurance auto
Abbring J-H., Chiappori P-A., Zavadil T.	2009	Assurance auto
Dionne G., St-Amour P., Vencatachellum P.,	2009	Assurance auto
Kim H., Kim D., Im S.	2009	Assurance auto
Saito K.	2009	Assurance auto
Gaumont D., Zekri M.	2010	Assurance auto
Cohen A., Siegelman P.	2010	Assurance auto
Gan L., Huang F., Mayer A.	2011	assurance santé
Spindler M., Winter J., Hagmayer S.	2011	Assurance auto
Spindler M.	2012	Assurance santé

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

L'anti sélection assurancielle se définit comme une situation où un assureur est amené à garantir « *un grand nombre d'agents hétérogènes dans leur probabilités de subir un dommage. Il propose un prix unique qui reflète la probabilité moyenne de perte de l'agent représentatif de cette économie. [...] et il devient inintéressant pour les agents dont la probabilité de subir un accident est faible de s'assurer. Il s'opère donc un phénomène de sélection par les prix et on dit qu'elle est adverse parce que ce sont les mauvais agents qui demeurent* » (Chassagnon, 1996, p.21).

Bien (2001) affirme que l'assureur considère deux catégories de populations : les hauts risques et les bas risques. Les hauts risques disposent d'une faible espérance de vie quand les bas risques représentent un taux de morbidité-mortalité plus faible. La différence entre les deux groupes se fait sur « *la différence de risque a trait à une probabilité d'occurrence du sinistre différente. Les autres caractéristiques des individus sont identiques (revenu, montant du dommage, aversion au risque). Les principaux résultats et extensions ont été établis en supposant que les individus possédaient une autre caractéristique différente* » (p.117). Cette segmentation est explicitée par Cutler (1994) qui déclare : « *individuals certainly know something about their projected medical needs. People with a history of heart disease, for example, know they are at above risk for a heart attack* » (p.30). Comme le confirme la citation, tous les individus disposent de renseignements privés sur les risques de santé qu'ils représentent et sur ceux qu'ils peuvent développer à cause de leurs professions, de leurs activités personnelles. Ils sont en mesure de juger du caractère et du niveau de risque auquel ils peuvent être confrontés dans un temps plus ou moins bien déterminé. Alary et Bien (2008) confirment que nul ne peut forcer les personnes invalidantes à divulguer les informations relatives à leur passé médical qui sont doublement scellées. D'une part, ces informations sont privées et l'assureur n'est pas censé y avoir accès, d'autre part les informations médicales sont protégées par le secret médical.

Par ailleurs, il convient de souligner que les individus ne sont pas enclins à partager les informations qui leurs donnent un avantage concurrentiel. Coufinhal (2000) s'aligne sur la pensée de Cutler en reconnaissant qu'un certains nombres d'éléments échappent à l'assureur au moment de la signature du contrat et de l'établissement du prix. L'auteure affirme que c'est particulièrement vrai quand il s'agit de l'état de santé ressenti : à moins de posséder ces données par une fidélisation antérieure, l'assureur ne peut les connaître. Ce sont ces variables qui échappent à l'assureur qui donnent lieu à l'anti sélection. Les individus ne partagent pas toujours toutes les données qu'ils ont à leur disposition et ne respectent pas toujours les

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

engagements qu'ils ont conclus. Ainsi chacune des parties engagées dans le contrat ne considèrent que son avantage propre. Quand un individu décide de s'assurer, sa décision est prise selon un raisonnement qui lui est propre (Alary et Bien, 2008). Cette logique prend en compte les avantages qu'il tirera de sa couverture d'assurance, c'est-à-dire, les risques couverts et le prix qu'il devra payer pour en bénéficier. La relation principal-agent caractérisée par l'incomplétude des contrats pousse les individus vers des comportements opportunistes qui se manifestent aussi bien ex ante qu'ex post (Tachlian, 2009). L'anti sélection se produit lorsque le marché de l'assurance n'est plus en mesure de faire une distinction entre les bas risques et les risques « *Dans le cas de l'anti sélection, l'assureur, confronté à des individus hétérogènes, se trouve dans l'incapacité de distinguer les individus selon leur degré de risque et il lui est impossible, a priori, d'adapter la tarification d'assurance aux caractéristiques individuelles de risque. Il s'ensuit des dysfonctionnements de l'assurance puisque des individus hétérogènes se trouvent confrontés à la tarification uniforme (même cotisation, même indemnisation d'assurance) d'un assureur qui ne dispose pas d'une information suffisante pour réaliser une adéquation entre les termes du contrat et les risques individuels* » (Pannequin, 2010, p.1). Newhouse, (1996) déclare que le marché assurantiel est fonction du niveau de risques des individus, cependant l'auteur reconnaît qu'évaluer l'état de santé des entrepreneurs est une tâche laborieuse. Si l'assureur n'est pas capable de sélectionner les risques et qu'il présente un prix moyen avec les mêmes avantages pour chacun des assurés, cela va générer de l'anti sélection. Couffignal (2000) formule à son tour : « *S'ils [les assureurs] proposent le contrat B, les hauts risques auront intérêt à le souscrire et les assureurs réaliseront un déficit. S'ils[les assureurs] se contentent de proposer le contrat H, ils perdent des parts de marché, les bas risques refusant de le souscrire.* » (p.103). Wolfe et Goddeeris (1991) dans le cadre d'un test empirique réalisé sur les facteurs exogènes que l'assureur ne connaît pas et a fortiori ne maîtrisent pas montrent que les individus ayant une mauvaise santé ont une tendance à s'assurer au mieux pour répondre aux besoins de dépenses de santé, action qui est défavorable aux bas risques. Landel et Charré-Serveau (2000) écrivent « *Puisque la souscription d'une assurance est le plus souvent le résultat d'une démarche volontaire, sont de préférence tentées de souscrire les personnes qui se savent davantage exposées à des risques. L'assureur qui accepterait sans discrimination ni réserve les risques proposés s'exposerait donc à ne détenir que des risques aggravants ; il compromettrait ainsi l'équilibre de ses résultats et ne pourrait plus être compétitif* » (p. 36).

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

Alary et Bien (2008) ont, à leur tour, montré qu'une maladie grave est génératrice d'une surabondance en assurance cela est principalement dû au fait que le malade a besoin de rétablir un équilibre entre ses finances et la détérioration de sa santé. L'anti sélection se fait sur la santé, bien entendu, mais elle s'aggrave au fur et à mesure que l'état de santé s'empire. Les malades représentant un faible risque peuvent accéder à une couverture assurantielle quand les personnes gravement atteintes par une pathologie rencontrent beaucoup plus de difficultés. En somme, l'acceptation de tous les risques serait un handicap pour les individus de bas risques, ils estiment payer pour un risque qui ne les concerne pas et par conséquent ils fuient la compagnie d'assurance qui ne segmente pas les risques pour aller vers la concurrence. C'est en cela que la loi de Bernoulli, la loi des grands nombres, a permis de mutualiser les bons comme les mauvais risques afin que chacun puisse être couvert par une assurance qui correspond à ses besoins. Ainsi les auteurs admettent que les résultats introduits par Rothschild et Stiglitz (1976) peuvent en présence de maladies invalidantes et sous certaines conditions sont contestables. Rappelons que le modèle de Rothschild et Stiglitz (1976) est un modèle dans lequel tous les assurés sont similaires et où il existe deux catégories d'assurés : les bons risques et les mauvais risques. Les bons risques détiennent alors une assurance avec franchise quand les mauvais risques, eux, disposent d'une couverture complète.

Rothschild et Stiglitz (1997) écrivent: « [...] *adverse selection actually requires that individuals with different risk profiles behave differently in some way which the insurance company can exploit.* » (p. 75). La banque et l'assureur n'ayant aucune certitude quant à l'exécution partielle ou totale des engagements les liants avec le contractant sur le contrat de crédit préfèrent anticiper les risques et les répercuter sur les prix et les garanties demandés aux dirigeants. Pour Brousseau (1993) « *Il s'agit en fait de la défiance généralisée qui naît dès lors qu'il n'existe pas un catalogue connu de tous et spécifiant les caractéristiques de tous les biens échangés ou susceptibles de l'être. Les connaissances sur la qualité des biens sont alors asymétriquement réparties.* » (p.55). L'inégalité qui existe dans la répartition des informations aboutit à une méfiance exacerbée des parties prenantes.

L'opportunisme que génère l'anti sélection s'exprime par des différentes formes de tromperies qui servent à optimiser l'intérêt des individus partageant le contrat. En effet, « *En présence d'asymétrie d'information, les assureurs peuvent, en différenciant leurs contrats, amener les assurés à révéler de l'information sur leur niveau de risque. Plus précisément, la*

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

stratégie qui permet aux assureurs de surmonter leur manque d'information s'appuie sur le fait que les individus, qui ont des caractéristiques non observables différentes mais liées à leur niveau de risque, vont se segmenter spontanément si l'assureur leur propose des contrats différents » (Couffinhal, 1999 : 159).

Arrow (1963) au même titre que Rothschild et Stiglitz (1976) est l'un des précurseurs de l'asymétrie d'information en assurance santé. Dans son article *«Uncertainty and the welfare economics of medical care »* (1963), Arrow fait mention du partage des risques entre l'assureur et l'assuré. La sélection adverse est vue au travers du comportement des assurés qui ont développé une exécution au risque. Il estime que la discrimination des risques, c'est-à-dire, la segmentation des risques est nécessaire à l'assurance afin qu'il soit au profit du plus grand nombre. Il pense que les personnes touchées par un risque aggravé de santé devraient payer une prime d'assurance beaucoup plus élevée pour que le marché trouve son équilibre. *« Arrow fait notamment prévaloir que cette tarification imparfaite peut engendrer « une sélection adverse défavorable des risques », les contrats qui ne discriminent pas suffisamment étant susceptibles d'attirer principalement les mauvais risques présents sur le marché. »* (Pannequin, 2010).

L'anti sélection constitue le talon d'Achille des assureurs qui doivent mettre en place des stratégies d'écramages et de sélections pour contourner le problème de la sélection adverse. Les compagnies d'assurances font une discrimination entre les hauts et les bas risques afin de déterminer les primes que chacun des groupes auront à payer. Pour cela, des questionnaires de santé, des visites médicales, des études épidémiologiques, l'étude des catégories de population et tout autre test sont mis en place pour avoir accès aux informations encore ignorées par l'assureur afin de l'aider à surmonter l'anti sélection (Couffinhal, 1999). Cependant, l'article canonique de Rothschild et Stiglitz (1976) sur les imperfections du marché montre que les assureurs peuvent solutionner l'asymétrie informationnelle en segmentant les contrats à travers différentes gammes de produits qui répondent aux besoins des hauts risques comme à ceux des bas risques. Pour les auteurs si les contrats émis sur le marché diffèrent par leur quantité, les assurés auront une propension à montrer le risque qu'il représente et une stabilité du marché peut apparaître. Toutefois l'anti sélection n'empêche pas le marché de fonctionner, elle ne représente qu'une limite au fonctionnement de l'assurance, c'est pour cela que la distinction des contrats est une réponse forte qu'utilisent d'ailleurs les assureurs. La sélection mise en place par les assureurs pour déterminer les hauts risques des

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

bas risques est un filtre souvent amalgamé avec la sélection adverse. Cette amalgame lui aussi est à la défaveur du marché de l'assurance et peut être considérée comme un motif de dysfonctionnement (Couffinhal, 2000).

Jensen et Meckling (1976) identifient les relations contractuelles qui lient le principal et l'agent à travers la théorie de l'agence, une théorie qui dérive de la théorie des contrats. Ils affirment que la hiérarchie est d'importance dans la relation qu'entretiennent le principal et l'agent. Ils estiment que c'est le principal qui fait figure d'autorité en fixant les règles contractuelles mais reconnaissent cependant que l'agent est détenteur d'une information nécessaire à la réalisation optimale du contrat. C'est donc à ce titre que le principal mettra en place des dispositifs participatifs et d'incitation afin de pointer l'élément caché. La hiérarchie identifiée par Jensen et Meckling (2005) est au sens d'Abecassis et Batifoulrier une hiérarchie temporelle et informationnelle. Les auteurs écrivent : *« En effet, l'agent disposant d'informations privées, inconnues du principal, peut « tirer la couverture à lui ». Il peut accomplir des actions non décidées par le principal. Ainsi, à un pouvoir de définition correspond un pouvoir de réalisation. C'est le principal qui définit mais c'est l'agent qui accomplit. »*.

p.134). Cependant, ils atténuent leur propos en concédant que l'agent peut ne pas se conformer aux exigences du principal et prendre des décisions contraires. Blandford (2007) quant à lui abonde dans le sens où l'information fournit pas les agents est une valeur ajoutée parce que le processus de connaissance qu'elle engendre permet de mieux appréhender les risques liés au contrat et d'éclairer la prise de décisions par le principal.

1.2 L'aléa moral : difficulté d'évaluer le comportement du client après signature du contrat

Le risque moral est le second paradigme qui provient de l'asymétrie d'information. L'aléa moral, par opposition à l'anti sélection qui est une information cachée, est un comportement caché (Pannequin, 2010). C'est un comportement qui ne peut être anticipé et qui reste non désiré. L'aléa moral correspond au comportement opportuniste des clients après signature du contrat. Concrètement, il s'agit, pour le principal, de l'incapacité d'évaluer le comportement des clients qui ont souscrit un contrat. Ainsi lorsqu'un agent est assuré, son comportement diffère, sa gestion du risque est déterminée par sa protection assurantielle. Ce comportement a pour conséquence première d'accroître l'exposition au risque. L'acte d'assurance permet à

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

l'assuré de se prémunir conjointement contre le risque et l'assurance ; de sorte qu'une couverture trop généreuse rendrait la prévention inutile aux yeux de l'assuré et le contrat d'assurance a pour effet d'accroître l'exposition au risque (*ibid*, 2010). Dans le cadre de l'assurance, par exemple, il s'agit de savoir si l'assuré continuera à rester prudent ou si du fait qu'il soit assuré son comportement sera plus risqué. L'aléa moral est la zone aveugle où l'assureur est dans l'impossibilité de maîtriser ou d'évaluer le comportement de ces assurés sur le respect de ces engagements qu'il a pris. Le risque moral qu'elle soit tacite ou non coïncide avec le non respect d'un des parties prenantes du contrat. C'est souvent un acte de trahison qui donne lieu à une perte de confiance et nuit à la relation des parties prenantes.

L'aléa moral est une conséquence des risques dommageables qu'adoptent les agents. D'une part, l'agent n'est pas informé de l'action que peut entreprendre un de ces partenaires et le comportement de ces derniers se révèlent opportunistes (Milgrom et al., 2005) et annoncent à l'assureur que ce comportement est indépendant de leur volonté. D'autre part, il arrive que les agents soient au courant de la dérive mais ils sont dans l'impossibilité de la vérifier comme c'est souvent le cas par exemple du secret médical.

Tout contrat en assurance est basé sur l'aléa et c'est l'aléa qui définit la notion risque assurable. L'aléa peut aussi bien porter sur un risque certain tel que le mort du client ou sur un risque incertain tel que la maladie à longue durée. Toutefois, il convient de notifier les assureurs ne couvrent que des risques qu'ils sont en mesure de tarifier, en l'absence de cela, ils ne prendront pas le risque d'assurer l'aléa. Mougeot (1999) considère qu'on est en présence d'aléa moral quand les dépenses de l'assureur sont dépendantes du comportement de l'assuré. L'auteur affirme que l'augmentation des coûts correspond à deux modèles du concept d'aléa moral (Baker, 1996) :

- Le premier, aléa moral *ex ante*, concerne la probabilité d'occurrence du risque qui est une réduction des dépenses pour la prévention.
- Le second, aléa moral *ex post*, touche les personnes qui ont tendance à surconsommer des soins.

En situation d'aléa moral standard, une assurance complète n'encourage pas les individus à faire d'efforts préventifs avant la survenue de l'accident, c'est-à-dire l'aléa moral *ex-ante*, parce qu'ils se seront remboursés entièrement pour toutes dépenses de santé *ex-post*. L'assureur est, à ce titre, dans l'impossibilité de rendre désuet le contrat que le lie à l'assuré

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

pour défaut de négligence car c'est une faute qu'il n'est pas en mesure de prouver. Bardey et al., (2002) s'interrogent sur le côté néfaste d'une trop forte assurabilité, ils pensent que les personnes assurées consomment plus de soins de santé et des soins plus chers qu'une personne qui ne l'est pas. De plus, ils émettent l'idée que les personnes assurées ne font pas l'effort de chercher l'offre de soins la moins chère sur le marché mais ont une forte tendance à ne pas s'en préoccuper. Ce qui selon eux constitue une attitude normale pour une personne assurée mais aussi est responsable du risque moral ex-post. Bien (2001) atteste que : « *Les différents modèles d'aléa moral développés dans la littérature de théorie des contrats (effort discret ou continu) considèrent rarement des individus différents. Dans un cadre sanitaire, ceux-ci diffèrent cependant par l'état de santé que la nature leur attribue. L'hétérogénéité des caractéristiques individuelles modifie les choix optimaux des assurés* » (p.22).

Le risque moral prend ses origines dans le caractère aléatoire des contrats d'assurance. En effet, ce concept naît dans le domaine des assurances où le comportement des assurés est évalué selon la couverture qui les protège. Sommairement le « moral behaviour » consiste à savoir si les clients sont influencés par la présence de contrats qui les protégeraient contre les risques majeurs « *Insurance men, the entrepreneur prophets of this "doctrine of chances," set out to make their fortunes by protecting whole populations against the terrors of chance* » (Baker, 1996, p.247). Le risque moral est un comportement déviant qu'adopte l'assuré du fait de sa protection (de Larosière de Champfeu, 2011). Le risque moral équivaut au changement qu'intervient une fois que le client a signé le contrat qui le lie au principal. C'est le comportement du client qui change, ce changement est une forme d'opportunisme post contractuel. Cette opportuniste survient quand les actions de contrôles mises en place ne peuvent être ni efficaces ni observables. Ainsi les signataires des contrats, c'est-à-dire les souscrivants, sont susceptibles de poursuivre leurs propres intérêts. Pour qu'il y ait risque moral, trois dimensions sont nécessaires :

1. Il faut qu'il y ait divergences d'intérêts entre les individus
2. Il faut que les échanges et la coopération génèrent des gains
3. Il doit être difficile de savoir si les termes du contrat sont respectés. Ces difficultés de vérifications doivent être impossibles et coûteuses à contrôler ou à vérifier les informations données (Milgrom et al., 2005).

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

Le concept d'aléa moral prend tout son intérêt quand il s'allie avec les domaines bancaires et assurantiels. On le sait l'accès au crédit est un enjeu important, d'autant plus quand les individus qui souhaitent y accéder sont touchés par une maladie aiguë. En effet, la question de l'assurance se pose avec une grande acuité surtout quand on sait que l'accès du crédit dépend largement de son obtention. L'assurance emprunteur à laquelle sont soumis les emprunteurs est un contrat qui couvre les clients contre le décès, la perte totale et irréversible de l'autonomie généralement nommée PTIA, l'incapacité et l'invalidité. Pour établir le contrat, les assureurs doivent faire un travail de recherche, de vérification et de croisement des informations fournies par les emprunteurs sur leur hygiène de vie, leur santé, leur profession, etc. afin de bien cerner les risques qu'ils vont garantir (Convention AERAS, 2011). Cependant, ce contrat a la particularité de s'effectuer d'une part dans un contexte d'anti sélection, c'est-à-dire ex- ante, où chacun des agents cherche à dissimuler l'information qu'il possède amenant à des incitations contraires et des comportements opportunistes, d'autre part il est aussi lié au risque moral car l'assureur ne connaît pas ou quand bien même il le connaîtrait n'a pas la possibilité de contrôler le comportement à risque des individus ex post. Arrow (1963) va plus loin en affirmant que le risque moral est, dans le cadre de l'assurance, une conséquence sur les motivations de l'emprunteur et estime nécessaire que les risques contre lesquels s'assurent ce dernier ne soit pas dépendant de lui. L'auteur avance l'idée que les dépenses de santé ne sont pas fonction des maladies des assurés mais du médecin choisi et de l'attitude qu'aura l'assuré face aux soins médicaux. La contribution d'Arrow, dans ce cadre, laisse supposer qu'il existe un aléa moral entre le médecin et le patient. Il considère que la position d'expert qu'occupe le médecin lui donne un avantage sur le patient eu égard aux connaissances scientifiques et de l'information dont il dispose sur la pathologie du malades et de la solution qu'il pourrait y apporter. Ake Blomqvist (1991) conforte cette idée où le médecin est un double agent. Il écrit : « [...] a central issue in the organization of a system to provide health insurance and medical care is the nature of the contractual relationships among the patient, the physician, and the provider of insurance. On the one hand, patients have an interest in having physicians act as their agents in providing information and services. On the other hand, providers of insurance also are interested in having doctors economize on the use of health services, since this reduces their expected claims cost. Thus, in efficiently organized system, physicians are called upon to act as "double agent. » (p.412). Selon l'auteur, le médecin en établissant un diagnostic et en recommandant un traitement au patient aurait du être confronté à un simple problème principal-agent dont l'anti sélection serait en faveur du patient mais la présence de l'assureur qui prend une partie du financement des soins

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

fait qu'il y trouve un intérêt et doit à ce titre adapté son diagnostic afin que l'assureur ne soit pas lésé, à ce titre il devient un agent double.

Abécassis et Batifoulier (1999) quant à eux articulent leur axiomatique autour de la relation médecin-patient. Ils supputent que les informations entre le médecin et le patient sont asymétriques et que le diagnostic se réalise dans une incertitude et une incomplétude totale car c'est le patient qui fait mention des pathologies dont il souffre et il est aussi en mesure de les modifier, de les omettre ou d'attirer l'attention du médecin sur une caractéristique de son état afin de bénéficier d'un traitement particulier ce qui place le médecin dans « *une situation classique de hasard moral ou de sélection adverse* » (p.2). Ainsi Freidson (1960) argue que « *le patient peut exercer un contrôle profane sur le médecin* » (p.1). En effet, ce sont les informations du patient qui permettent au médecin d'émettre un diagnostic, on se retrouve donc dans une situation où médecin et patient deviennent des preneurs de décisions bien que « *L'incertitude à laquelle le patient est confronté est souvent jugée secondaire puisque celui-ci s'en remet au praticien. L'un des rôles du médecin consiste en effet, à "lever le doute" du patient sur son état de santé. L'incertitude est alors transférée du patient au praticien.* » (Abecassis, 1999, p.3). Il y a donc une relation interactive entre le médecin et le patient. Considérant que le risque moral intervient quand le principal n'est pas en mesure de l'observer et que l'anti sélection quant à elle est un « vice caché », cette asymétrie à laquelle est confronté le médecin pousse à l'adoption d'une stratégie d'évitement des tricheries. Par exemple, dans le cas du médecin s'il est tenté de fournir plus de soins que nécessaire, dans ce cas il devra expliquer son action auprès de la sécurité sociale, de l'assureur du patient, etc. Le patient quant à lui sait que le déclenchement de la prise en charge par leur assurance se fait à partir d'une somme minimale, d'un délai qui peut aller jusqu'à un an pour toucher leur prime. C'est ainsi le cas du suicide, elle est le plus souvent prise en compte, un an après signature du contrat. Ce sont là les stratégies que le principal met en marche pour décourager les effets pervers de l'aléa moral. *La décision de l'agent se fait alors sous la contrainte* (Abecassis et Batifoulier, 2005, p. 135).

L'influence du médecin sur le patient assuré est un facteur d'aléa moral car en présence d'assurance le médecin peut pousser ce dernier à (sur) consommer des soins et à consulter plusieurs fois. Selon le mode de rétribution du médecin, il s'observe une confluence entre le médecin et le patient comportement qui porte préjudice à l'assureur. Ce risque moral se réalise sur l'ignorance du client dont le médecin le dirige vers des traitements beaucoup plus

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

chers quand bien même ces derniers se révèlent moins efficaces que les traitements standards. (Bardey et al., 2002). Rochaix (1989) s'accorde sur le fait qu'il existe une relation d'anti sélection entre le médecin et le patient qui est dû aux informations cachées par le patient mais il reconnaît cependant qu'il existe aussi des risques moraux car le médecin fait s'accorder leurs objectifs personnels avec les objectifs des patients. Le médecin agit comme un agent imparfait en incitant les patients à choisir le traitement de choix. Ces effets semblent être atténués par le sens éthique du médecin mais des études empiriques (Evans, 1974, 1984 ; Coyte, 1984) tendent à prouver que le médecin favorise une demande induite et s'éloigne des normes éthiques. Rice (1983) définit la demande induite comme une « *mesure dans laquelle un médecin peut recommander et imposer une prestation de service médical différente de celle que le patient choisirait s'il détenait la même information que lui* » (Rochaix et al., 1997, p.26). Chiappori et Salanié (2000) suggèrent que le concept d'aléa moral serve d'alternative à la sélection adverse dans la mesure où ce sont les agents qui font le choix de leur couverture.

Quand bien même, les agents ayant une couverture complète seraient moins prévoyants, il s'observerait au final une connexion positive entre le choix de l'agent avec une franchise minimale et le risque ex-post. Comme les auteurs l'expriment la causalité serait ainsi inversée car le choix du contrat n'est pas fait en fonction de la faible probabilité que les agents puissent être confrontés à un accident mais parce que la couverture complète qui rend la probabilité d'accident insignifiante.

Milgrom et al. (2005) considèrent que l'aléa moral ou le risque moral pose un problème d'efficacité car les coûts provoqués par le changement d'habitude des souscrivants ne couvrent pas toujours ses besoins. Il en résulte que les organisations doivent mettre en place des mécanismes d'observations des comportements déviants afin que dès que ces derniers soient observés, ils puissent mettre en place des processus de contrôle qui réduiront les risques moraux. Ainsi, les compagnies bancaires et assurances ont proposé un modèle de bonus-malus (Abbring et al., 2003b) qui récompense les bons clients ou qui pénalise les mauvais comportements (Rivaud-Dansey, 1996). Ce modèle ajouté à la sélection des informations via les différents contrats et les outils de sélections poussent vers une réduction des aléas moraux.

2. La relation banque- PME : une relation asymétrique

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

La relation banque- PME a toujours été décrite comme une relation dominée par l'asymétrie d'information. Nakamura (1999) supputent que les petites entreprises peuvent être « *injustement* » (p.40) handicapées dans leur bancarisation à cause de l'asymétrie d'information car les banques ne sont pas en mesure de récolter suffisamment d'informations sur leurs clients qui leur permettraient de réduire ce phénomène. L'asymétrie d'information entre les banques et les PME conduit au phénomène de rationnement du crédit, c'est-à-dire, les projets les plus risqués sont mis de côtés (Bester, 1987). Ce sont les travaux de Stiglitz et Weiss (1981) qui ont, les premiers, mis en évidence l'existence d'équilibres avec rationnement des emprunteurs. Le rationnement de crédit revêt plusieurs aspects : il peut tout aussi bien porter sur le montant que sur la personne qui emprunte.

1.1 Le rationnement du crédit

Le rationnement de crédit est un modèle dans lequel des emprunteurs ayant des profils similaires sont traités différemment, certains reçoivent un prêt et d'autres non (Bester, 1987). C'est Stiglitz et Weiss qui en 1981 ont mis en évidence la théorie du rationnement de crédit. Ils écrivent : « *We reserve the term credit rationing for circumstances in which either (a) among loan applicants who appear to be identical some receive a loan and others do not, and the rejected applicants would not receive a loan even if they offered to pay a higher interest rate; or (b) there are identifiable groups of individuals in the population who, with a given supply of credit, are unable to obtain loans at any interest rate, even though with a larger supply of credit they would* » (Stiglitz et al., 1981, p.394-395). Selon des études menées par l'INSEE, le rationnement de crédit s'applique beaucoup plus aux petites structures. En effet, plus l'entreprise est petite plus l'accès au crédit est rationné. Ces difficultés d'accès au crédit concernent principalement les entreprises de moins de 50 salariés, et celles de moins de 20 salariés (Ciepli & Paraque, 1997, 1998).

Le rationnement de crédit est un concept qui a pour principe la discrimination des projets et/ou des emprunteurs à hauts risques. Ce sont les emprunteurs qui agissent comme signal lorsqu'ils acceptent de prêter à des taux exorbitants, dans ce cas, les banques les discriminent et refusent de financer leurs projets car jugés trop risqués (Bester, 1987 ; Jaffe et al., 1976). L'acceptation des projets risqués en grande quantité et qui ont une faible proportion de réussite constituent un risque évident pour les banques qui pourraient dépassées les ressources dont elles disposent. Prenant en considération, l'augmentation du taux d'intérêt des prêts qui peut être préjudiciable à la banque, les banques trouvent un intérêt certain à écarter les projets

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

qu'elles jugent trop risqués ou peu enclin au succès. Le taux d'intérêt jouant un rôle majeur, car s'il est trop bas le profit sera lui-aussi trop bas et s'il est trop haut la rentabilité sera assurée mais ce sont les projets les moins risqués qui seront abandonnés. Mais alors comment font les banques ? L'appréciation du banquier se fait sur les projets les moins risqués. Les projets les plus risqués sont rationnés cela limite ainsi les quantités de crédits et le taux d'intérêt dépendra dans ce cas du montant du prêt et du risque qu'il représente.

Phung (2009) avance qu'avant l'analyse de Stiglitz et Weiss (1981) basé sur le déséquilibre informationnelle ne soit mis en lumière, le rationnement du crédit était une contrainte institutionnelle qui exerçait une influence négative sur le taux d'intérêt et le montant du prêt. L'auteur propose aussi un tableau des différents auteurs qui ont travaillé sur le phénomène du rationnement du crédit.

7. Les causes explicatives au rationnement du crédit (Adapté de Phung, 2009, p. 39)

Auteurs	• Raisons explicatives au rationnement du crédit
Hodgman, 1960	• Risque de défaillance de l'emprunteur
Jaffee et Modigliani, 1969	• Difficulté pour les banques d'appliquer un taux d'intérêt correspondant aux risques du marché.
Turgot, 1970	• Rigidité des taux d'intérêt sous la contrainte des institutions
Akerlof, 1970	• Mise en évidence de l'asymétrie d'information
Jensen et Meckling, 1976	• La théorie des contrats : partage des risques
Jaffee et Russel, 1976	• Les emprunteurs sont rationnés selon le montant du crédit • Forte probabilité de « tromperie »
Stiglitz et Weis, 1981	• Rationnement du crédit par défaut d'information • Anti sélection : information caché • Aléa moral : comportement caché
Blinder et Stiglitz ,1983	• Efficacité de la politique monétaire sur le rationnement du crédit
Blinder, 1987, 1987	• Analyse macroéconomique de la possibilité d'obtention du crédit dans les conditions de rationnement mais aussi de non rationnement.
Williamson, 1987	• Coût de surveillance
Phung, 2009	• Les déterminants du rationnement du crédit

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

Smondel (2011) décrit plusieurs types de rationnement du crédit qui se résume en deux parties le rationnement préventif et le rationnement contraint:

1. Le rationnement préventif

Le rationnement préventif est la réponse des banques lorsqu'elles ont pris un trop un grand risque. A titre de prévention, elle s'aligne sur le même échelon que le marché et cesse d'octroyer des crédits. On observe ce type de rationnement lors crises financières récessives qui augmentent les risques de défaillances des clients. Le rationnement préventif prend en compte la valeur temporelle. En effet, plus la relation client- banque est longue plus la probabilité de rationnement se trouve réduite.

2. Le rationnement contraint par le capital

Pour réduire, le rationnement préventif, le comité de Bâle a mis en place des mesures permettant de réguler le marché du crédit. Ainsi, les banques sont encouragées à mettre une partie du capital dans les réserves. Le rationnement contraint par le capital est souvent décrié car l'arbitrage est faite par les banques qui en l'absence de fonds rejettent de bons projets tandis que les mauvais auront déjà été financé.

2.1 Le rationnement sur le nombre

Ce rationnement consiste à refuser de prêter à des personnes dont le projet est jugé trop risqué et/ou rentable.

2.2 Le rationnement d'un emprunteur spécifique

Le rationnement peut s'observer sur des clients précis ou des catégories de groupes à risques. Sommairement, un client représentant un risque supérieur à ce que la banque est en mesure d'accepter est une personne à risque que la banque rationne.

2.3 Le rationnement de toute une classe de risque

Les banques face à la menace conditionnent l'accès au crédit et posent des limites infranchissables en l'absence d'une bonne assurance. Le rationnement de toute une classe de risque est un risque de type B, « le red-lining » ; ce sont souvent les petites entreprises qui sont touchés par ce phénomène. Zazzara (2008) va à l'encontre de cette pensée et soutient l'idée que les grandes entreprises sont plus exposées au risque au vu de la perte en capital.

2.4 Le rationnement sur la quantité

Il s'agit ici de satisfaire tous les clients en accordant qu'une partie du montant demandé et éviter la fuite des clients. Ce mode de rationnement peut venir en complément du rationnement sur le nombre et constituer une mode de gestion efficace pour les banques qui arrivent à le mettre en place. Dans le cadre de notre travail, le rationnement sur une personne spécifique ou sur une catégorie de personne prend tout son sens quand l'on sait que la santé est une cause de rationnement par les banques.

1.2 Pourquoi les banques rationnent-elles ?

Pour accéder au financement bancaire la première étape pour les entrepreneurs est de soumettre leurs projets à une ou plusieurs banques. Ayant eu les projets en main, les banques ont la possibilité de mesurer la faisabilité ou non des projets qui leurs ont été soumis. Tallon (1988) estiment que les informations que les banques possèdent sur les entreprises peuvent discriminer positivement ou négativement les projets qui sont en mesure d'être concrétiser ou pas. L'auteur décrit quatre considérations que prennent en compte les chargés bancaires :

1. Les caractéristiques du projet (avantages/ inconvénients/ risques)
2. La probabilité de défaut de l'entreprise (la capacité de remboursement/ les probabilités de faillite)
3. Les autres formes de financements que possède l'entreprise (Titres/devises/actions)
4. Le fait que le rendement net moyen du projet soit inférieur au taux proposé

La prise en considération de ces contraintes permet au banquier de proposer un taux d'intérêt que les entreprises peuvent ou non accepter dans la mesure où elles savent que la concurrence peut proposer un taux plus bas. Il convient de souligner que *« chaque banque est supposée avoir un comportement « actif » et n'accorder de crédits qu'aux entreprises susceptibles de les rembourser, à un taux qu'elle fixe unilatéralement, tout en sachant qu'il existe des limites à ce taux d'intérêt, qu'elle ne peut dépasser sous peine de voir l'entreprise cliente renoncer à sa demande de crédit »* (Tallon, 1988, p.127). Le modèle de rationnement du crédit proposé par Tallon (1988) s'écarte du modèle de Stiglitz et Weiss (1981) et considère que le taux d'intérêt payé lors de l'octroi du crédit est fonction de l'entreprise et de son histoire. En d'autres termes, on peut d'ores et déjà supputer que la relation que les banques entretiennent avec les entreprises se caractérise par une forte inconstance. Cette incertitude constitue une menace que ne maîtrise pas la banque mais elle conditionne les risques. L'anti sélection

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

rendant opaque la relation à cause d'une forte rétention de l'information s'observe entre les agents ainsi pour réduire l'asymétrie d'information les banques ont tendance à préférer de financer les clients dont les dossiers sont complets en termes d'informations.

Pourtant, force est de constater que les PME françaises sont fortement tributaires de leurs banques (Nakamura, 1999), leur chiffre d'affaires étant trop bas pour accéder au marché financier fait qu'elles rencontrent de grandes difficultés à légitimer leur valeur. L'asymétrie d'information, vecteur principal du rationnement du crédit, est l'une barrière qui appelle la frilosité des banques et des assureurs. L'asymétrie informationnelle conduit les banques à une mauvaise appréciation du risque car ne connaissant que partiellement les risques afférents aux prêts. Ce comportement passe par l'augmentation des primes de risque, des demandes de garanties supplémentaires, des surprimes, etc. L'asymétrie d'information est d'autant plus accrue qu'affilié au domaine bancaire qu'elle pousse à des comportements opportunistes. Les bailleurs de fonds sont réticents quand il s'agit de financer une entreprise qui n'a pas fait la preuve de sa solidité financière telle que la faiblesse ou absence en fonds propres ou bien que l'information soit limitée ou inexistante. Tous ces éléments constituent un frein à l'accès bancaire (Green & Shoven, 1983). Green & Shoven (1983) s'accordent à dire que les effets de la sélection adverse et du risque moral sont une explication de l'exclusion des petites entreprises du marché de financement. Milde et Riley (1988) approfondissent d'avantage le sujet de l'asymétrie d'information en affirmant que le volume du prêt demandé par l'emprunteur constitue un signal sur la qualité du demandeur mais de surcroît il permet d'évaluer le niveau de risque du projet. Les travaux centrés sur le financement des PME l'ont depuis longtemps montré, cette asymétrie est encore plus marquée lorsque la relation est entre une banque et une organisation de petite taille (Rivaud-Dansey, 1991,1996). L'asymétrie d'information entre les banques et les PME engendre une dépendance des petites entreprises vis-à-vis des banques. En effet, l'asymétrie d'information est l'un des problèmes majeurs et récurrents auxquelles sont confrontées les banques quant à leur relation avec les PME. Ce phénomène est à l'origine d'une anti-sélection et d'incitations contraires qui conduisent les banques à une mauvaise appréciation du risque que représentent les PME. D'une part, les établissements de crédit ne connaissent qu'imparfaitement les risques afférents aux prêts qu'il accorde, d'autre part, les entreprises quant à elles sont les seules capables d'évaluer parfaitement la probabilité de réussite de leur projet. Ce déséquilibre aboutit à un phénomène d'asymétrie d'information entre les deux structures provoquant ainsi une anti sélection de la part des banques (Lean et Tucker, 2001 ; Chérif, 1999). Cette anti sélection se traduit par une

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

hausse ostensible des taux d'intérêt servant à couvrir ainsi la probabilité de non recouvrement des créances.

La structure des PME est aussi problématique pour les banques, tout d'abord l'organisation informelle de ces dernières est souvent décriée, ensuite la communication que ce soit sur les documents comptables, les états financiers, les documents légaux constitue elle aussi un frein de taille. Il apparaît que quand bien même, les PME sont formelles et structurées, la communication reste toujours problématique. Sous l'effet de l'asymétrie d'information, les entreprises peuvent parfois taire une information ou au contraire donner une information erronée que ce soit pour échapper au taux d'intérêt trop élevé, des surprimes ou payer moins d'impôts, etc. Les banques ne sont bien entendues pas en mesure de prévenir les risques d'aléas moraux post contractuels. Il est intéressant de parler de la relation qu'entretiennent les banques et les PME car plus la relation est basée sur le long terme, plus il en résulte une relation de confiance entre les deux organisations. Dans le cas du court-termisme, la relation est basée sur une méfiance exacerbée et c'est ainsi qu'apparaît le rationnement du crédit car les banques ne disposent pas de l'information nécessaires pour encourir un risque pour une entreprise dont il ne connaît pas le passé. Pour réduire le rationnement du crédit, les banques sélectionnent, demandent plus de garantie et observent le comportement du client qui constitue un signal. Enfin, les PME disposent ni de la solidité financière nécessaire pour accéder au prêt, ni d'actifs financiers qui permettraient de rembourser les sommes empruntées. Toutes ces spécificités et ces difficultés sur la structure communicationnelle de la PME sont à l'origine de son rationnement (Lefilleur, 2009).

Section 2. Les approches de la déviance

Introduction de la section

« Toutes les sociétés fabriquent leurs exclus. La différence réside dans le sort qui leur est réservé ».

Xavier Emmanuelli, *Dernier avertissement avant la fin du monde*, 1995.

Ogien (1995) a écrit : « Tuer son voisin, renverser volontairement du chocolat fondu sur une moquette blanche au cours d'un repas, chahuter en classe, [...]commettre un hold up dans un bureau de poste, oublier de fêter l'anniversaire d'un proche, tricher dans une partie de dominos entre amis, s'adonner au commerce de stupéfiants ou se prostituer [...] » (p.5) sont toutes des actes constitutives de la déviance. Bien que ces écarts de conduite ne soient pas de gravité égale, ils constituent tous des actes de déviations et appellent à la sanction. La déviance n'existe que par la sanction qu'elle provoque (*ibid*, 1995). Pour qu'il y ait sanction, il faut tout d'abord qu'il existe une norme et que la norme soit transgressée et c'est la transgression de cette norme qui appelle la sanction. Ces normes peuvent recouvrir diverses formes, elles peuvent être formelles ou informelles et appellent des sanctions qui peuvent revêtir différentes formes allant de la simple réprimande à une peine de prison.

Cette section fera un état des lieux sur les fondements de la théorie de la déviance, puis axera la recherche sur la déviance organisationnelle qui sera vue comme une déviance à double visage, enfin nous verrons que la maladie est un stigmat qui appelle à la déviance. Le cadre de réflexion de la recherche sera présenté selon les différentes approches théoriques utilisées pour mener à bien ce travail doctoral.

1. La déviance ou la théorie de l'exclusion

La déviance ne se limite pas seulement aux délits et aux crimes, elle se base aussi sur le concept de la désignation ou de l'étiquetage qui conçoit qu'un acte n'est déviant que lorsqu'il est désigné comme transgressif. Les normes rythment les comportements des individus dans la société et dans leur quotidien : dans le cadre professionnelle, par exemple, elle permet aux salariés de ne pas dépasser les limites imposées par l'organisation et par voie de conséquence de les respecter. Les sanctions qu'entraînent l'irrespect des normes, sauf en cas de crimes et de délits, sont dissuasives s'accompagnant souvent d'un sentiment de culpabilité de celui qui

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

commet l'acte déviant. La théorie de la désignation défend la thèse qui soutient que la déviance ne définit pas un comportement mais qu'elle est la suite d'une interaction entre les individus qui transgressent et ceux qui réagissent par la sanction. Ainsi, le regard que portent les individus sur les personnes atteints d'un déficit physique ou mental est un acte de déviance qui stigmatise les personnes en situation d'handicap visible. Il ne s'agit plus d'infraction mais de stigmates qui définit ce que du point de vue globale des entrepreneurs de la morale considèrent comme anormal.

1.1 Définition de la déviance

La déviance est par excellence un acte de désobéissance. Une personne est dite déviant quand elle ne respecte pas les normes établies par la société dans laquelle elle évolue. Selon Cusson (1992, p.7), « *la déviance est l'ensemble des conduites et des états que les membres d'un groupe jugent non conformes à leurs attentes, à leurs normes ou à leurs valeurs et qui, de ce fait, risquent de susciter de leur part réprobation et sanctions.* » La déviance est représentatif d'un comportement qui selon les normes de la société dans lequel l'individu évolue n'est pas admise. Ce comportement remet en question des valeurs établies par la société et est sujet de réprobation qu'elle soit légale, sociale, religieuse, etc. La déviance est alors considérée comme une négation des valeurs, une rivale des règles sociales qui transgresse les normes établies de manière formelle ou informelle dans une société donnée à une époque donnée. Pour Gary Becker (1976) la déviance positionne le déviant dans une vision purement individualiste où il cherche un intérêt propre. Dans cette perspective, le déviant pense que la fin justifie les moyens. Il cherche d'abord son avantage et choisit les moyens selon le profit qu'il peut en retirer. Ainsi, le passage à l'acte est le résultat d'un calcul où l'intéressé prend en compte non seulement son avantage mais aussi les risques et les coûts qu'il aura à supporter en cas de défaillance de son projet.

A supposé que la déviance est un comportement qui transgresse les règles établies par la société, il faut cependant que soient réunies trois dimensions qui justifient la déviance. Ces dimensions sont l'existence d'une norme, la transgression de cette norme et un processus qui sanctionne cette transgression (Ogien, 1995). La déviance peut être choisie et volontaire ou alors subie et involontaire. La déviance est la résultante de comportements opportunistes où seul prévaut l'intérêt individuel. Becker, dans son livre *Les Outsiders*, définit « *la déviance comme le produit d'une transaction effectuée entre un groupe social et un individu qui, aux yeux du groupe, a transgressé une norme* » (Becker H.S, 1963, p.33). Ainsi Howard S.

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

Becker (1963) écrit que « *les groupes sociaux créent la déviance en édictant des règles dont l'infraction constitue la déviance et en appliquant ces règles à des individus qui sont étiquetés comme "outsiders".* » (Becker, 1963, p. 8).

On compte sept grands actes de déviance : les crimes et délits ; les abus de drogue ; les suicides ; les déviances sexuelles ; les déviances religieuses ; le handicap physique ; le handicap mental (Cusson, 1992). La maladie constituant une déviance, une mise à l'écart s'observe quand le normal et le pathologique se retrouve confronté. Ainsi Merton (1951) écrit « *En partant de faits tels que la syphilis, la tuberculose, la fièvre typhoïde, les cancers et les fractures, nous avons créé une classe appelée « maladie ». Tout d'abord, cette classe se composait seulement de quelques éléments qui avaient en commun un trait indiquant un état de désordre structural ou fonctionnel du corps humain en tant que machine physico-chimique. [...] puis avec un zèle croissant, les médecins, et en particulier les psychiatres, se sont mis à qualifier de « maladie » (c'est-à-dire bien sûr de « maladie mentale ») tout ce en quoi ils pouvaient détecter un signe de « dysfonctionnement » par rapport à n'importe quelle norme. Donc, l'agoraphobie est une maladie parce qu'on ne devrait pas craindre les espaces ouverts; l'homosexualité est une maladie parce que l'hétérosexualité est la norme sociale; le divorce est une maladie parce qu'il signe l'échec du mariage.* » (Szasz tiré de Becker, 1985, p. 30).

Le mensonge est également considéré comme une forme de déviance (Ogien, 1995). Le mensonge peut être défini comme une parole dite de façon délibérée afin de faire croire pour vrai ce que l'on sait être faux. En d'autre terme, c'est faire passer pour vrai un énoncé, un fait contraire à la vérité dans le but de tromper et/ou de dissimuler la vérité. Dans le cadre de la dissimulation, on parle souvent de mensonge par omission. Mentir est une forme de déviance car pour parvenir à un besoin non accessible, l'individu se substitue à la réalité et s'invente une réalité dont lui seul est maître. La société ne permettant pas d'atteindre ce besoin par les voies légales, l'individu peut user de mensonges pour faire croire à ce qu'il n'est pas. Même si certains mensonges sont légitimés et acceptés par la société d'autres sont pénalement réprimandés et peuvent donner lieu à des amendes ou à des peines de prisons. Ainsi, le non-respect d'un contrat, la fausse déclaration, le non-respect du devoir de conseil sont des mensonges qui peuvent être lourd de conséquences pour l'individu déviant. Il est averti des risques qu'il encourt quant à la fausse déclaration sur le questionnaire médical car dans tous les questionnaires médicaux sont annoncés et prévue les sanctions appliquées pour fausse déclaration, par exemple. Pour les conseillers financiers, « *la déviance n'a plus pour visée de*

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

causer des dommages ou la recherche de l'intérêt direct de l'individu. Elle cherche l'amélioration du fonctionnement de l'entreprise, la recherche de sa performance et le rejet de manières de travailler perçues comme inefficaces » (Honoré, 2006, p.69). D'ailleurs, Honoré (Honoré, 2000 et 2002) qui a mené une enquête auprès des chargés d'affaires bancaires de deux banques en analysant leurs comportements déclarent que le contexte de l'organisation détermine l'apparition de comportements de transgression des règles de la part des conseillers financiers.

1.2 Déviance : Normes, transgressions et sanctions

Toutes les sociétés produisent des normes sur lesquelles elles se reposent quand il s'agit d'émettre une sanction à un acte jugé comme déviantes. Ce ne sont pas seulement les actes criminels qui sont considérés comme déviants. Toutes les sociétés fixent des règles de savoir vivre ensemble, des règles de vie, des manières de faire et de penser et les mœurs qui sont acceptables ou non. Ces normes ne sont pas toujours des règles juridiques mais peuvent être des réactions non acceptées ou stigmatisées telles que les allusions, les réprimandes, les médisances, etc. Ces sanctions sont appelées par les sociologues des sanctions diffuses (Ogien, 1990). Les normes sont généralement des règles sociales formelles ou informelles qui régissent la société. Par règles formelles, on entend celles qui relèvent de textes de lois et pour lesquelles sont prévues des sanctions quand elles ne sont pas respectées. Les normes informelles quant à elles représentent les rapports aux autres du point de vue du regard qu'il porte sur la conduite du déviant. Cette norme n'est pas toujours connue de tous et s'applique seulement dans le cadre de coutumes, de traditions et de mœurs. Les conduites jugées inacceptables par une tierce peuvent être aussi bien de types délictueux que de types d'inconduites perçues comme anormales. La réponse sociale qu'elle entraîne peut aller du dénigrement jusqu'à la mise à l'écart (Ogien, 1995 ; Becker H.S, 1963). Ogien (1995) admet qu'il faut une norme pour qu'il y ait sanction mais qu'est-ce qu'une norme ? Wilson(1970) apporte un élément de réponse en reconnaissant qu'il existe deux aspects selon lesquels on peut voir toutes les croyances, les valeurs, les expériences qui façonnent un individu dans sa perception de la réalité et de la réaction qu'il a suite à la perception. Le premier aspect est un modèle normatif où les individus intègrent les valeurs que leurs imposent leur environnement naturel. Ces valeurs acquises au sein du groupe sociétal où les individus évoluent déterminent leurs comportements. L'abandon ou le rejet de ces normes, de ces valeurs a pour conséquence la mise en marge des personnes que ladite société juge comme déviants. Cette normativité est considérée comme une normativité cognitive faisant appel au bagage mental assimilé par

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

l'individu au sein de la société dans lequel il vit. Le deuxième paradigme est fondé sur l'interprétation que se fait l'individu de la réalité. Compte tenu des règles établies par la communauté sociale, l'individu a alors le choix entre obéir ou désobéir, transgresser ou respecter ces dites règles. C'est l'absorption des valeurs par l'individu qui sera déterminant lorsqu'il sera amené à faire un choix manichéen. Ce choix déterminera sa place dans son milieu soit en tant que personne respectueuse des valeurs que promulgue sa société ou soit comme un transgresseur, c'est-à-dire, un étranger.

La notion d'*étranger* fut d'abord introduite par Simmel en 1908 (Simmel in Grafmeyer Y., Joseph I. 1990 ; Rammstedt, 1994 ; Chaouite, 1997 ; Germain, 1997). Pour lui, *l'étranger* a aussi un double sens : il est vu par ceux du groupe comme un exclu, un nomade. Il fait figure de voyageur, de passager, de celui qui n'est pas intégré alors que la vision de *l'étranger* est autre que celui du groupe car il considère qu'il fait partie d'une communauté qui est différente de son agrégat d'origine. La position de *l'étranger* dans le groupe induit soit une réaction positive c'est-à-dire il l'intègre ou une réaction négative dans le cas où ce dernier l'exclut et le met de côté. Puis Becker H.S (1963) a repris la notion qu'il estime lui aussi possédant un double sens. Becker H. (1985) est l'un des auteurs clés de la sociologie de la déviance de la seconde école de Chicago. Il est notamment à l'origine de la notion d'*outsider* définie comme un étranger par un des membres d'un groupement. Ils le considèrent comme un étranger à leur monde, leurs normes, etc. Pour mettre en lumière cette notion Becker H. s'est appuyé sur la statistique ce qui lui permet de pointer du doigt l'existence d'un mal pathologique incriminé au déviant afin de fonder le jugement sur la personne à partir de l'acte. « *Or la déviance est moins l'attribut de l'acte commis que la conséquence de l'application d'un jugement de valeur par les membres du groupe social dominant, ce jugement étant assorti de sanctions adressées au transgresseur* » (Pesqueux, 2014, p.31).

8. Typologie du déviant selon Becker

	Obéissance à la norme	Transgression de la norme
Individu perçu comme déviant	Accusé à tort	Pleinement déviant
Individu non perçu comme déviant	Conforme	Secrètement déviant

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

En effet l'auteur explique que les personnes étiquetées comme des transgresseurs estiment que ceux qui les jugent sont étrangers à leur univers. Les toxicomanes qui ont servi au test empirique considèrent que l'usage de la marijuana ne constitue pas une déviance et ne font pas d'eux des outsiders mais pensent que ce sont les personnes qui les jugent qui ne comprennent pas leur mode de vie. « *Certains déviants enfin, dont les [...] toxicomanes sont de bons exemples, élaborent quant à eux une idéologie systématique expliquant pourquoi ils dans le vrai et pourquoi ceux qui les désapprouvent et les punissent ont tort* » (Becker, 1963, p.27).

Au-delà de sa définition première où la transgression qui se distingue comme un écart à la norme, à ce qui est conforme. La transgression est aussi une construction commune de plusieurs interférences entre une personne et des situations. Ainsi il est fait référence à l'escapisme pour mieux définir la transgression. Le dictionnaire Larousse (2014) « *désigne [l'escapisme comme] la décision de se soustraire à une société considérée comme illégitime, et pourtant trop forte pour qu'on lui résiste* ». Il peut prendre la forme d'un retrait personnel de l'individu dans la société ou alors celle de rejoindre un groupe qui affichent les mêmes principes que celui qui se soustrait à la société. La transgression se fonde aussi sur la figure du transgresseur qui remet en question les normes et les systèmes de valeurs auxquels la société veut qu'il se conforme. La transgression si l'on s'appuie sur son suffixe « -gression », suppose un recul, un mouvement qui empêche la progression, un écartement de la normativité. Quant à la norme, elle constitue une forme de contrôle social dont le fondement se trouve dans l'application des sanctions prévues pour les déviants (Pesqueux, 2014).

1.3 De la sociologie classique aux deux écoles de Chicago : Les vicissitudes de la théorie de la déviance

La notion de déviance a initialement été introduite par le sociologue Small (1891) à la fin du dix-neuvième siècle. À ses prémices ce concept faisait référence au climat social de l'époque, à Chicago : la paupérisation des populations immigrantes, les conflits sociaux et raciaux, la ghettoïsation, la prostitution et la délinquance ont permis de mettre en évidence cette forme de déviance interactionniste. Si la déviance interactionniste concernait les minorités ethniques, raciales et les marginaux, les structuro-fonctionnalistes (Parsons, 1951 ; Merton, 1959, 1965) quant à eux s'intéressent plus aux comportements liés à la criminalité. La question de la déviance s'est originellement intéressée aux comportements délictuels tels que le vol, le

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

vandalisme, les agressions, etc. (Kotter ,1973 ; Spector ,1975 et 1978 ; Fishbein et Azjen, 1975) mais les travaux sur la déviance ont rapidement évolué vers d'autres thématiques.

9. Les thématiques de la déviance (Adaptation tableau Lionel Honoré, 2006, p.3-4)	
Catégories d Déviances	Auteurs principaux
Anticitizenship	Youngblood and al. (1992)
Negative citizenship behaviour	Fisher & Locke (1992)
Concealing pertinent information	Reimann & Weiner (1988)
Anti-role behaviour	McLean Parks & Kidder (1994)
Negative creativity	Clark & James (1999)
Counterproductive workplace behaviour	Fox & Spector (1999)
Delinquency	Hogan & Hogan
Vandalism	DeMore & al. (1988)
Harassment	Bjorkqvist & al. (1994)
Sexual harassment	Gutek (1985)
Incivility	Anderson & Pearson (1999)
Maladaptation	Perlow & Lathan (1993)
Non-compliant behaviour	Puffer (1987)
Revenge	Bies &al. (1997); Stuckless & Goranson (1992)
Tyranny	Asforth (1994)
Violence	Kinney (1995); Kinney & Johnson (1993); Vandenbon & Bulatao (1996)
Stigmatization	Goffman (1975)
Organizational behavior	Honoré (2000; 2002; 2006)

La vision moderne de la théorie de la déviance où des individus sont déclarés comme marginaux prend appui sur les principes premiers de la sociologie classique. Durkheim, Simmel et Weber, les pères fondateurs de la sociologie, ont été les premiers à portés un regard sur leur société et à observer les représentations sociales et les formes de liens sociaux qui

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

unissent les individus. Bien que ces auteurs n'ont pas, au sens des auteurs des deux écoles de Chicago, menés des études empiriques, les points de vue qu'ils ont formulé ont servi de pistes pour l'étude des phénomènes d'exclusion. Les travaux de ces auteurs portent essentiellement sur la cohésion sociale. Ils posent les fondements de l'équilibre social arguant que l'union de conglomerats humains dépend de deux aspects : la nature du lien social (les rapports qui les unit) et la nature du lien morale (les représentations collectives qu'il partage).

Durkheim a étudié l'influence de la construction collective sur la nature du lien social en abordant les formes de solidarité qui mettent en connexion les hommes. Il a fait la démonstration que le lien social n'est cohérent que s'il est remplacé par des représentations collectives adéquates. Ainsi la thèse durkheimienne défend l'idée qui soutient que plus les représentations collectives sont fortes plus le lien social produit est fort alors que lorsque le contraire se produit le lien social s'en trouve désunit. Les représentations collectives sont, dans la pensée de l'auteur, fortement liées aux notions de densité morale et d'anomie. La densité morale désigne une forte cohérence des représentations collectives quant à la notion d'anomie elle correspond à une désagrégation des systèmes de valeurs, un relâchement du lien social.

L'approche Simmelienne, elle, considère que plus grande est la concentration de la population dans la « cité » plus petite est la densité morale, c'est-à-dire, qu'une masse importante de personnes dans un lieu commun fait naître des distances mentales. L'individualisme l'emporte sur la culture collective. Simmel, en somme, opère une déconstruction du lien social du point de vue relationnel. Il met en évidence un nouveau facteur qui permet aux acteurs de cohabiter ensemble dans le même milieu.

Max Weber (1971) affirme que tout agrégat humain est soumis à la domination d'une oligarchie. Ces personnes occupent les postes à responsabilité et créent les normes, les règles, les lois auxquelles elles soumettent l'ensemble du groupe. L'ordre social établi par ces oligarques n'est qu'un seul but : les maintenir au pouvoir. Les normes au sens de Weber est la représentation des personnes dont le groupe a donné la légitimité d'agir. Weber pose ainsi la lutte qui existe dans toute société opposant une multitude de légitimités (Ogien, 1995). Weber propose une approche compréhensive de la sociologie qui repose sur l'analyse des activités sociales. Son *laïus* se déroule autour de la réciprocité des perspectives comme définie par Talcott Parsons (1973).

10. Les représentations collectives et les formes du lien social (Xiberras, 1993, p.76)

Substrat		Communauté	Société	Humanité
Auteurs				
Durkheim	Représentations collectives	Conscience collective	Conscience individuelle	Morale universelle
	Lien social	Solidarité mécanique	Solidarité organique	-
Simmel	Représentations collectives	Similitude singulière	Similitude spécifique	Morale universelle Similitude générale
	Lien social	Proximité	Cosmopolitisme	-
Weber	Représentations collectives	Légitimité traditionnelle	Légitimité légale-rationnelle	Esprit du capitalisme
	Lien social	sujets	Citoyens	-

À l'instar des exemples simmelien et durkheimien, l'auteur ne se contente pas seulement prendre en compte le poids des structures sociales mais il s'attache à présenter comment les acteurs y cohabitent et s'y organisent. Weber accorde une grande importance à la compréhension des intentions, des intérêts, du sens de l'activité. *« Il s'agit de montrer le sens visé subjectif lié par l'acteur à son activité, pour élaborer par comparaison, lorsque c'est possible, un sens visé et qui pourrait donner un sens typique ou significatif à cette action »* (Xiberras, 1993). Weber porte un intérêt particulier au lieu politique et à ce qui lie les agents à

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

l'autorité qui les soumet. Il y montre comment la représentation sociale dans son entier peut-être gérer grâce à un même modèle de représentation collectives. Ainsi Weber admet que chaque groupement humain est dominé par une petite oligarchie qui impose leur loi et qui occupent les postes importants. L'ordre mis en place par ce groupuscule servira leurs intérêts dont le principal est leur maintien au pouvoir. C'est pourquoi l'auteur oppose à travers les époques les régimes de légitimité auxquelles les personnes se sont soumises (Ogien, 1995).

C'est sous la direction du sociologue Small (1891) que naît la première école de Chicago (la théorie de l'écologie humaine) et le premier département de sociologie de Chicago. Le sociologue restera à sa direction jusqu'en 1924 et créera aussi l'*American Journal of Sociology*. La sociologie au sens de Small se doit d'être centrée sur la vie sociale de la ville de Chicago qui à cette époque était fortement marqué par une forte immigration européenne. C'est de cette observation que va naître la sociologie de la déviance. La première école s'attache à étudier les relations interethniques et la délinquance dans les grandes villes aux États-Unis. Celles-ci apparaissent alors comme une sorte de laboratoire social grandeur nature qui permet d'étudier les nombreuses transformations des milieux urbains. Chicago est l'une des villes où se pose la question de la violence car elle accueille de nombreux immigrants étrangers ainsi que des migrants du sud des États-Unis. Les représentants de cette première école sont notamment William I. Thomas et Robert E. Park. L'école de Chicago repose sur le problème de la densité morale dans les grandes villes industrielles. Elle pose le postulat que l'effritement des valeurs morales conduisent à la l'effritement social qui est ainsi responsable de la mise à l'écart du milieu. Ces violences trouvent leur origine dans les malaises sociaux sous-jacents qui opposent les populations. Cet afflux massif d'étranger et les tensions qu'elles créent divisent les quartiers en quartiers raciaux. Ces violences servent aux sociologues de la première école de Chicago « *de laboratoire de recherches naturelles, [où] ils tentent d'explorer et de vérifier les hypothèses élaborées par les pères fondateurs de leur discipline* » (Xiberras, 1993, p. 81). Les sociologues de la première école de Chicago s'inspirent alors des violences sociales qui touchent Chicago entre 1886 et 1919 pour étudier les relations de voisinage et définir les relations organiques qui s'installent entre ces populations, surtout dans les ghettos, les quartiers exclus. Park (1952) considère les aires urbaines comme un ensemble d'individus dotés d'un état d'esprit. La ville a une morphologie physique, elle possède une conscience collective qui se forme de manière naturelle. Pour cela, Park base ces recherches sur les découvertes empiriques de Spengler (1948) qui défend l'idée que la ville et les communautés qui l'habitent possèdent une conscience collective basée sur une histoire, une organisation,

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

une morale commune qui rassemble les populations. Cette interaction permet à tous de s'adapter l'un à l'autre. C'est ce que Park appelle l'écologie humaine. L'écologie humaine est l'étude des relations spatio-temporelles des êtres humains, affectés par des facteurs de sélection (Xiberras, 1993). La notion d'écologie urbaine fait référence à l'étude des sociétés urbaines tout en prenant en compte l'environnement qui s'y rapporte. Les chercheurs de la première école de Chicago se sont entrepris de trouver des similarités, de produire des lois qui apportent une explication à la répartition territoriale des habitants ainsi qu'au processus d'adaptation mis en œuvre par ces derniers. La ville est soumise à des « *processus naturels* » (ibid, 1993, p.83) où des forces et des facteurs s'entremêlent dans le but de créer des groupes. « *Ces facteurs tendent à constituer des constellations par convergence, ce sont donc des forces d'organisation* » (ibid., 1993, p.84). L'auteure reconnaît que toutefois que les forces et les facteurs ne forment pas toujours un tout ordonné mais peuvent être désorganisé dès que la ville arrive à saturation.

La seconde école de Chicago ou l'interactionnisme symbolique voit le jour dans les années 60. Ce courant de la déviance s'intéresse de près à la coexistence des individus entre eux. Les théories interactionnistes apportent de nouveaux éléments tant sur la théorie de la déviance mais la figure du transgresseur. Elles vont à l'opposé des premières études qui basées sur la criminologie prenaient en compte que le statut social, l'origine et la personnalité du transgresseur. Les chercheurs interactionnistes à l'intérieur des chercheurs de l'écologie urbaine prennent en considération l'ensemble des relations sociales qui poussent les acteurs vers la déviance. La déviance, selon les interactionnistes se voit de deux manières. En effet, il tient compte du point de vue de ceux qui émettent le jugement, de ceux qui estiment qu'il y a eu transgression selon leurs valeurs, leurs moralité, etc et le regard de ceux qui sont étiquetés comme déviants, ces derniers aussi développent un point de vue en se demandant pourquoi ils sont stigmatisés. Ainsi l'équation définie par la première école de Chicago est renversée : « *pour les interactionnistes, la déviance n'est donc jamais inhérente aux individus, mais construites peu à peu, au cours d'activités nombreuses et enchevêtrées, par des agents multiples, aux approches différentes voire antagonistes* » (ibid, 1993, p.96).

La seconde école de Chicago est grandement portée par des chercheurs tels que H.S Becker, Goffman, Mead, Hugues et bien d'autres. Becker, le plus connu est à l'origine de la notion de d'outsiders, étiquetage associé aux transgresseurs par ce que ce que l'auteur appelle les entrepreneurs de la morale. Il remet en question la question de normes universelles respectées par tous un chacun. Il reconnaît que cela est impossible puisque chaque individu appartient à

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

plusieurs groupes dont les normes peuvent aller à l'encontre de celui d'un autre groupe qu'il fréquente. En somme, en dehors des lois qui se doivent d'être respectées de tous, l'auteur nous apprend que tous les humains sont des transgresseurs ; ce qui est valable dans un groupe ne l'est pas forcément dans l'autre. L'auteur dans son livre *Outsiders* (1985) défend deux prémisses. Premièrement, il soutient que des groupes sociaux établissent des normes et la déviance est le fruit dont la transgression est la constituante. Secondement, il maintient que la nature déviante d'un acte ou non est le résultat du regard ou plus précisément de l'étiquetage qui est attribué au transgresseur mais à la réaction que l'action commise engendre. La transgression n'est donc plus la simple équation normes, transgressions, sanctions mais elle prend en compte l'individu dans l'ensemble de ses interrelations avec les autres. Pour montrer ces résultats l'auteur s'est appuyé sur un processus de recherche expérimental qui rompt avec la première école de Chicago en observant un groupe de fumeur de marijuana et un groupe de musicien du fait de sa passion pour la musique. Il tient compte des changements dans le temps dans l'attitude de celui qui dévie; « *en réalité toutes les causes n'agissent pas au même moment : Il nous faut donc un modèle qui prenne en compte le fait que les modes de comportements se développent selon une séquence ordonnée* » (Becker, 1985, p.46).

Enfin, nous terminons par l'anomie dont Durkheim et Merton sont les principaux défenseurs. L'anomie caractérise une société déstructurée, désorganisée où les normes qui assurent le fonctionnement de la vie des humains sont désintégrées. La notion d'anomie est apparue pour la première fois dans le livre *Le Suicide* (1897) de Durkheim, il y fait référence au suicide anémique qui survient à la suite d'un défaut normatif. Ainsi, toutes les règles, lois et normes censées garantir le bon fonctionnement sociétal sont flouées et les individus en leurs absences ne sont pas encadrés par des règles concrètes. Ils sont confrontés à un sentiment de "mal de l'infini" où tout se révèle réalisable alors que la réalité est autre. Le sociologue attribue à la notion la définition suivante : « *L'anomie est donc, dans nos sociétés modernes, un facteur régulier et spécifique des suicides ; elle est une des sources auxquelles s'alimente le contingent annuel. [...] [Le suicide anémique] diffère en ce qu'il dépend, non de la manière dont les individus sont attachés à la société, mais de la façon dont elle les régit* » (Durkheim, 2007, p.288). De la sorte, le concept anémique en tant que processus d'exclusion achève la désintégration de l'ordre social par la mort des individus. Le suicide anémique est un ce sens la mort des valeurs sociales qui aboutit à la mort individuelle puis à celle de la collectivité (Xiberras, 1993.p.72). Merton, quant à lui, admet que l'anomie est la suite d'un déséquilibre entre les fins et moyens. En effet, pour atteindre les buts fixés par la société, les

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

souhaits, les espérances, les envies, les individus préfèrent transgresser les normes qui sont sur leurs parcours pour parvenir à leurs fins. Pour l'auteur, l'anomie est une dissociation entre les objectifs et l'accès à ces derniers. La dissociation est l'origine d'une marginalisation de l'individu surtout lorsque la relation entre les moyens et les fins se débilite.

Pour conclure, nous pouvons dire que l'anomie correspond à l'insuffisance normative et à perte des valeurs de la société qui face à cette désorganisation se désagrège. Le concept anomique est, en somme, l'incapacité des structures sociales mise en place de répondre aux besoins d'une ou plusieurs catégories de personnes. Dans ce cas figure, on constate ces personnes vont emprunter des chemins détournés pour répondre aux défis imposés par la société. L'anomie est la désignation d'une déviance ou d'une scission sociale. Ce sont les groupes stigmatisés ou défavorisés qui sont le plus touchés par l'anomie car la société exige les individus à accéder à des résultats de plus en plus inatteignables augmentant ainsi la pression et poussant à dévier des normes établies. Subséquemment, l'anomie est un collapsus de gouvernabilité faute de contrôlabilité sur les problématiques d'aliénation des personnes et/ou des sous-cultures.

2. La déviance organisationnelle : une transgression à double visage

Madoff, Enron, Médiator, Kerviel sont des affaires de fraudes qui ont toutes pour dénominateur commun : la déviance organisationnelle. Le cas du français Jérôme Kerviel, qui a défrayé la chronique en 2008 en fait un parfait exemple. En effet, le trader est accusé de la perte d'environ 5 milliards d'euros à la défaveur de la banque Société Générale. L'affaire du trader Jérôme Kerviel est intéressante à bien des égards dans l'étude de la déviance organisationnelle. Elle nous donne la possibilité d'observer les dysfonctionnements organisationnels qui amènent à la déviance. Elle nous amène à nous interroger sur les rôles que jouent les différents acteurs de l'organisation. D'ores et déjà on peut se demander d'une part comment les normes de régulations imposées par les structures sont formulées et contrôlées par la direction et d'autre part comment les exécutant la respectent. Les exemples précités montrent que les acteurs de l'organisation transgressent les règles établies, on peut s'interroger sur les raisons qui les poussent à y déroger.

2.1 Approches des comportements déviants au sein de l'organisation

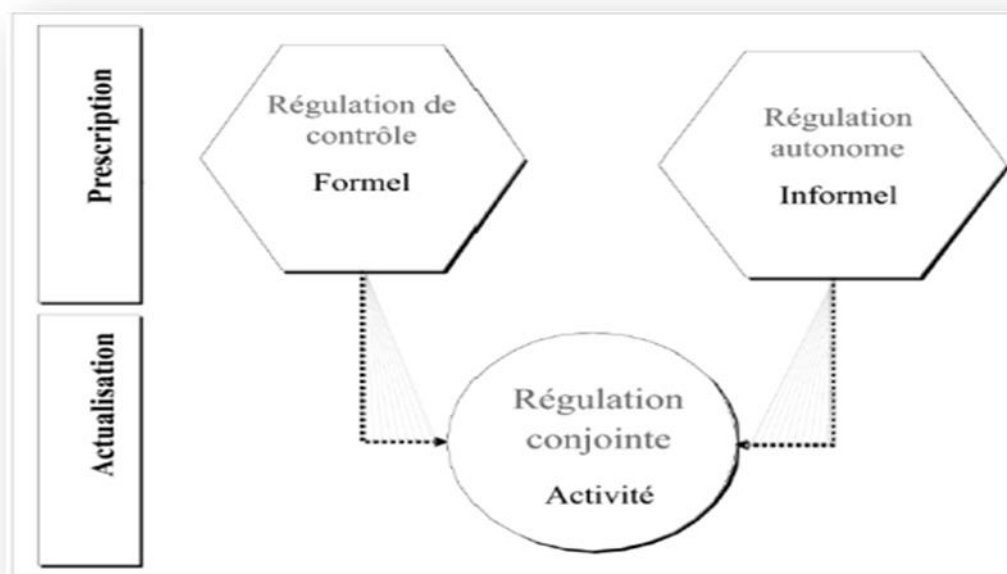
M. Foucault a écrit : *« Nous sommes entrés dans un type de société où le pouvoir de la loi est en train non pas de régresser, mais de s'intégrer à un pouvoir beaucoup plus général : celui de la norme. Ce qui implique un système de surveillance, de contrôle tout autre. Une visibilité incessante, une classification permanente des individus, une hiérarchisation, une qualification, l'établissement des limites, une mise en diagnostic. La norme devient le partage des individus »* (Foucault, 2001, p.74-79). Jérôme Kerviel (2010) dans son livre *« L'engrenage : mémoires d'un trader »* apporte des éléments de réponses. Il y explique que dans le milieu de la finance, les traders sont poussés à donner le maximum de leurs personnes, travaillent entre 12 et 15 heures par jour pour avoir des résultats rapides et efficaces, sont soumis à de fortes pressions mentales sinon ils sont sanctionnés par la direction ou tout simplement remerciés après des années de services. Face à une direction distante où seul compte les résultats, le trader écrit qu'il est facile de perdre pied. Avant que son affaire éclate un collègue ne supportant pas la pression à laquelle il était soumis a mis fin à ses jours. Jérôme Kerviel met en lumière, les dysfonctionnements de l'organisation qui certes a des règles de conduites pour tous ces employés mais qui pourtant ferment les yeux sur les déviances de ces derniers en pratiquant la politique du « pas vu, pas pris ». L'auteur Emmanuel William (2008) dans *« Trader : l'affaire Kerviel ou la folie du système financier »* qui a recueilli les propos du trader reconnaît que le milieu de la finance est un milieu opaque où personne n'a la maîtrise de ce qui se passe, c'est le milieu de tous les possibles. En effet, il existe des règles formelles et informelles, explicites et implicites et qui sont souvent antithétiques au sein de l'organisation. La transgression, en ce sens traduit un moyen de défense des agents contre les normes d'une part et contre les dirigeants d'autre part qui appliquent des règles qui ne correspondent pas à la réalité du terrain (Reynaud, 1995). La déviance constitue aussi une forme de zèle qui se fait au profit du salarié qui en augmentant ses résultats accroît sa productivité.

Les organisations pour réguler le bon déroulement du travail de leurs agents érigent des règles afin que chacun sache qu'elles sont les limites à ne pas franchir pour ne pas être sanctionnées. Au sein de l'organisation, les normes prennent la forme de nombreuses catégories de règles : il existe les règles de contrôle clairement établies et supposées respectées de tous au sein de l'organisation, et il existe aussi des règles dites autonomes qui à l'instar des règles de contrôle sont des règles inexprimées qui s'installent avec le temps et la

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

pratique. Ces normes ont pour but de réguler le comportement des employés et de standardiser les pratiques qui permettent d'aboutir aux résultats fixés par les dirigeants. La régulation peut se faire par la surveillance ou le contrôle ou elle peut être autonome. Dans le premier cas, la régulation se fait du manager vers le salarié, dans le deuxième cas elle sous forme de *reporting*, du salarié vers le manager. Toutefois peut se poser le problème des injonctions paradoxales c'est-à-dire qu'il existe un fossé entre ce qui doit se faire et ce qui se fait réellement (Reynaud, 1989 ; 1995).

5. Schéma de la régulation conjointe, compromis entre les régulations de contrôle et autonome



(Babeau & Chanlat, 2008, p. 208)

Gori et Del Volgo (2009) reconnaissent à leur tour que la vie des individus est régie par des par normes réglementaires qui ne fait pas effet de loi mais dont la présence servent à standardiser le comportement des personnes. Pour les auteurs « *Il s'agit plutôt d'un dispositif de capture du vivant qui modèle, fabrique et traque l'humain dans les filets de la normalisation d'un réseau de « tyranneaux » où s'exerce moins le pouvoir d'un seul que la servitude de tous* » (p.12). Ces règlements selon les auteurs ont pour but d'asservir et d'aliéner les individus tant dans le cadre professionnel que personnel. Loin de se faire brutalement comme dans les régimes autoritaires, De Tocqueville (*in* Gori et Del Volgo, 1981) affirme que dans les régimes démocratiques l'asservissement se fait en douceur et cause une destruction des personnes sans les torturer. Ces pratiques plus courantes dans les petites affaires que dans les grandes affaires se font tous les jours mais n'a pas d'incidences notables

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

si ce n'est qu'elle constitue une contrariété qui prend possession de l'individu et l'encourage à faire fi de sa volonté. Selon Tocqueville (*ibid*) toujours, elle lobotomise l'esprit et tourmente l'âme. Ces directives et règlements faits pour régenter le comportement de hommes « *disséminé dans de multiples dispositifs réticulaires et capillaires, le nouveau Maître anonyme impose à l'humain de se transformer en ressources pour faire fructifier le capital en ingurgitant de nouvelles règles de conduite, une nouvelle langue et de nouvelles valeurs* » (Gori & Del Volgo, p.12). Agamben (2006) considère comme dispositif tout ce qui « *a d'une manière ou d'une autre la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants* » (*ibid*, p.14). Pour atteindre ce résultat normatif où les personnes s'y soumettent volontairement, la hiérarchie les évalue sans cesse. L'évaluation sur les performances des individus et des résultats qu'ils sont capables de fournir dans le cadre de leur travail est considérée par ces auteurs comme une servitude des hommes au nom de la production.

Toutefois Babeau et Chanlat (2008) déplorent que la transgression soit une dimension oubliée au sein de l'organisation. Souvent ignorée (Peretti, 2002) ou considérée comme un défaut à supprimer (Ivancevich et al., 1989), la transgression est pourtant selon eux un atout. Les auteurs dès le début de l'article estiment que la répartition des tâches et du pouvoir au sein de l'organisation sont décalées. L'activité des acteurs dans la réalité est altérée conformément aux prescriptions formelles et la tâche effective. La fiche de poste et le travail réellement accomplis ne concordent pas toujours. La transgression au-delà de sa définition première est une vue comme une « *pathologie organisationnelle, un défaut à corriger au plus vite* » (Chanlat et Babeau, 2008, p.202). Pourtant, les auteurs pensent que les actes transgressifs sont bénéfiques au sein de l'organisation car elles permettent d'aboutir à un compromis entre l'organisation et les acteurs qui ont des intérêts opposés. La déviance organisationnelle au sens de Chanlat et Babeau (2008) n'est pas toujours le signe d'un dysfonctionnement auquel il faille mettre fin mais sa présence joue un rôle important dans la mesure où elle permet d'apporter des améliorations dans la marche de l'organisation. Elle agit comme une force négociatrice en cas de conflit. Pareillement, les auteurs mettent en évidence que l'organisation est un lieu de lutte stratégique où les acteurs choisissent de respecter ou de transgresser les normes. Déroger aux normes établies est une façon pour l'exécutant d'installer sa légitimité et de faire comprendre que la négociation est au point mort ce qui aura pour effet de faire évoluer la norme. Violier la règle c'est alors reconnaître qu'elle est faillible et qu'elle mérite d'être revue et corrigée pour arriver à la construction d'une nouvelle légitimité. L'existence

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

des contraintes développées par Morin (1990) a poussé Castoriadis (1974) à soutenir la thèse qu'aucune entreprise n'est viable si les règles ne sont pas enfreintes. À ce titre les règles qu'impose l'organisation rentrent dans la stratégie des acteurs quand bien même les normes de cette dernière sont faites pour limiter la liberté des personnes qui y travaillent. La transgression de ces dernières constitue une forme de tricherie qu'adopte les acteurs et ce malgré les limitations réglementaires que l'organisation prescrit. Ce comportement induit une incertitude au profit des acteurs qui y trouvent là une brèche pour imposer leurs intérêts. Pour rappel, Reynaud, 1995, p.208) définit la légitimité comme « *un état du processus de constitution ou d'effritement d'un système social* ».

La triche est une transgression des normes puisque celui qui y fait usage ne le fait qu'à son bénéfice propre. Cependant, la triche, il convient de le dire, fait plus appel à l'éthique car celui qui triche traduit du fait de son comportement une méconduite; elle est responsable du passage du « *spectateur impartial* » à la « *main invisible* » (Smith, 1998) main qui ne transforme pas les défauts cachés en valeurs communes. La transgression est donc de fait une limite et un interdit, en somme la coexistence entre ce qui est autorisé et ce qui est défendu (Pesqueux, 2014). Elle n'est possible qu'en présence d'un créneau qui permette la transgression. La démarche de dissimilitude sont les fondements de perspectives de la désobéissance compte tenu « *des logiques de récompenses (au nom de la conformité) et de sanction (au nom de la transgression perçue comme de la triche)* » (ibid, 2014, p.28). Elle est le résultat d'une compétition ; c'est là qu'intervient la triche car c'est elle qui permet de remporter la victoire sur les autres. La triche est, par excellence au centre de l'organisation : le but du jeu pour l'agent c'est d'agir sans se faire attraper. Elle nécessite de la stratégie car il faut contourner les règles établies par l'organisation. C'est pour cela que la triche est considérée comme une déviance mais plus encore comme une déviance mensongère. Pour réussir, les agents sont amenés à faire appel au mensonge, comportement que l'éthique condamne. Il convient de dire que la triche ne se fait que s'il y a un profit à la faveur du tricheur auquel cas, cela ne serait d'aucun avantage de prendre des risques. Non seulement la triche fait appel à la stratégie mais elle fait aussi appel à l'innovation mais toutefois elle demeure imprécise dans son fonctionnement car il existe toujours une faille sur laquelle le tricheur n'a aucune maîtrise. Pour Pesqueux (ibid) « *La triche se matérialise donc par une manœuvre consciente qui relève du détournement et du parasitisme, les deux logiques consistant à capter à son profit des modalités orientées vers des fin d'un autre ordre* » (ibid, 2014, p.30).

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

Pour Frédy-Planchot (2002) la norme joue un double rôle : elle est contrainte et outil de manipulation. En effet, c'est une contrainte qui limite la marche de manœuvre et qui permet de ne pas désobéir aux règles, désobéissance ou plutôt indiscipline que décrit Honoré (1999) dans sa thèse mais une fois appréhendée elle peut être instrumentalisée pour servir les intérêts des acteurs. Moscovici (dans Chanlat et Babeau, 1979) écrit à cet égard que « *la déviance n'est pas un simple accident qui arrive à l'organisation sociale – bref une manifestation de pathologie sociale, individuelle – c'est aussi un produit de cette organisation, le signe d'une antinomie qui la crée et qu'elle crée* » (p.203). Vardi et Wiener (1996, p.151), quant à eux, mettent en exergue la valeur d'intention qu'abordent les différents pôles de la déviance. Ils y distinguent le pôle « S » (*benefit of the self*) où la transgression est à la faveur de l'agent organisationnel, le pôle « O » (*benefit the organization*) c'est-à-dire que la déviance est au profit de l'organisation et enfin le pôle « D » (*damage the organization*) où la déviance n'a pour but que la détérioration des biens appartenant à l'organisation. Les deux auteurs s'accordent pour dire que les mauvais comportements et les actions faites dans le but de nuire l'organisation sont contreproductifs. Robinson et Bennett (1995) apportent, à leur tour, dans le cadre de leurs travaux sur les comportements au travail, une nouvelle vision de la déviance au travail. En effet pour les auteurs, les agents de l'organisation adoptent volontairement des attitudes qui sont à l'opposée des règles établies par l'organisation. Ces comportements atrophient le fonctionnement de l'organisation mais ils ont aussi une incidence sur les autres salariés et l'économie que pourrait réaliser la société. Honoré (2006) s'est aussi intéressé à la déviance organisationnelle dans le milieu bancaire où il explique que la transgression n'est faite que dans le but de permettre à l'agent de réaliser des profits pour l'organisation. Il ne dévie pas les règles pour nuire l'organisation mais dans le dessein de réaliser des bénéfices pour cette dernière. Le comportement de l'acteur est toutefois opportuniste dans la mesure où cet écart normatif améliore l'efficacité de l'agent au sein de l'organisation. L'auteur a également réalisé un recensement des travaux menés sur le thème de la déviance au travail, il observe qu'aux prémices ces recherches prêtaient une attention particulière sur le comportement caractériel de l'employé pour évoluer vers la compréhension des raisons qui poussent un salarié à adopter une attitude transgressive.

La recherche sur la théorie de la déviance organisationnelle et les comportements antisociaux au travail connaissent depuis ces dernières années une forte amplitude. En effet, la déviance n'est plus reléguée à sa définition première, elle est appliquée à des domaines divers et variés.

11. Définition de la déviance au travail selon Robinson et Greenberg, (1998, p.4)

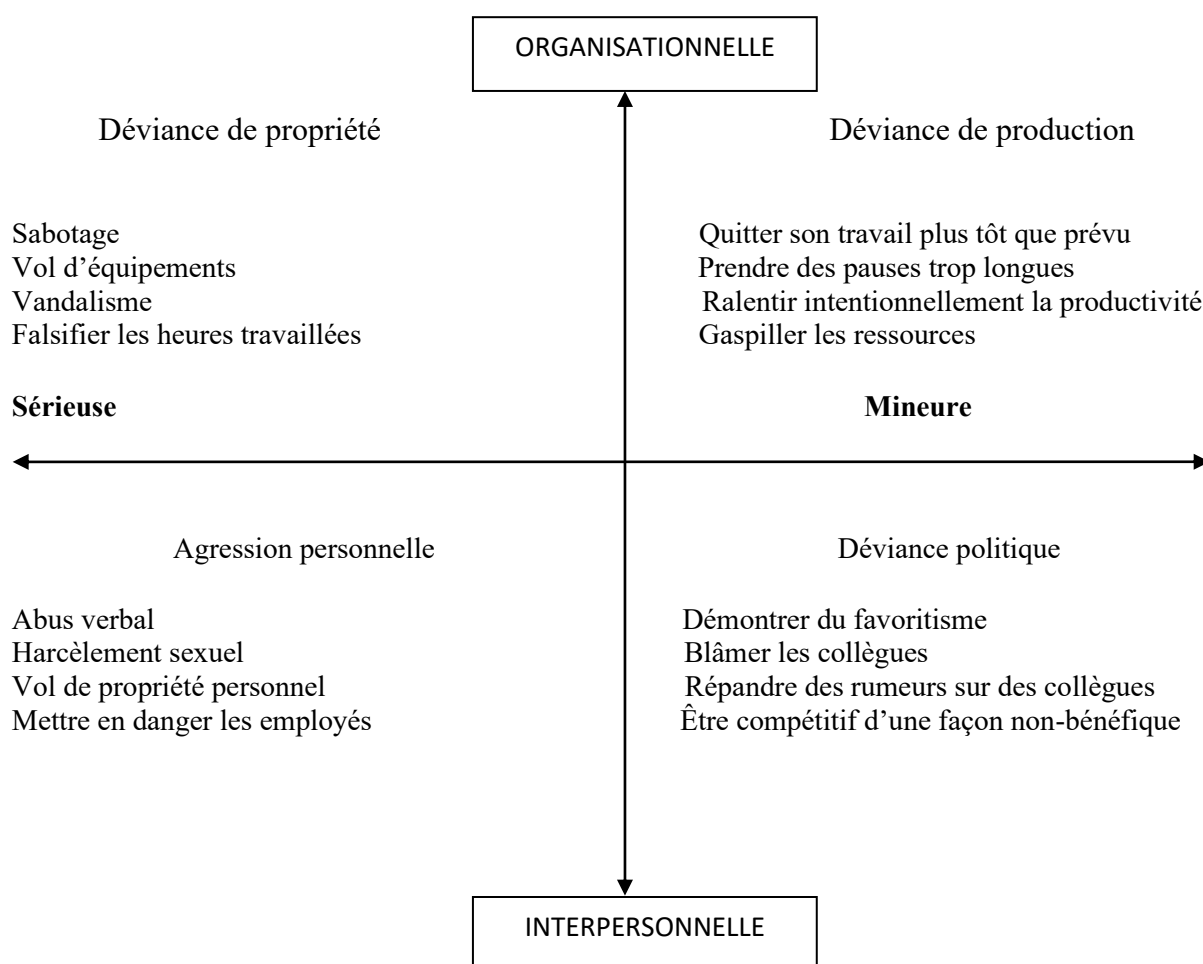
Concept/Fondement	Auteur	Définition
Comportement antisocial	Giacalone et Greenberg (1997)	Comportement qui nuit ou pourrait causer du mal à l'organisation, à ses employés ou ses partenaires économique-sociaux
Déviance au travail	Robinson et Benett (1997)	Comportement volontaire d'un membre de l'organisation qui viole les normes organisationnelles significative et qui en le faisant menace le bien-être de l'organisation et/ou ses membres
Vice Organisationnel	Moberg (1997)	Acte de trahison envers la communauté individuelle ou un membre de manière individuelle
Mauvaise conduite organisationnelle	Vardi et Wiener (1996)	Toutes actions intentionnelles réalisées par les agents de l'organisation dans le but de violer les normes et/ ou le noyau organisationnel
Agression au travail	Baron et Neuman(1996) Folger et Baron (1996)	Toutes formes de comportements adoptés par les individus dans le but de nuire les employés qu'ils soient anciens ou toujours en postes
Agression motive par l'organisation	O'Leary-Kelly, Griffin et Glew (1996)	Comportement destructif ou tentative nuisible par un membre de l'intérieur ou de l'extérieur. de l'organisation. Ces comportements sont incités par certains facteurs du contexte organisationnel.
Comportement de revanche organisationnel	Skarlicki et Folger (1997)	Réaction négative des employés face à une injustice faite par l'employeur
Comportement non conforme	Puffer (1987)	Comportement non inclus dans la tâche et qui à une implication négation négative pour l'organisation.

Dans le cadre de la déviance organisationnelle, des auteurs précurseurs tels que Clark et Hollinger (1983) et Robinson et Benett (1995) ont établi des classifications comportementales qui définissent une hiérarchie transgressive des normes. Ces auteurs dressent le tableau des différentes déviantes auxquelles l'organisation est confrontée. Clark et Hollinger (1983) estiment qu'au sein de l'organisation, il existe deux types de déviances : « *des actes d'employés qui s'en prennent à la propriété de l'organisation ou qui violent les standards de*

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

production » (p. 9). La déviance de propriété fait référence à la destruction des biens matériels de l'entreprise tandis que la déviance de production est la transgression des normes de régulation mis en place par l'organisation. Ce comportement a pour but de s'aborder le travail de l'agent tant sur la qualité que sur la quantité. « *Les déviations de propriété et de production sont deux catégories homogènes et exhaustives qui permettent de classer de façon objective les actes visant l'organisation [...]* Par ailleurs, les deux déviations ne semblent pas exclusives l'une de l'autre puisque certains actes peuvent atteindre tant la production que la propriété de l'organisation » (Rioux et al., 2005, p. 71). Robinson et Benett (1995) complètent la pensée de Clark et Hollinger en incorporant la déviance interpersonnelle.

**Figure VII: Typologie des comportements déviants au travail
(Robinson et Benett, 1995, p.73)**



Selon les auteurs, l'inter-personnalité met en lumière des traits de caractère personnelle là où la déviance organisationnelle trouverait son explication dans les situations nées des conditions normatives arbitraires imposées au sein de l'organisation. L'agression personnelle et la déviance politique sont issues des recherches des auteurs. L'agression personnelle est liée aux

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

comportements inamicaux à l'encontre des personnes quand la déviance politique est la résultante d'un contact social sclérosé qui est à la défaveur des individus (Rioux et al, 2005).

L'incomplétude de la littérature serait totale si la notion d'éthique n'était pas abordée dans le cadre de ce travail. En effet, on ne peut pas parler de déviance sans traiter la question de l'éthique dans l'organisation. Courrent (2000 ; 2003) en a fait son cheval de bataille en considérant le sujet. Il affirme « *Si l'éthique de gestion est l'application à la sphère professionnelle d'une certaine conception du Bien et du Mal, l'éthique d'une entreprise regroupe un ensemble de principes, de valeurs et de croyances destinés à diriger la conduite de ses collaborateurs* » (Courrent et al., 2000, p.4). L'éthique est souvent liée avec la culture d'entreprise. Elle permet de camper les valeurs, les principes, les normes, et les différentes règles auxquels l'entreprise adhère. Elle statue les comportements des individus au sein de l'organisation mais plus encore il régit les relations avec les partenaires externes ainsi comme l'écrivent Courrent & Mercier (2000) l'éthique « *se présente comme un outil de régulation* » (p.4). Dans l'organisation, l'éthique se présente sous la forme d'un document avec un ensemble de règles à respecter ou à suivre pour la bonne marche de l'entreprise. Elle constitue aussi un guide où chacun peut s'y référer pour connaître quel comportement adopter et en cas de défaillance, elle permet d'y renvoyer le déviant à sa responsabilité. Si la formalisation éthique est en soit une protection partagée, pour l'entreprise et les parties prenantes, elle donne une visibilité positive de l'entreprise et de sa culture. Cependant, il convient d'appuyer sur le fait que cette pratique est plus présente dans les grandes entreprises, les petites entreprises n'ayant pas les moyens d'élaborer une telle charte fonctionnant plus avec des règles éthiques informelles et implicites.

Si le déviant ou le tricheur ne s'intéressent qu'à leurs profits, le sens éthique représente le rapport à autrui et le sens moral. Il permet de refréner les appétences narcissiques des individus et de les pousser à s'intéresser aux besoins des autres (Courrent, *ibid*). Il s'agit ici de concilier ses intérêts en respectant celui des autres. En somme pour reprendre l'adage populaire, on pourrait résumer ainsi l'éthique : *ne fais pas aux autres ce que tu n'aimerais pas qu'on te fasse*. Pour que le respect puisse être une partie constituante de l'entreprise, des codes de déontologies et des chartes d'éthiques sont mises en places pour éviter ou du moins résorber les stratégies de déviances qui peuvent être mise en place. Cependant, la mise en place de charte éthique n'empêche pas pour autant certains individus à chercher que leurs profits car ils détiennent un pouvoir qui leur donne un avantage sur l'autre.

2.2 La maladie du stigmatisme aux stigmatisés

« Il y a le stigmatisme d'infamie, tel la fleur de lys gravée au fer rouge sur l'épaule des galériens. Il y a les stigmates sacrés qui frappent les mystiques. Il y a les stigmates que laissent la maladie ou l'accident [...] » (Goffman, 1975). Dans son livre *Stigmatisme* (1975), Goffman s'intéresse à la vie des stigmatisés particulièrement à leur inclusion sociale ainsi qu'à leur survie. Les stigmates autrefois s'identifiaient souvent à des scarifications ou s'associaient souvent à une personne dont la morale était considérée comme déviante. Goffman, quant à lui, apporte une nouvelle vision de la notion de stigmatisme, il admet l'idée que la société fait usage d'outils dont le seul but est de diviser les individus selon leurs particularités. En effet, les relations avec nos pairs sont basées sur les spécificités communes que nous possédons. L'individu par instinct fuit ce qui diffère de lui et des normes qu'il a acquises au sein de son groupe de provenance. Ainsi, il est fortement probable qu'une personne soit identifiée comme « anormale », donc stigmatisée si elle ne correspond pas à la référence cognitive d'un groupe donné. Dans cette acception, Goffman affirme qu'« un stigma représente un certain type de relation entre [l'attribut et le stéréotype. ...]. Par définition, nous pensons qu'une personne ayant un stigmatisme n'est pas tout à fait humaine. Partant de ce postulat, nous pratiquons toutes sortes de discriminations, par lesquelles nous réduisons efficacement, même si c'est souvent inconsciemment, les chances de cette personne. Afin d'expliquer son infériorité et de justifier qu'elle représente un danger, nous bâtissons une théorie, une idéologie du stigmatisme, qui sert aussi parfois à rationaliser une animosité fondée sur d'autres différences [...] » (Goffman, 1975, p. 15). La stigmatisation compendieusement correspond à un étiquetage formulé par le groupe social majoritaire sur les anathématisés. Ce sont les normes, qu'elles soient formelles ou informelles, qui permettent l'apposition de ces étiquettes. Cependant, l'auteur admet que la notion de stigmatisation n'est pas aussi réductrice que la dualité de deux catégories de personnes qui sont en perpétuelle confrontation mais c'est le résultat d'interrelations hybrides. Cette relation co-existentielle croisée donne lieu à des insatisfactions normatives qui ont une influence sur la rencontre (Dion, 2011).

Des sociologues tels que Merton, Parsons, Goffman ou Durkheim ont modélisé une forme de déviance basée sur la santé des individus. Ces notions sociologiques pour la plupart empruntées à la médecine proposent un nouveau regard sur la société. Ces sociologues s'enquièrent de savoir s'il existe des transformations qui tendent à diminuer ainsi les chances de survie des individus et à réduire l'équilibre de ces derniers. Dès lors, ces processus sont considérés comme une forme de déviance et les personnes atteintes de maladies rencontrent

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

dans les catégories des personnes déviantes car ils sont à l'origine d'une désorganisation sociale. Une distinction est alors faite entre une société dite fonctionnelle et celle dysfonctionnelle, c'est-à-dire, l'une favorise la stabilité tandis que l'autre serait en rupture avec elle. D'ailleurs Goffman (1975), le père du concept de la stigmatisation a écrit : « [...]il n'existe en Amérique qu'un seul homme achevé et qui n'ait pas à rougir : le jeune père de famille, marié, blanc, citadin, nordique, hétérosexuel, protestant, diplômé d'université, employé à plein temps, en bonne santé, d'un bon poids, d'une taille suffisante et pratiquant un sport[...] » (Goffman, 1975, p. 151). Autrement dit en dehors de ces critères, tous les autres individus sont considérés comme des stigmatisés, des exclus. Ainsi selon Goffman (1975) tous les individus appartiennent à des catégories sociales c'est ce qu'il appelle l'identité sociale toutefois, il nuance ses propos en admettant que certains parmi ces individus ne peuvent être classés parce qu'ils sont porteurs d'un handicap qui les rend déficitaire à ce titre on les classe dans la catégorie des stigmatisés. La stigmatisation longtemps décrite comme un désordre physique ou moral est défini par l'auteur comme un lien entre « *un attribut et un stéréotype social* » (Xiberras, 1993, p. 113). Un double regard se pose sur la personne stigmatisée : le regard de la société et le regard du stigmatisé. Le handicap dissimulable ne peut sujet à discrédit tandis l'infirmité qui ne peut être caché le sera (Rogel, 1997). Trois catégories de stigmates ont été répertoriées par Goffman : Tout d'abord, il identifie, les stigmates qui touchent le corps tels que les handicaps, les malformations et les défauts physiques. Dans ce groupe, on compte aussi bien les handicaps visibles que ceux qui sont invisibles (exemple : un aveugle / une personne atteinte d'une tumeur au cerveau). Puis, on dénote, les stigmates qui touchent la personnalité ou le passé des personnes (un déséquilibré mental/ un alcoolique/un sans emploi). Enfin, les stigmates liés à la religion et/ou à la culture. Ces stigmates ont pour points communs celui de se transmettre de génération en génération (Dion, 2011 ; Rogel, 1997).

La définition la plus connue de la déviance est l'écart de la norme, la mise au marge de la société néanmoins selon Goffman (1975), la déviance revêt aussi la forme de la stigmatisation c'est-à-dire le rejet de ceux qui sont discrédités ou discréditables. Les « discrédités » sont ceux qui portent un handicap visibles qui ne peut être dissimilé et les « discréditables » ce sont les stigmates invisibles dont seul le partage de l'information permet de le découvrir. Ce deuxième groupe tend à avoir un contrôle sur l'information tandis que l'autre ne peut que subir le regard de l'autre (Rogel, 1997). Murphy (1990) atteinte d'une tumeur qui a entraîné une dégénération progressive s'est aussi inspiré des travaux de Goffman pour procéder à un

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

examen interne de sa propre infirmité. L'auteur reconnaît que les stigmates corporels ne font pas l'objet d'une action encore moins de la volonté du stigmatisés mais c'est une forme de discrimination. La perception du stigmate focaliser l'attention des personnes. C'est de là que naît les stéréotypes que développent autrui face à le handicap des personnes qu'il a en face de lui. Il y explique que son handicap le positionne en situation d'infériorité, ils sont présentés comme des non- personnes. Les propos peuvent cependant être nuancé si le stigmatisé décide de partager son secret ce qui apportera un changement dans le regard des autres. C'est ce que l'on appelle l'« identité personnelle » qui par opposition à l'« identité sociale » fait référence aux différents rôles que l'on tient dans la société. En effet, le stigmatisé se voit partager entre trois identité : l'identité sociale générée par le handicap, l'identité personnelle qui est le contrôle de l'information et finalement l'identité pour soi c'est-à-dire le regard personnel que le stigmatisé porte sur sa déviance. L'état d'handicap de l'individu surpasse tous les autres rôles sociaux puisque c'est son stigmate que le définit et non par sa nature humaine. Il apparaît aussi que la situation d'handicap s'accompagne d'un fort sentiment de honte, de culpabilité. Le stigmate corporel, surtout dans le cas de l'invalidité, est vécu comme un châtiment, comme un crime commis face à aux critiques de la société. Ce sentiment est d'autant plus fort que la société promeut une image mirifique et sexualisée du corps ce qui aggrave la perception dévalorisante des personnes malades.

Par ailleurs, il convient de dire que les personnes dites « normales » sont malaisées quant à l'attitude à tenir face aux personnes touchées par un stigmate. Si dans une première approche, elles développent de l'empathie face à la situation des stigmatisées, il n'en demeure pas moins que la stabilité de la relation entre ces deux groupes repose sur l'invalidité. Murphy, à ce titre, décrit « *les trois règles pour faire «un bon malade* » : *ne pas se plaindre et être un malade « héroïque* » ; *ne pas trop déroger aux règles de la vie courante en fonction de la gravité perçue de la maladie* ; *se faire soigner et tout faire pour guérir* » (Murphy in Rogel, 1997, p.56). Ce comportement des personnes « normales » poussent les invalides à dissimuler leurs infirmités. Ces dispositions peuvent être conscientes ou inconscientes, devenir une routine, s'adapter à quelques circonstances ou bien au contraire prendre totalement le contrôle de la vie entière. Selon Murphy (1990), l'infirme ne peut être classé c'est ce qui le définit et fait sa spécificité. En effet, il n'est pas intégré dans l'univers des normaux, il est considéré comme pathologique car sa santé est défaillante. Néanmoins, dépendant du stigmate porté, ils ne sont pas considérés comme des malades puisque la maladie est généralement ressentie comme un état provisoire, ils ne sont pas non plus le statut de mort pourtant ils sont exclus du monde des

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

vivants : il est en état de «suspension sociale [...] Dans le cas des handicapés, le corps n'est plus une hypothèse informulée, il est un problème qui trouble l'ensemble des relations avec le monde et donc la constitution du «moi» du handicapé. « Il manque à l'amputé davantage qu'un membre : il lui manque un de ses liens conceptuels avec le monde, une ancre de son existence même.» (Murphy, 1990, p.142). Le malade n'a pas de prise sur son corps qui le trahit, le cancer par exemple devient son ennemi intérieur, le corps du stigmatisé s'épuise et s'altère sous le poids des traitements. Il n'a plus de prise sur sa vie sociale puisqu'il est arrêté maladie ce qui constitue une exclusion sociale et il n'a pas non plus d'emprise sur le temps qu'il ne maîtrise pas et qui se dissout dans celui de l'hôpital.

2.3 Cadre de réflexion de la recherche selon l'approche théorique

Cette sous-section a pour but de présenter le cadre de réflexion de la recherche selon l'approche théorique suivant l'état de l'art mené, le contexte de la recherche et les différentes questions de recherches que nous avons posées au préambule de ce travail doctoral. Nous avons constaté que la santé occupe une place prépondérante dans le cadre de l'accès au crédit bancaire. Il est clairement démontré que l'absence de problèmes de santé permet une acceptation du dossier de crédit plus facilement tandis que les problèmes de santé alourdissent les formalités administratives, sont chronophages et sont coûteuses pour la personne cherchant à se bancariser. Il convient de dire que la mauvaise santé augmente les frais bancaires, les assureurs ajoutent des surprimes, excluent tout ou partie des zones touchées par la maladie positionnant les malades dans une situation inconfortable. Certaines maladies ne sont pas assurables, c'est donc pourquoi le législateur a été saisi dans les années 1990 afin de proposer une solution qui permettrait aux personnes malades d'accéder au crédit. C'est à partir de là qu'est née la convention AERAS qui est l'assurance de dernière chance. Cependant, la convention ne fait pas effet de loi.

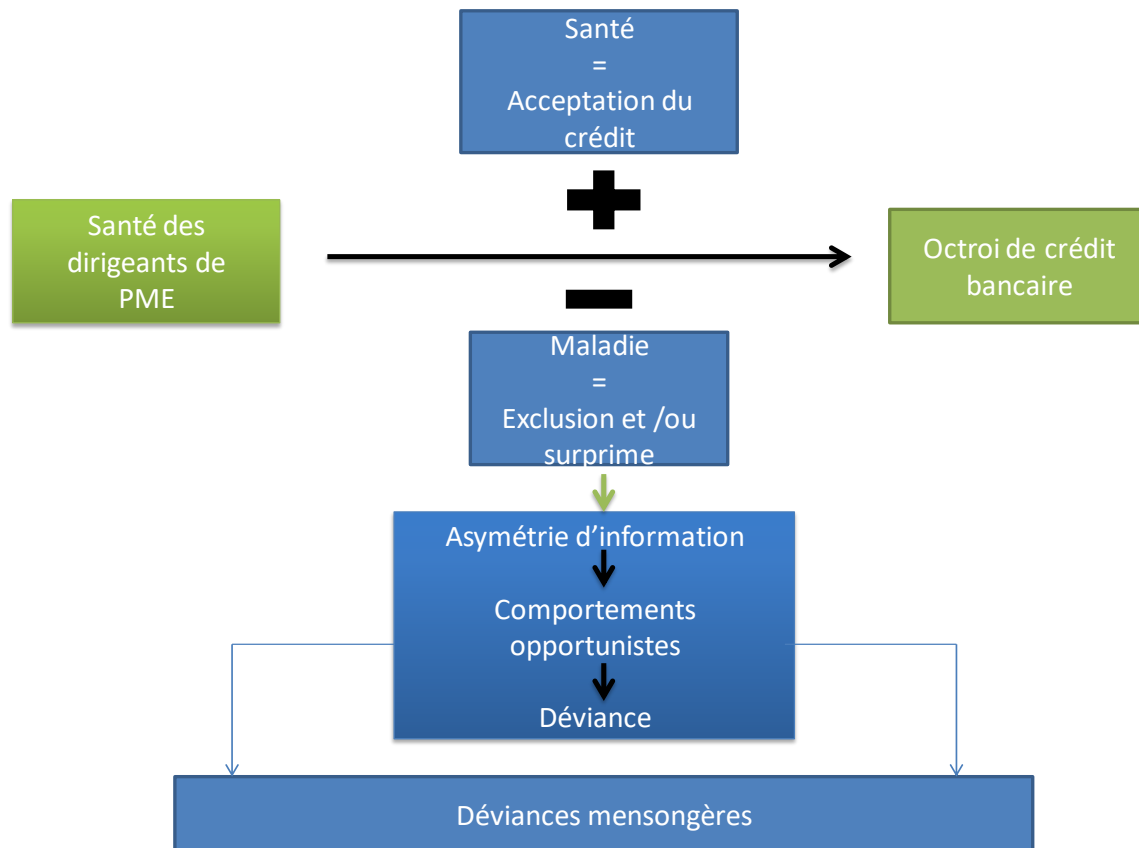
La santé comme facteur de risque pousse les individus à adopter des comportements opportunistes dont le premier est la rétention d'information, ils ne fournissent pas tous les éléments nécessaires au conseiller financier qui dans le domaine de la santé marche dans une zone aveugle faute d'accès au dossier médical. Omettre la vérité ou simplement mentir est parfois le choix que choisissent certains dirigeants afin qu'un prêt puisse leur être accordé car dire la vérité et ne pas avoir le prêt dans le cadre d'une entreprise pourrait avoir des retentissements négatifs. La santé est un sujet délicat car les données médicales sont confidentielles et difficiles à obtenir ainsi pour éviter les mensonges de mauvaise foi, les

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

assureurs ont mis en place des outils de sélection dont le questionnaire médical mais aussi la visite chez le médecin conseil en cas de doute ou selon les croisements des données actuarielles. Si l'asymétrie d'information donne lieu à des comportements opportunistes, les comportements opportunistes eux sont responsables des comportements déviants des souscripteurs. En effet, la déviance se définissant comme un écart de la norme, on peut considérer qu'à partir du moment où le signataire du contrat omet ou ment dans son propre intérêt, il transgresse la norme. Dans le cadre du questionnaire de santé rappelons-le, il est formellement interdit de faire une fausse déclaration sous peine d'être sanctionné par une peine de prison et une amende. Donc à partir du moment où l'individu tente une action qui ne respecte pas la norme, il devient un transgresseur. D'ailleurs, la revue de la littérature montre qu'il existe différents types de déviations qui peuvent pousser à adopter un comportement transgressif. La plus connue est la notion d'outsiders mis en lumière par Becker (1985), puis vient les différentes approches de la déviance organisationnelle, ces formes de déviations ont des origines diverses qui induisent des mauvais comportements de la part des salariés au sein de l'organisation. Elle peut aussi être liée à l'anomie selon Durkheim et Merton ou à la stigmatisation développée par Goffman (1975). Notre travail fait appel à toutes ces notions car elles permettent d'approfondir notre réflexion.

Figure VII. Cadre conceptuel de la recherche

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME



La figure ci-dessus représente le cadre conceptuel de la recherche. Elle soutient que l'état de « bonne santé permet d'accéder au crédit bancaire tandis que la maladie ajoute des difficultés à surmonter. La présence de maladies pousse les individus à faire de la rétention d'information dans le but d'obtenir le prêt. Ce déséquilibre informationnel est à l'origine de comportement opportuniste qui induit une déviance comportementale. Cette déviance est de nature mensongère. Il bon de souligner que dans le cadre de notre recherche que le comportement opportuniste ou déviant n'est pas l'apanage du dirigeant seul. Toutes les parties prenantes réalisent, assureurs et banquiers, un profit dans le cadre de cet échange. Cet opportunisme et cette déviance comportementale forment un cercle vicieux car chacun des partenaires exercent une rétention d'information et déviance mensongère car leurs intérêts sont divergents. Cette partie du travail sera développée dans le chapitre 4.

Conclusion chapitre II

Ce chapitre a pour intérêt de présenter les différentes théories sur lesquelles nous appuierons notre recherche. Dans la première section, nous avons développé la théorie de l'asymétrie d'information. Nous avons abordé les différents concepts qui la composent au travers des divers travaux qui ont mis en lumière le déséquilibre informationnel, l'aléa moral et le rationnement sur le crédit. L'asymétrie informationnelle est, dans le cadre de notre travail, le talon d'Achille des assureurs car dans un premier temps, ils n'ont pas les moyens de combattre efficacement les comportements opportunistes où l'assuré tient à garder l'information pour lui. L'opportunisme est aussi visible dans l'aléa moral car les assureurs et les banquiers ne peuvent avoir un contrôle sur le comportement ex-post des signataires du contrat. La seconde section présente la théorie de la déviance. Nous avons vu les approches de cette théorie et nous nous sommes particulièrement attardés sur la compréhension de la norme, de la déviance organisationnelle et enfin, de la stigmatisation. Les deux théories ont été appréhendées pour appuyer notre réflexion dans le cadre de ce travail de recherche et asseoir notre réponse quant à la problématique.

Conclusion Partie I

La première partie de ce travail est composée de deux chapitres. Dans le premier chapitre, divisé en deux sections, nous avons présenté le contexte de la recherche à savoir les difficultés que rencontrent les PME françaises pour se financer. Au-delà de la question de financement, il nous est apparu nécessaire de présenter les spécificités des PME françaises car ces sont ces différentes caractéristiques qui freinent sont accès au financement bancaire. En effet, la bancarisation des PME est un chemin parsemé d'embûches. Après présentation des freins qui bloquent l'accès des petites et moyennes entreprises, nous nous sommes interrogés sur la question de la santé et de l'assurance emprunteur dans le cadre de l'accès au crédit bancaire. La question de la santé dans l'octroi de crédit est une question récurrente car elle représente un risque pour les banques qui savent qu'en cas de défaillance de santé, les paiements des traites représenteront une problématique. Pour pourvoir pallier ce risque, les banques invitent les prêteurs à s'assurer contre les risques d'invalidité, d'incapacité et de décès. Cette assurance sert de protection si le risque venait à se réaliser. Nous avons aussi cherché à comprendre qu'elles sont les problèmes auxquels les dirigeants malades sont confrontés quand il 's'agit de faire appel aux prêts bancaires et qu'elles sont les dispositions qui existent pour ces derniers. Enfin, nous avons défini le concept de la santé, présenté ses déterminants afin de mieux appréhender la notion. Nous nous sommes aussi intéressés à la sélection médicale qu'applique l'assurance emprunteur et tenté de comprendre son incidence sur l'accès aux crédits pour les dirigeants.

Le chapitre deux lui aussi divisé en deux sections met en lumière le cadre conceptuel. Pour asseoir nous réflexion nous avons fait appel aux théories de la déviance et de l'asymétrie d'information. Nous avons fait un état des lieux des travaux qui ont été utilisés pour nous aider à apporter des réponses à notre problématique. La théorie de l'asymétrie d'information responsable de comportements opportunistes et la théorie de la déviance à qui on peut imputer des comportements déviants tels que le mensonge, la stigmatisation, la déviance organisationnelle ont toutes les deux été choisies car elles mettent en évidence que la dimension santé dans l'accès poussent tous les parties prenantes, c'est-à-dire, les banques, les entreprises et les assureurs à adopter, chacun dans leur intérêt propre, des opportunistes qui conduisent vers des déviances mensongères et des stratégies de triches et de faux-semblant. Le stigmate que les normaux appliquent aux pathologiques, l'handicapée, l'infirme, le malade est en partie responsable de ce comportement de dissimulation.

Compte tenu de notre position épistémologique et de la démarche selon laquelle nous avons choisi de nous inscrire de présenter la littérature en premier lieu.

PARTIE II

Méthodologie et résultats

Introduction de la deuxième partie

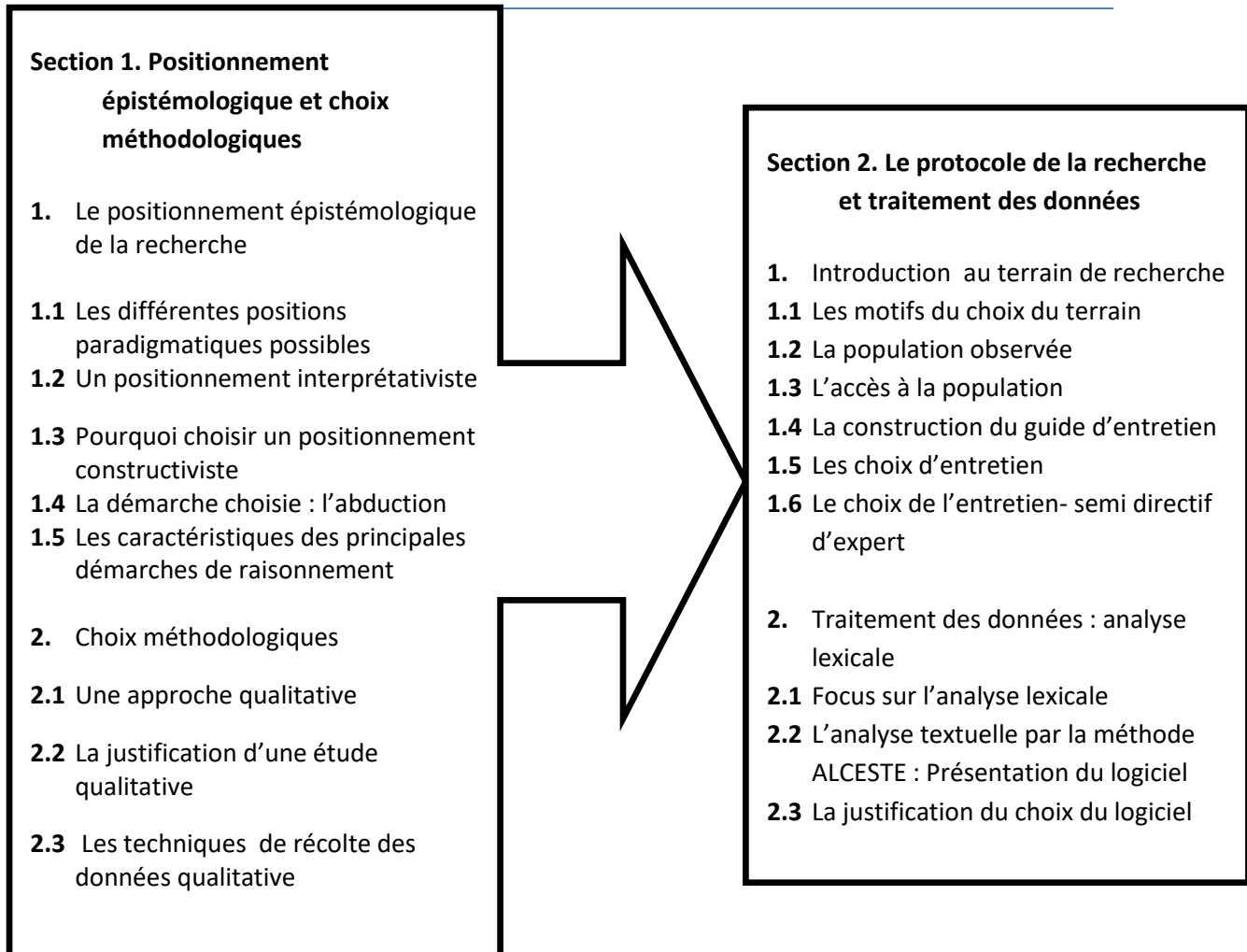
La première partie de ce travail a permis de non seulement de poser notre problématique qui quel est le rôle et la place de la santé dans l'octroi de crédit aux PME mais elle a aussi permis de faire un état des lieux des théories qui sont adéquates pour répondre à notre problématique et aux questions de recherche qu'elle suscite. Les théories de l'asymétrie d'information et de la déviance ont été choisies pour montrer en quoi la santé est une dimension importante dans la relation banque-entreprise-assurance. Cette triangulation, comme il est mis en exergue dans cette partie, met à mal les intérêts des parties prenantes qui génèrent entre elles des asymétries informationnelles. Ces asymétries sont à l'origine de comportements opportunistes et ces comportements sont à l'origine de déviances dans l'organisation.

La deuxième partie est divisée en deux chapitres : les chapitres 3 et 4. Le chapitre 3 présente le positionnement épistémologique et les choix méthodologiques (section 1), puis le protocole de collecte et d'analyse des données (section 2).

Le quatrième chapitre présente les résultats de l'étude empirique en premier lieu, puis une confrontation des résultats et des différents concepts et théories étudiés.

Chapitre III

Choix épistémologiques et méthodologiques



Introduction au chapitre 3

Girod-Sévile et al. (2003) rappellent que : « *Tout travail de recherche repose sur une certaine vision du monde, utilise une méthodologie, propose des résultats visant à prédire,*

prescrire, comprendre ou expliquer. Une explication de ces présupposés épistémologiques permet de contrôler la démarche de recherche, d'accroître la validité de la connaissance qui en est issue et de lui conférer un caractère cumulable » (p.13). Ainsi, le chapitre 3 a pour but de présenter les choix épistémologiques et méthodologiques sélectionnés. Ces choix permettront de répondre à notre problématique de départ qui est : quel est le rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME. Elle permet aussi de mieux appréhender l'objet de recherche que sont les PME et de mieux comprendre leurs fonctionnements, leurs avantages, leurs inconvénients et les problématiques que posent d'une part, la carence de financement et, d'autre part, l'impact de la prise en considération du facteur santé sur les crédits au Petites et Moyennes Entreprises.

La section 1 est relative au positionnement épistémologique et méthodologique. Elle fait état du choix épistémologique, de la démarche choisie ; elle explique notre choix de recherche et les types d'entretiens que nous avons menés.

Enfin, la seconde section est, quant à elle, consacrée au mode de collecte des données mise en place pour mener à bien l'étude empirique. Elle considère la population choisie pour adhérer à la recherche, comment cette population a été sélectionnée et interrogée et la méthode d'analyse des entretiens.

Section 1. Positionnement épistémologique et choix méthodologiques

Introduction de la section

La démarche scientifique suppose que le chercheur adopte un positionnement épistémologique qui reflète l'objet de sa recherche, de sa vision et de tous les autres paramètres qu'il doit y intégrer tels que la vision des acteurs, le sens qu'ils accordent à la réalité, leurs représentations, etc. La recherche scientifique ayant pour but la compréhension, la description et la prédiction de phénomènes, le chercheur pour apporter une réponse doit pouvoir organiser sa recherche autour du positionnement épistémologique qu'il aura choisi pour légitimer son étude. Martinet estime que le positionnement épistémologique doit servir de fil conducteur au chercheur dans le but de lui donner, au sens de Savall et Zardet (1997), une confiance sur la qualité dans sa démarche de recherche (Foliard, 2008). La position épistémologique du chercheur est représentative de la réflexion mais aussi de ce que le chercheur cherche à montrer.

Cette section pose les fondements épistémologiques et méthodologiques sur lesquels repose cette recherche doctorale. Thiéart (2007) considère que toute recherche drastique suppose un positionnement épistémologique dans le but de valider la pertinence de la dite recherche.

1. Positionnement épistémologique de la recherche

« Toute recherche reflète une position épistémologique que cette dernière soit affichée et revendiquée ou non par son auteur » (Mbengue et al., 1999, p.2). Au sens de Thiéart (2007) tout travail de recherche se base sur une représentation, une manière de comprendre le monde selon le chercheur qui mène la recherche. Le travail est le fruit, bien entendu, de l'observation d'un phénomène mais elle nécessite la mise en place d'une méthode pour donner du sens aux faits observés. Ilama (2013) souligne que l'usage du positionnement épistémologique a suscité pendant longtemps de nombreux débats comme en témoigne des auteurs tels que Thiéart (1999), Igalens et Roussel (1998), Le Moigne (1993), Martinet (1990), Girin (1986), entre autres. Bernard (2004) observe qu'aux prémices des sciences de gestion, dans les années 70, le positionnement positiviste avait la préférence des chercheurs.

Dumez (2010) écrit d'ailleurs *« On ne demande pas à un chercheur qui utilise des techniques économétriques pour faire de l'analyse financière de préciser sa « posture épistémologique »*.

Chapitre III : Choix épistémologiques et méthodologiques

Un chercheur qui pratique l'étude de cas s'y sent contraint » (p.3). Bien que ces débats se soient atténués, tout travail scientifique doit en tenir compte car le positionnement du chercheur est porteur de sens et de représentations.

1.1 Les différents positionnements paradigmatiques

Kuhn (1983), le père fondateur de l'épistémologie considère que la science ne provient pas d'un développement accumulatif et d'inventions créées par les individus, mais qu'elle est évolutive et fait l'objet d'une remise en question continue par les chercheurs. Gauthier, quant à lui, estime que le positionnement épistémologique est un « *ensemble de règles implicites ou explicites orientant la recherche scientifique, pour un certain temps, en fournissant, sur la base des connaissances universellement reconnues, des façons de poser les problèmes, d'effectuer les recherches et de trouver de solutions* » (Gauthier 1990 p. 521 in Bertacchini, 2009, p.31). Depuis Kuhn, la pensée épistémologique a beaucoup évolué allant du rationalisme au constructivisme. De ces courants n'en demeurent que trois qui sont utilisés dans les recherches : les courants positiviste, interprétativiste et constructiviste. Ces trois positionnements apportent une vision singulière sur la connaissance au chercheur.

12. Les courants épistémologiques (Bertacchini, 2009, p.47)

DESCRIPTION DU COURANT	TENDANCE PEDAGOGIQUE
Rationalisme (17ème siècle) Toute connaissance valide provient essentiellement de l'usage de la raison.	Insister sur l'importance de la rationalisation au détriment de l'expérimentation.
Empirisme (18e siècle) Toute connaissance valide provient essentiellement de l'expérience.	Insister sur l'importance de l'expérimentation au détriment de la rationalisation.
Positivisme (19e siècle) La science progresse en se fondant sur des faits mesurés dont elle extrait des modèles par un raisonnement inductif rigoureux. Tout ce qui	Reconnaître l'importance complémentaire de l'expérimentation et de la rationalisation en insistant sur la démarche scientifique qui fait

n'est pas directement mesurable n'existe pas.		progresser la science.
Constructivisme (20 e siècle)		Insister sur le caractère arbitraire ou
Les connaissances scientifiques (observations et modèles) sont des constructions subjectives qui ne nous apprennent rien de la réalité.		subjectif des modèles scientifiques en encourageant l'élève à construire ses connaissances.
Réalisme (20e siècle)		Insister sur la différence entre les
Les modèles scientifiques sont des constructions destinées à prédire certains aspects d'une réalité objective qui existe indépendamment de l'observateur.		modèles, qui sont construits par les scientifiques, et la réalité, qui existe indépendamment des modèles. Les modèles sont des approximations successives de la réalité.

Source : Martin Riopel, Épistémologie et enseignement des sciences, Université de Montréal

Le paradigme épistémologique le plus couramment utilisé est la posture positiviste, conception selon laquelle le chercheur et son sujet de recherche sont extérieurs aux faits étudiés. Auguste Comte (1844) l'instigateur de cette vision pense que la réalité est basée sur des faits objectifs, des faits rationnels, des faits qui sont mesurables et indépendants de la pensée du chercheur. La science, selon Comte est « *le fait de l'observation de la réalité et non sur des connaissances à priori* » (Bertacchini, 2009, p.34). Le positivisme repose sur un raisonnement hypothético-déductif (Thiétart, 2007) ; le paradigme positiviste n'a pour finalité l'exploration mais la vérification des faits.

13. Regard sur les trois grandes approches épistémologiques (d'après Allard-Poesi et Maréchal, 2007)

	Approche positiviste	Approche interprétative	Approche constructiviste
Vision de la réalité	Ontologie du réel	Phénoménologie du réel	
Relation sujet/objet	indépendance	Interaction	

Chapitre III : Choix épistémologiques et méthodologiques

Objectif de la recherche	Découvrir la réalité	Comprendre les significations que les gens attachent à la réalité sociale, leurs motivations et leurs intentions	Construire une représentation instrumentale et / ou un outil de gestion utile pour l'action
Validité de la connaissance	Cohérence avec les faits	Cohérence avec l'expérience du sujet	Utilité/convenance par rapport à un projet
Origine de la connaissance	Observation de la réalité	Empathie	Construction
Nature de l'objet de recherche	Interrogation des faits	Développement d'une compréhension de l'intérieur d'un phénomène	Développement d'un projet de connaissance
Origine de l'objet de recherche	Identification d'insuffisances théoriques pour expliquer ou prédire la réalité	Immersion dans le phénomène étudié	Volonté de transformer la connaissance proposée en élaborant de nouvelles réponses

Les constructivistes considèrent que la réalité n'est pas connue du chercheur car elle est difficilement approchable si ce n'est à travers les acquis et les représentations que le chercheur construit la réalité. Thiétart et al. (2007) expliquent que le monde du chercheur constructiviste n'est pas, à l'instar de celui du chercheur positiviste, un monde rationnel. Ils estiment que c'est la démarche de compréhension qui permet la construction de la réalité sociale.

Le positionnement interprétaviste est un produit du constructivisme. Très sommairement, il s'agit ici non pas d'expliquer mais d'interpréter la réalité selon la vision du chercheur. La vision n'est pas la vision objective du positiviste mais c'est une vision subjective qui s'impose. Les acteurs interprètent la réalité en prenant en compte leurs représentations, la vision des acteurs interrogés, etc. La démarche qui accompagne la posture interprétaviste est souvent une démarche abductive qui consiste en un aller-retour entre la théorie et le terrain.

Les approches constructiviste et interprétativiste sont des postures postmodernistes où la réalité est le fruit d'une (co) construction sociale. Par ailleurs, il convient de dire que le chercheur est, dans ces paradigmes, un observateur participant de l'univers de recherche. Les postures postmodernistes, quant à elles, ne permettent pas a priori de déterminer l'objet de recherche de façon claire ; il ne l'est qu'une fois la recherche aboutit (Evrard, 2009).

1.2 Un positionnement interprétativiste

« *L'interprétativisme, également appelé relativisme social, cherche à expliquer le pourquoi d'une situation, en distinguant la compréhension de l'explication dans une perspective phénoménologique* » (Bulinge, 2009, p.6). Elle expose l'organisation et sa réalité comme un construit social (Berger et Luckmann, 1966). De même cette réalité ne peut être vue de manière objective. Ce sont les individus qui, du fait de l'ajustement de leurs représentations et perceptions avec autrui, construisent la réalité de l'organisation (Vas et Lejeune, 2008). Notre recherche portant sur la compréhension du rôle de la santé du dirigeant dans l'octroi de crédit aux PME et de la place qu'occupe la santé dans les relations entre les parties prenantes, nous avons donc opté pour une approche interprétativiste qui permet d'interpréter les phénomènes observés. La posture interprétativiste est un juste milieu entre le positivisme et le constructivisme. C'est une démarche qui suppose une immersion plus ou moins participante du chercheur dans un phénomène. Cette démarche agrée un meilleur entendement du sens que les acteurs donnent à la réalité (Girod- Séville et Perret, 2007). Pour ce faire, le chercheur apporte une attention particulière au contexte, il vérifie que la réalité sociale n'est pas figée mais qu'elle est le résultat des expériences individuelles. La réalité est alors la confrontation de plusieurs points de vue. (*ibid*, 2009). Miles et Hubermann (2003) admettent que les confrontations des différentes perceptions individuelles peuvent faire l'objet d'une certaine objectivité in fine. Le paradigme interprétativiste adapte son analyse selon les théories adoptées (Girod-Séville et Perret, 2007), ce qui confirme le caractère subjectiviste de la pensée : au sens de Chalmers (1987), chaque chercheur devant une problématique commune peut avoir une perception différente eu égard à son interprétation, ses *a priori*, ses attentes, ses perspectives, etc. Pour Pourtois et Desmet (1988), l'approche interprétativiste est la prise en compte d'un ensemble de facteurs tels que les motivations, les représentations, les attentes et les croyances des acteurs. L'approche interprétativiste accentue la dépendance qui se fait entre le sujet et l'objet. « *La réalité en tant que phénomène ne peut-être comprise que parce qu'elle*

Chapitre III : Choix épistémologiques et méthodologiques

est expérimentée par des sujets » (Evrard, 2009, p.59). L'approche interprétativiste appelle différentes méthodes. Cependant trois d'entre elles se démarquent :

- La théorie enracinée a été mise en évidence par Glaser et Strauss (1967). Ils affirment que l'empirique prévaut et que le jaillissement de la compréhension se fait au travers des données recueillies selon un processus récursif et inductif.
- L'approche ethnographique repose sur un contact constant avec les acteurs étudiés. Le chercheur doit avoir une attitude adhérente et empathique afin de mieux comprendre les échanges entre les participants. Arnould (1998) pense que cette méthode correspond à l'étude comportementale des consommateurs.

En ce qui concerne notre recherche, nous avons adopté une approche phénoménologique de la recherche. Pour Husserl (1950), cette approche représente un intérêt pour la réalité telle qu'elle est construite par le langage et les normes. La vision du chercheur repose en outre, sur un ensemble de connaissances et de sens partagés entre les expériences du chercheur et celle d'autrui. La réalité est dans ce cas constituée un construit social. Le construit social se fait avec les représentations et les sentiments que les acteurs ont construits autour du thème de recherche.

14. Le paradigme interprétativiste (Adaptation de Girod-Seville & Perret, 1999)

Les paradigmes Les questions épistémologiques	Le positivisme	L'interprétativisme	Le constructivisme
Quel est le statut de la connaissance ?	Hypothèse réaliste Il existe une essence propre à l'objet de connaissance	Hypothèse relativiste L'essentiel de l'objet ne peut être atteint (constructivisme modéré ou interprétativisme) ou n'existe pas (constructivisme radical)	

La nature de la « réalité »	Indépendance du sujet et de l'objet Hypothèse déterministe Le monde est fait de nécessités	Dépendance du sujet et de l'objet Hypothèse intentionnaliste Le monde est fait de possibilités	
Comment la connaissance est-elle engendrée ?	La découverte Recherche formulée en termes de « pour quelles causes... »	<u>L'interprétation</u> Recherche formulée en termes de « pour quelles motivations des acteurs... »	<u>La construction</u> Recherche formulée en « pour quelles finalités... »
Le chemin de la connaissance scientifique	Statut privilégié De l'explication	Statut privilégié de la compréhension	Statut privilégié de la construction
Quelle est la valeur de la connaissance ?	Vérifiabilité Conformité	Idiographie	Adéquation Enseignabilité
Les critères de validité	Réfutabilité	Empathie (révélatrice de l'expérience vécue par les acteurs)	

1.3 Caractéristiques des principales démarches de raisonnement

On peut distinguer trois types de raisonnements :

1.1 La démarche déductive

15. La déduction et sa démarche

Démarche de recherche	Phase/Prémisse	Syllogisme déductif
Théorie/Hypothèse	Règle	A. Tous les hommes sont mortels
Etude empirique	Cas	B. Tous les Grecs sont des hommes
Validation/ Invalidation	Résultat	C. Tous les Grecs sont mortels

Source : Moscoso, 2013

Chapitre III : Choix épistémologiques et méthodologiques

Le raisonnement déductif a été mis en lumière par le philosophe Aristote ; il est basé sur une démarche hypothético-déductive (Charreire Petit et al., 2007), c'est-à-dire qu'il conduit à proposer une ou plusieurs hypothèses confrontées à la réalité du terrain (Wacheux, 1996). C'est une démarche rationaliste où la règle s'impose aux phénomènes observés. Elle va du général au particulier et prouve que quelque chose *doit* être. Grawitz (1996) considère que la déduction est un processus de démonstration. Pour Charreire-Petit et Durieux (2007), la démarche déductive n'a de sens que parce que les hypothèses exprimées par le chercheur au début de la recherche sont vraies. Cependant, la démarche ne doit pas être réduite au seul syllogisme ci-dessus énoncé, car une différence est faite entre la déduction formelle et la déduction constructive : la première correspond à la transition d'une inférence implicite au profit d'une autre qui elle est explicite ; la seconde est une contribution pour la science car elle est la confirmation des hypothèses initiales mais c'est un raisonnement qui permet de mettre en exergue qu'une chose est le résultat d'une autre.

1.2 La démarche inductive

C'est une démarche empirique qui part de cas particuliers pour accéder aux lois universelles. L'induction montre que quelque chose *est* effectivement, c'est une observation du réel qui fait que de la règle s'ensuit les faits. Morfaux (1980, p.169) définit la démarche inductive comme « *une inférence conjecturale qui conclut: 1) de la régularité de certains faits observés à leur constance; 2) de la constatation de certains faits à l'existence d'autres faits non donnés mais qui ont été liés régulièrement aux premiers dans l'expérience antérieure* ». En somme, l'induction n'a lieu que si le chercheur établit des liens évidents dans une relation et que ces derniers ont été vérifiés sur de nombreux exemples entre les faits et que cette relation est reconnue comme vraie pour toutes les observations futures (Charreire-Petit et al., 2007).

16. L'induction et sa démarche

Démarche de recherche	Phase/ Prémisse	Syllogisme inductif
Etude empirique	Cas	B. Tous les Grecs sont des hommes
Analyse/Ordre de la réalité	Résultat	C. Tous les Grecs sont mortels
Théorie/ Hypothèse	Règle	A. Tous les hommes sont mortels

Source : Moscoso, 2013

1.3 La démarche abductive

17. L'abduction et sa démarche

Syllogisme abductif	Prémisse/Phase	Démarche de recherche
A. Tous les hommes sont mortels	Règle	Théorie/ Hypothèse
C. Tous les Grecs sont mortels	Résultat	Analyse/ Ordre de la réalité
B. Tous les Grecs sont des hommes	Cas	Etude empirique

Source : Moscoso, 2013

Peirce (1955) est le concepteur de la démarche abductive qui, selon lui, est la seule et unique démarche qui fasse émerger de nouvelles idées parce que sa spécificité novatrice et son particularisme interprétativiste ne peut laisser le chercheur neutre (Evrard, 2009). La démarche abductive suggère que quelque chose *pourrait* être et elle fait l'analogie du particulier au particulier. Ainsi pour Bourguine (1991) la démarche abductive peut avoir deux définitions : d'une part une définition est positive rend les hypothèses émises par le chercheur valables et, d'autre part, une définition négative qui elle rejette de nombreuses hypothèses. Koenig (1993) admet que cette démarche permet d'étudier des congruences qui font appel à une démarche imaginative. En somme, la démarche abductive permet de mettre en évidence des suppositions ou des hypothèses dont on n'a pas encore fait la démonstration et il convient par la suite de tester et discuter ces présomptions (Evrard, 2009).

1.4 La démarche choisie : l'abduction

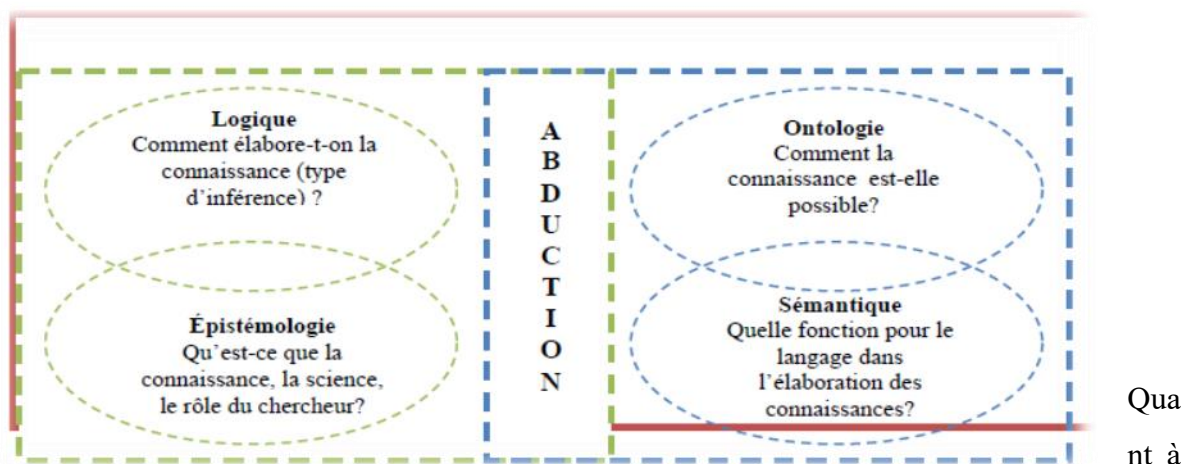
Notre travail vise à comprendre et à décrire les mécanismes de la santé dans l'octroi de crédit au PME. L'absence de données rend le sujet novateur ce qui nous conduit à explorer et à comprendre une situation jusqu'alors méconnue. Nous nous positionnerons, pour ce faire, dans un courant de pensée épistémologique interprétativiste. Ce courant de pensée nous permettra de comprendre les différentes interactions qui se produisent entre les parties prenantes et de focaliser notre attention sur les implications des acteurs dans le processus. Notre démarche est abductive. Le processus abductif (Eco, 1990) ou adductif (Blaug, 1982) permet d'expliquer un phénomène ou une observation à partir de certains faits, événements ou lois. La démarche abductive est définie comme un processus inférentiel qui s'oppose à la déduction. La démarche abductive répond aux situations alambiquées dont les observations et les natures sont nombreuses de prime à bord. Comme l'atteste Charreire Petit et Durieux

Chapitre III : Choix épistémologiques et méthodologiques

(2007), « Il va tenter alors de structurer [le] système d'observations pour produire du sens. [...] l'objectif n'est pas de réellement produire des lois universelles mais plutôt de proposer de nouvelles conceptualisations théoriques valides et robustes, rigoureusement élaborées » (p.61). L'abduction est loin de présenter les avantages de la démarche déductive qui a pour point de départ une règle générale qui met en évidence les faits observés. La démarche abductive naît des données dont elle a au préalable fait la nomenclature, qu'elle a assemblées et ordonnancées jusqu'à ce qu'une règle encore inconnue prenne forme (Gaudez, 2005). Pour Koenig (1993) « L'abduction est l'opération qui, n'appartenant pas à la logique, permet d'échapper à la perception chaotique que l'on a du monde réel par un essai de conjecture sur les relations qu'entretiennent effectivement les choses [...]. L'abduction consiste à tirer de l'observation des conjectures qu'il convient ensuite de tester et de discuter » (p.7).

6. Schéma de l'abduction selon Peirce

Source : Moscoso, 2013



Pierce (1955) considère que la seule démarche capable de produire de nouvelles idées est l'abduction. Elle permet de faire des va-et-vient entre la théorie et l'observation empirique. Selon Peirce, l'abduction est la méthode par excellence pour acquérir de la connaissance. D'ailleurs la démarche abductive tient une place fondamentale dans la pensée peircienne. Il considère que l'abduction est dotée d'une double finalité (Moscoso, 2013):

- Une logique épistémologique. L'épistémologie ici fait référence au rapport du chercheur avec la science, la connaissance et une interrogation sur son propre rôle tandis que la logique tient compte du raisonnement que tiendra le chercheur pour faire émerger la connaissance.
- Une ontologie sémantique. L'ontologie met en évidence, les éléments qui rendent réalisable la naissance de la connaissance ; quant à la sémantique, elle prend en compte le langage dans l'élaboration des connaissances.

Chapitre III : Choix épistémologiques et méthodologiques

« En conséquence, la place de l'abduction est d'une charnière au carrefour d'un système, en donnant forme à une méthode scientifique » (Moscato, 2013, p.8).

Enfin Eco (1990) considère que l'abduction est une démarche intermédiaire qui permet de prendre des décisions difficiles face à une situation ambiguë. L'abduction peut être expliquée comme un processus intuitif dont le but est d'organiser et de relier les données ce qui peut au final aboutir sur une loi encore méconnue. En effet, selon l'auteur, c'est une démarche de codifications des règles qui donne à un signe toute sa valeur ; ainsi codifiés les signes pourront être interprétés selon les indications que fournissent le contexte ou les circonstances. Ce sont les pistes données qui vont structurer l'interprétation et conduire à la personnalisation de la loi (Gaudez, 2005).

Carontini (1990) se basant sur les travaux d'Eco propose trois niveaux d'abduction. Le premier niveau est ce qu'Eco appelle *l'overcoded abduction* ou l'abduction hypocodée. Parmi l'abondance de règles possibles à l'application, le chercheur devra en choisir une seule pour l'objet de recherche, qu'il faudra vérifier par la suite. C'est une abduction quasi-automatique et difficile à détecter. C'est pour cela que dans le cadre de cette démarche la jonction entre le résultat et la règle est hyper codifiée. Au sens de Gaudez (2005), ce premier niveau fait entrer une ambiguïté qu'il faudra prendre en considération par la suite.

Dans le second niveau dit *undercoded abduction* ou abduction hypercodée, « la règle à laquelle il faut avoir recours pour inférer à partir du résultat est trouvée par sélection dans le domaine de l'encyclopédie disponible [...] La règle doit être sélectionnée comme la plus plausible parmi un nombre parfois très grand de règles disponibles » (Carontini, 1990, p.225). Cette abduction est quant à elle non automatique et engage un choix du chercheur. Eco affirme que « dans les abductions hyper et hypocodées, ce métaniveau d'inférence n'est pas indispensable, puisque nous trouvons la loi à partir d'un bagage d'expériences de mondes effectifs déjà contrôlés. Autrement dit, nous sommes autorisés par la connaissance du monde commun à penser que la loi a déjà été réputée valide (et il s'agit uniquement de savoir si c'est la bonne loi pour expliquer ces résultats) [...] » (Eco, 1992, p. 264).

Le troisième et dernier niveau est l'abduction créative. L'absence ou l'insuffisance de connaissances ne mettent pas à la disposition du chercheur des règles lui permettant d'avoir une explication des faits ; il est dès lors obligé d'inventer les règles pour permettre

Chapitre III : Choix épistémologiques et méthodologiques

l'inférence. Contrairement à l'abduction hypocodée et hypercodée où intervient une certaine forme d'incertitude, les abductions créatives sont susceptibles d'amener vers un changement de positionnement épistémologique quant à la teneur des résultats (*Ibid*, 1992).

Cette dernière partie comprend deux sous parties, le premier étant la métaphore et le second est l'analogie (David, 1999).

La métaphore et l'analogie sont utilisées pour rendre compte, illustrer et expliquer. L'analogie au sens de Delattre et Théllier (1979) est une relation voire une ressemblance entre des objets multiples et variés. Elle amène à constituer un raisonnement sur des jonctions ou des proximités à partir du moment où la présence de rapports est présentée.

La métaphore est une figure de style qui change la signification d'un mot, d'un nom, etc. dans un tout autre sens. Elle n'a de valeur qu'en présence d'une comparaison que le chercheur a dans la pensée. « *Les métaphores sont des transferts par substitution analogique* » (Tsoukas, 199, p.81).

Utilisant une recherche exploratoire pour mettre en exergue notre objet de recherche, nous avons choisi un raisonnement adductif pour faire jaillir de nos données empiriques un construit de la réalité. Notre travail a consisté à faire des allers-retours entre la théorie et la réalité pour produire du sens. Dans l'ensemble, nous pouvons dire que notre démarche correspond à une exploration hybride, car nous faisons une alternation entre l'observation empirique et la théorie. Les données recueillies sur le terrain sont éclairées par les concepts et théories que nous avons choisis au préalable pour la recherche (Charreire-Petit, 1995). L'abduction n'ayant pas pour objet d'établir des lois universelles, notre but est de comprendre le phénomène donné (*ibid*, 2007).

Notre sujet étant novateur en son genre, dans un système où l'asymétrie d'information crée des déviances à cause des comportements opportunistes, il est aussi important de prêter attention à l'approche cognitive des acteurs.

2. Choix méthodologiques

Deux approches méthodologiques se distinguent. L'approche qualitative et l'approche quantitative. Si la première est liée au discours, le second, lui se concentre sur la quantité, tout ce qui est mesurable. Ici, seront présentées les méthodes d'investigation, leurs justifications et

la validité de la recherche qui mettent en lumière l'homogénéité de notre positionnement paradigmatique avec les choix méthodologiques.

2.1 Qualitatif et quantitatif : présentation des deux approches

Il est communément admis qu'il existe dans le monde de la recherche un clivage entre l'approche qualitative et l'approche quantitative (Grawitz, 2000). Néanmoins, Brabet (1988) se demande si la distinction entre approche qualitative et approche quantitative est toujours de rigueur parce qu'il apparaît que la frontière entre les deux approches est floue. Force est de constater qu'il est impossible de faire une différence sans conteste entre les deux approches car elles reposent sur de multiples critères (Baumard et al., 2014).

Sommairement, l'approche qualitative est basée sur le discours, le comportement interne des acteurs alors que l'approche quantitative comme son nom l'indique prend appui sur les chiffres, tout ce que est mesurable (Huberman et al, 1991). Pour Yin (1989, p.88), « *les données numériques* » sont quantitatives et « *les données non numériques* » sont quant à elles qualitatives. Au sens de Frisch (1999), l'approche qualitative est utilisée quand il s'agit de comprendre ou de mettre en lumière des faits et l'approche quantitative met en application des analyses statistiques. L'approche quantitative, dès le départ, comprend les hypothèses de recherche. Cette approche hypothético-déductive, est le plus souvent utilisée dans le cadre d'une prédiction, d'une explication ou d'une description. Elle établit les hypothèses avant de les comparer à la réalité (Ilama, 2013). Charreire Petit et Durieux (2007) admettent que l'approche quantitative apporte un jugement sur les hypothèses qui auront été antérieurement posées. La méthode quantitative repose sur l'objectivité à l'opposé de la méthode qualitative qui appelle plus la subjectivité.

18. Étude qualitative et étude quantitative

	Étude qualitative	Étude quantitative
Objectif	Comprendre, en termes de qualité, les raisons et motivations sous-jacentes	Quantifier les données et généraliser les résultats à partir de l'échantillon de la population concernée.
Échantillon	Petit nombre de cas non représentatifs	Grand nombre de cas représentatifs

Collecte de données	Non structurée	Structurée
Analyse de données	Non statistique	Statistique
Résultat	Élaborer un début de compréhension	Recommander une ligne d'action définitive

Source : Malhotra, 2011, p.94

Huberman et Miles (2003) s'accordent à dire que les données de types qualitatives « *se présentent sous forme de mots plutôt que de chiffres, elles sont séduisantes* » (p.11). La méthode qualitative permet d'analyser des données descriptives telles que les paroles qu'elle soit écrite ou dite lors des entretiens. Elle joue également un rôle en ce qui concerne l'observation des personnes dans leur environnement au sens de Taylor Bogdan (1984). La méthode quantitative s'applique difficilement aux données quantitatives mais cela ne sous entend pas qu'elle ne les prend pas en considération. Cette méthode privilégie l'observation des phénomènes, des individus et des organisations. La méthode qualitative considère l'environnement socioculturel dans lequel les individus évoluent. La méthode quantitative appelle plusieurs types de données telles que l'étude de cas, les entretiens, l'observation, les récits de vie, etc. Elle amène le chercheur à s'interroger sur les aspects qui déterminent le comportement des individus dans le contexte de sa réalité.

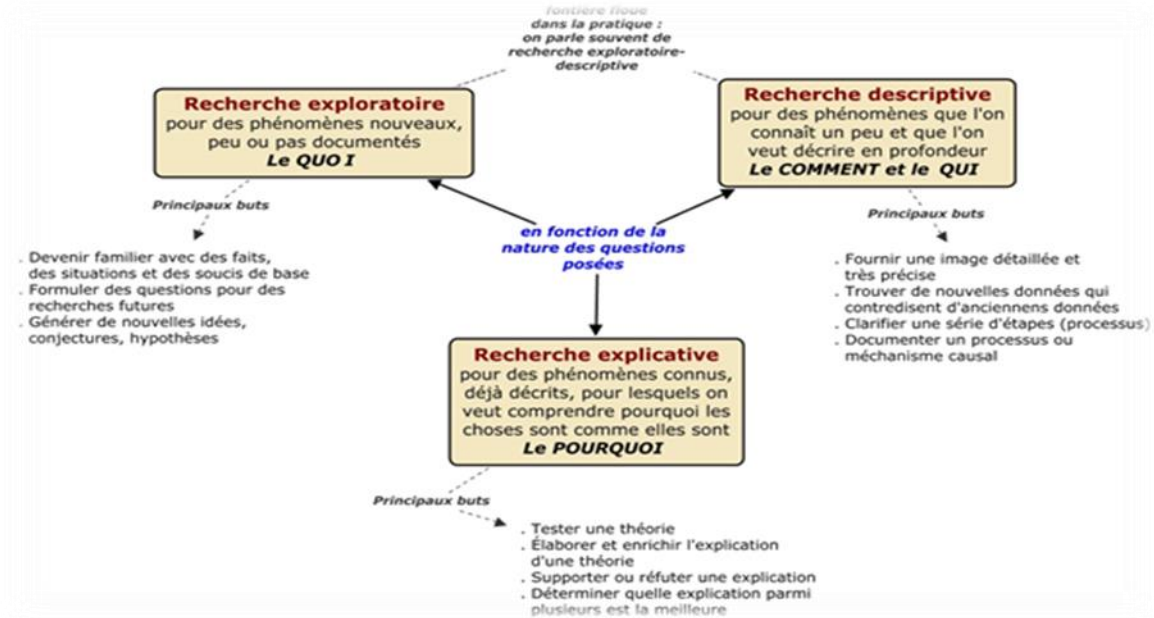
Même si l'existence de clivages entre les deux méthodes, quantitative et qualitative, est toujours présente force est de constater que ces deux méthodes ne sont pas antinomiques mais qu'elles se complètent.

2.2 Justification d'une étude qualitative

Notre recherche sur le rôle et la place de la santé des dirigeants dans l'octroi de crédit aux PME est avant tout une recherche exploratoire car elle tend à mettre en avant des faits nouveaux au sujet desquels ils n'existent pas ou peu de recherches. Ainsi, il est important de connaître les points de vue, les valeurs et les représentations des acteurs interrogés dans le cadre de ce travail afin de mieux cerner la question de recherche. La démarche qualitative, bien qu'elle ne soit pas exclusivement réservée à l'exploration, nous est apparue comme étant la démarche adéquate dans le cadre de notre recherche doctorale. En effet, les chercheurs qui font appel à la méthode quantitative l'utilisent dans le cadre de leur recherche. Toutefois, force est de constater que l'approche qualitative est plus appropriée pour aborder certaines questions de nature exploratoire et permet également de s'accoutumer aux acteurs et aux

problèmes auxquelles ils sont confrontés (Baumard et Ibert, 2007). L'étude qualitative a aussi le mérite de cibler les obstacles et les barrières pouvant constituer un frein dans le cadre d'une recherche de grande envergure (Poupart et al., 1997).

19. Caractéristiques de la recherche scientifique Source : Christine Dufour, ESBI, Université Montréal



Compte tenu du schéma ci-dessus, notre recherche est exploratoire et porte sur des faits qui sont encore méconnus, des faits qui nécessitent de mener des entretiens en face à face afin de mieux appréhender les perceptions des interrogés. Wacheux (1996) distingue trois principes d'approches qualitatives :

- le premier est dans la compréhension d'un phénomène qui attire l'attention sur l'ensemble des signes, des sens et valeurs du fait social ;
- le second dans l'accomplissement d'un projet, le chercheur est confronté à une coexistence entre l'objet et l'observateur, et les acteurs
- le troisième dans l'élaboration d'une théorie émergente.

La santé en sciences de gestion est un sujet très novateur ; les recherches dans ce domaine sont très rares pour ne pas dire inexistantes. Ainsi, dans le cadre de cette recherche, nous tentons de comprendre l'intégralité du phénomène. Les recherches sont inexistantes alors que la santé se révèle être une dimension importante dans l'accès au crédit des Petites et Moyennes Entreprises. C'est donc à ce titre que le choix a porté sur une recherche exploratoire. Pour conforter notre décision, Snow et Thomas (1994) admettent que les démarches empiriques sous forme d'observations, d'interviews, d'enquêtes, de simulations,

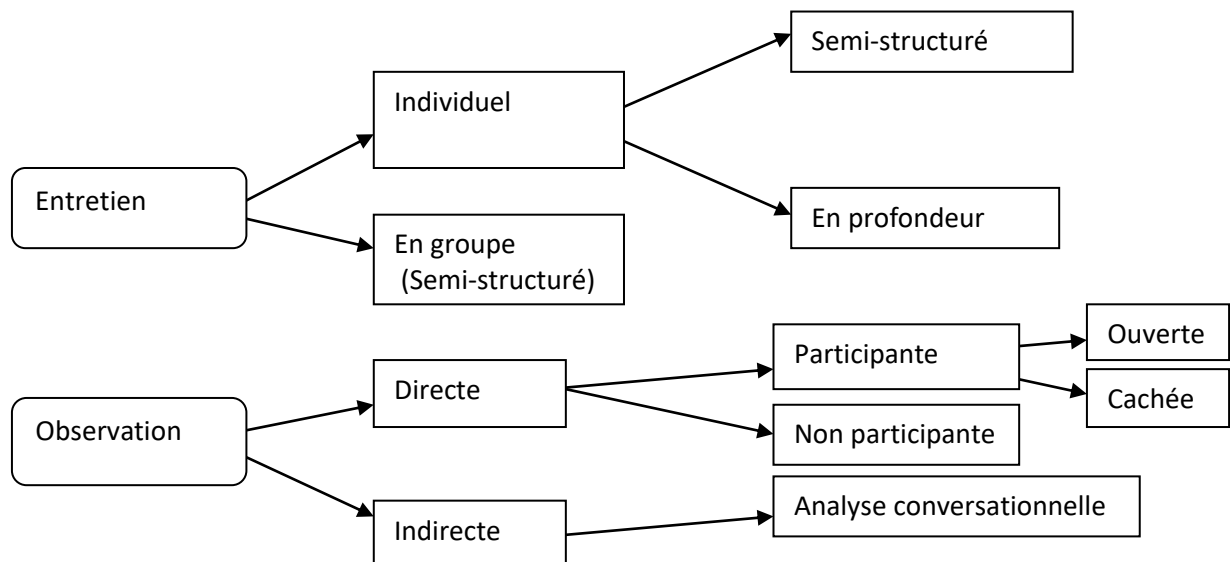
ou de quasi-expérimentations, et la combinaison de différentes techniques ou méthodes sont fréquemment employés pour explorer et fonder des objets théoriques inédits.

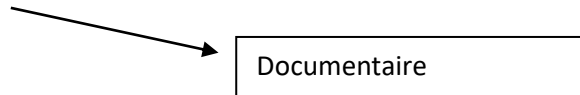
2.3 Techniques de récolte des données qualitative

Pour l'obtention des données qualitatives plusieurs techniques peuvent être utilisées pour récolter les informations empiriques nécessaires. Parmi ces techniques on distingue l'observation, la documentation et l'entretien.

L'observation est une technique de récolte qui met le chercheur en contact direct avec les acteurs car il doit « observer » le comportement des acteurs *in situ* (Baumard et al., 2007). L'observation est dite participante quand elle « [...] implique de la part du chercheur une immersion totale dans son terrain pour tenter d'en saisir toutes les subtilités [...] » (Soulé, 2007,p.128). Si la démarche permet non seulement d'observer mais de vivre et de comprendre les mécanismes qui fondent l'objet de recherche, il n'en demeure pas moins que celui qui mène la recherche risque de perdre toute objectivité et de manquer de recul face au sujet. En outre, si le chercheur se présente comme observateur, le comportement des acteurs n'est plus « naturel » ; il devient « *artificiel* » (*ibid*, 2007, p.128). L'observation peut se faire deux manière : l'observation directe, qui nécessite la présence physique sur le terrain et l'observation indirecte qui étudie les faits dans au sein de l'entreprise (Yin, 2009). L'observation participante peut être périphérique, ,active ou complète, selon le degré d'implication que le chercheur veut accepter (Junker, 1960 ; Gold, 1970).

7. Schéma des Techniques de récolte de données qualitatives





La documentation est la collecte de documents pouvant aider à la compréhension de l'objet de recherche. Ces documents peuvent se trouver en libre accès via internet, les journaux, les bibliothèques, les archives publiques, etc... Les entreprises concernées par la recherche peuvent ouvrir leurs archives à l'investigateur afin qu'il puisse obtenir des documents internes qui lui permettront de créer une trame des événements antérieurs, de comprendre les représentations et les valeurs de l'entreprise par rapport à l'objet de recherche ; ces différents documents permettent aussi de confronter le discours des interrogés aux faits. Baumard et Ibert (2007) insistent cependant sur les difficultés qui sont liées aux données secondaires quant à leur validité interne ou externe, ainsi que sur leur flexibilité. Ils admettent que les données secondaires, bien qu'elles soient formalisées, « *se voient attribuer un statut de « vérité » souvent exagéré* » (p.92) à cause de leur statut ontologique. L'apparente robustesse des documents peut rendre la démarche du chercheur peu plausible ; la validité interne de la recherche sera difficile à établir. L'accès à un trop grand nombre de documents peut amener le chercheur à croire que la recherche est saturée, quand bien même ce ne serait pas le cas. En outre, ne baser sa recherche que sur des données secondaires peut se révéler insuffisant. Enfin, les données secondaires sont figées dans le temps et ne sont pas représentatives des changements qui ont pu intervenir.

En ce qui concerne notre recherche, nous avons utilisé la technique de la documentation pour mieux appréhender notre objet d'étude. Notre travail portant sur le rôle de la santé dans l'octroi de crédit des PME, il nous est semblé important de mener des recherches documentaires sur les questionnaires de santé, l'outil qui permet de mesurer la santé des dirigeants. Avant de prendre contact avec les banques, nous avons cherché sur internet des recherches sur les questionnaires de santé et les rôles. Dans un deuxième temps, les banques ont été contactées. Dans le cadre de cette première rencontre, la problématique finale n'étant pas encore fixée, nous leur avons présenté une ébauche de la recherche. Toutes les banques interrogées nous ont fourni un exemplaire de leur questionnaire médical ou de santé, ainsi que les documents de l'assurance maladie. Pour les autres banques, -qui ne souhaitent pas participer à la recherche-, les documents ont été obtenus par des contacts personnels, des personnes travaillant dans le monde bancaire ou de l'assurance ou sur internet. Il convient de souligner que, pour le cas des banques que nous avons rencontrées, les documents ont été remis lors du deuxième rendez-vous avec le directeur d'agence ou le conseiller financier

Chapitre III : Choix épistémologiques et méthodologiques

professionnel qui nous a expliqué le fonctionnement du questionnaire de santé et de l'assurance emprunteur. Ces documents et ces explications ont permis la réalisation du guide d'entretien pour mener les entretiens semi-directifs avec les experts.

Les entretiens correspondent à la technique de récolte des données empiriques par excellence dans les sciences de gestion ; c'est celle que nous avons choisi d'adopter car elle permet de recueillir les informations *de visu* en plaçant le chercheur dans une situation de face à face avec l'acteur qui lui fait part de son expertise sur un sujet donné. Les entretiens peuvent se faire de manière individuelle ou en groupe.

Les entretiens de groupes rassemblent une ou plusieurs personnes autour d'un ou plusieurs animateurs qui leur permet d'interférer entre elles. La méthode est cependant très critiquée car il apparaît difficile de recueillir des données adéquates. Si elle permet de mettre en lumière une problématique, de pointer les informateurs clés (Fontana et al., 1994) et de inciter un raisonnement prolix (Rubin et al., 1995), il convient de souligner que l'effet de groupe peut, au lieu de stimuler la parole, empêcher certains de s'exprimer (Bouchard, 1976) ce qui peut remettre en question le bien-fondé de la démarche et créer des biais (Baumard et al., 2007).

Dans le cadre de l'entretien individuel, l'investigateur peut choisir différents types d'entretiens. L'entretien directif n'est pas en soi un entretien, c'est un questionnaire qui est soumis aux interrogés. Il reste donc deux types d'entretiens qui sont usuellement utilisés dans les travaux en sciences de gestion :

L'entretien non-directif au sens d'Evrard, Pras et Roux (2000) repose sur une « *attention positive inconditionnelle* » (p.95). Le chercheur doit en outre faire preuve d'empathie envers les acteurs interrogés. L'entretien non-directif comme l'indique son nom ne repose sur aucun guide d'entretien ; les entretiens sont libres et les interrogés sont libres d'aborder le thème donné en toute liberté, le rôle du chercheur se bornant à une facilitation du discours par des relances sans jamais intervenir pour recadrer la discussion (Baumard et al, 2007). **L'entretien semi-directif**, type d'entretien sur lequel nous fondons notre travail, est basé sur le même principe que l'entretien non-directif, à ceci près qu'un guide d'entretien cadre le discours (Merton et al, 1990). Ainsi Romelaer (2005, p.102) considère l'entretien semi-directif comme étant l'entretien « *dans lequel le chercheur amène le répondant à communiquer des informations nombreuses, détaillées et de qualité sur les sujets liés à la recherche, en*

Chapitre III : Choix épistémologiques et méthodologiques

l'influençant très peu, et donc avec des garanties d'absence de biais qui vont dans le sens d'une bonne scientificité ».

Le chercheur ayant préalablement établi des thématiques qu'il souhaiterait aborder lors de l'entretien, le guide d'entretien est une aide et peut ne pas être suivi à la lettre car au fur et à mesure que les acteurs développent leur discours, des thématiques peuvent être supprimées ou *a contrario* être ajoutées (Baumard et al, 2007). Dans le cas où les interviewés seraient réticents face à une question, cette dernière peut être abandonnée par le chercheur afin qu'aucune barrière ne soit érigée entre lui et l'interrogé. L'investigateur doit prêter une attention particulière pour que sa prise de notes ne constitue pas un barrage entre lui et le répondant afin de recueillir toutes les informations que pourrait fournir cet entretien. Les entretiens sont usuellement enregistrés ou filmés pour une meilleure retranscription et analyse (*ibid*, 2007) ; cependant, il ne faut pas négliger le fait de demander leur autorisation aux acteurs interrogés.

Il existe trois statuts d'entretiens décrits dans le tableau ci-dessous :

20. Le statut des entretiens (Adaptation de Blanchet et Gotman, 2007)

Statut des entretiens	Exploratoire	Principal	Contrôle
	- Compléter les pistes de travail - Aider quand les hypothèses ne sont pas encore formulées	- L'entretien est le mode principal de recueil d'informations - Les hypothèses ont été dégagées - L'entretien permet de confronter les données aux hypothèses	- L'entretien est postérieur à un questionnaire - Elle permet de contextualiser les résultats obtenus par questionnaires

Blanchet et Gotman (2007) écrivent que « *L'entretien est l'outil de prédilection de la phase exploratoire dans la mesure où [...] il est lui-même un processus exploratoire* » (p.39). Par ailleurs, les entretiens sont souvent préparés selon la problématique, les hypothèses et les connaissances que les acteurs vont apporter en rapport avec l'objet de recherche. Les entretiens ont le mérite de présenter plus d'avantages dont le premier est le regard que portent les interrogés sur l'acception qu'ils ont de l'objet de recherche, leurs comportements face à ce

Chapitre III : Choix épistémologiques et méthodologiques

phénomène, leurs interprétations, etc. En second lieu, ils peuvent faire une analyse systémique du problème et enfin ils peuvent faire part de leurs expériences et reconstituer le processus d'action des événements passés.

Pour mener à bien ce travail nous avons réalisé des entretiens semi-directifs, une variante des entretiens non-directifs. A la différence des entretiens non-directifs, les entretiens semi-directifs sont focalisés sur une problématique précise qui se développe autour d'un guide d'entretien qui identifie les thèmes devant être abordés lors de l'entretien. Dans le cadre de notre recherche, nous avons opté pour un mode particulier d'entretien, l'entretien d'expert. Bien que les entretiens d'experts soient « *ouverts, non structurés et [fassent] souvent appel aux méthodes non-directives* » (Evrard, et al., 2009, p.95-96), nous avons choisi de délimiter notre sujet par des entretiens semi-directifs avec un guide d'entretien, car nous connaissions plus ou moins le phénomène que nous souhaitions explorer.

L'entretien d'experts est souvent utilisé dans le cadre « *d'analyses de cas ou lors de la première étape de la recherche afin de se familiariser avec le domaine étudié* » (ibid, p.96). On fait appel à ce mode d'entretien lorsque le champ d'étude est vierge et complexe. L'entretien d'expert se révèle aussi nécessaire quand le domaine étudié a fait l'objet de peu de publications scientifiques, pour des raisons de confidentialité, d'opacité du terrain ou encore d'absence de théories permettant l'avancée de la recherche (Kotler et al., 2003). Le caractère novateur de ce travail d'une part, l'opacité du terrain ainsi que l'absence de théories d'autre part, nous ont amené à interroger toutes les personnes qui « par leur fonctions, leurs spécialités, ou leurs expériences » pouvaient nous aider à appréhender ce nouveau champ de recherche. Ces personnes détenaient une expertise sur les aspects, les points critiques ou les problèmes posés dans ce domaine.

La méthode Delphi, autre mode d'entretien d'experts développé par Giannelonni et Vernet (2001) n'a pas été employée dans notre contexte, car elle n'était pas adaptée à la méthodologie que nous souhaitions mettre en place. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et ont fait l'objet d'une analyse lexicale textuelle par le logiciel ALCESTE.

2.4 Flexibilité et orientation de la recherche

La flexibilité dont le chercheur dispose dans le cadre de sa recherche est un point important dans le choix d'une approche qualitative ou quantitative. » (Girin, 1989, p.2) admet que « *dans le domaine de la recherche sur la gestion et les organisations, il est clair que les*

Chapitre III : Choix épistémologiques et méthodologiques

événements inattendus et dignes d'intérêt sont propres à bouleverser n'importe quel programme, et que la vraie question n'est pas celle du respect du programme, mais celle de la manière de saisir intelligemment les possibilités d'observation qu'offrent les circonstances ». Ainsi, il est généralement admis que l'approche qualitative donne au chercheur une grande flexibilité, car elle permet d'une part d'apprécier les spécificités liées au terrain et, d'autre part, d'apporter des modifications à la question de recherche au cours de la recherche afin qu'elle puisse être le reflet de la réalité empirique (Stake, 1995). Enfin, l'approche qualitative permet au chercheur d'incorporer d'autres possibilités d'observations analytiques et d'effectuer des changements dans le mode de recueil de données (Baumard et al., 2007). En somme, il est préférable que le travail du chercheur ne soit pas organisé de manière stricte pour qu'une place soit réservée à l'imprévu et ainsi changer d'orientation si le cas venait à se présenter (Bryman, 1999).

La méthode quantitative, quant à elle, implique beaucoup plus de rigueur et ne laisse pas place à cette malléabilité. Baumard et al. (2007) rappellent que les choix méthodologiques effectués pour les enquêtes quantitatives, tels les échantillonnages et les questionnaires, sont fixés avant le travail de recueil des données. *« Il est évidemment très difficile de modifier la question de recherche dans la démarche plus structurée au préalable de l'approche quantitative, compte tenu du coût qu'une telle modification entraînerait. Il est le plus souvent exclu d'envisager d'évaluer de nouvelles explications, à moins de remettre en chantier le programme de recherche »* (ibid, p.103). En ce qui concerne l'orientation de la recherche, on en répertorie deux types : la construction ou le test d'un objet théorique. La construction permet au chercheur d'orienter sa recherche vers la vérification, car ce dernier possède une idée claire de ce qu'il recherche et veut mettre en exergue. *A contrario*, face à une recherche exploratoire, on considère que le chercheur tâtonne et n'a qu'une vision approximative et imprécise de ce qu'il pourrait découvrir (Charreire Petit et Durieux, 2007). Ainsi Brabet (1988) affirme que l'approche qualitative est à l'exploration ce que la vérification est à l'approche quantitative. Cependant, ces propos doivent être nuancés, car l'exploration n'est pas l'apanage de la méthode qualitative et s'accorde aussi bien avec les autres approches.

Devant, la méconnaissance qui entoure notre objet de recherche tant au niveau théorique qu'au niveau empirique, il est apparu indispensable de « défricher » le terrain de recherche pour mieux en saisir les tenants et les aboutissants. L'exploration s'est imposée à nous afin que nous ayons une meilleure appréhension des mécanismes de fonctionnement des acteurs face à ce nouveau phénomène détecté. La méthode qualitative laissant une plus grande

flexibilité et étant souvent associée à l'exploration, elle a été choisie comme approche méthodologique pour répondre à la problématique posée.

Section 2. Le protocole de la recherche et traitement des données

Introduction de la section

L'objectif de cette section est de présenter le protocole de recherche et les outils qui ont été utilisés pour traiter les données récoltées sur le terrain.

1. Introduction au terrain de la recherche

La recherche empirique nécessite de choisir une population et une méthode de collecte des données. Enfin, une fois le recueil des données terminé, il convient de choisir une méthode et un outil d'analyse permettant de produire du sens.

1.1 Les motifs du choix du terrain

Indéniablement reconnues pour leur forte contribution dans le développement économique, les PME jouent un rôle essentiel dans la croissance et l'emploi. Le financement des PME reste donc une préoccupation majeure pour les pouvoirs publics, car il convient de rappeler que 2/3 des emplois sont pourvus par les PME ; 2,3 millions d'emplois nouveaux ont été créés dans les PME ces vingt dernières années sur un total de 2,8 millions ; une croissance des effectifs de 35 % a été réalisée dans les PME pour une population active en hausse de seulement 10 % ; 55 % des personnes actives du secteur privé travaillent dans les PME¹¹.

Elles pourraient être encore beaucoup plus performantes si les verrous sur leur financement étaient levés. Dans la mesure où elles sortent des critères d'évaluation classiques, les PME ont beaucoup de mal à trouver une source de financement externe, élément pourtant essentiel à leur développement et à leur pérennité. Il apparaît donc comme une évidence qu'il existe un « creux bancaire » auquel ni l'État ni le marché n'ont réussi à apporter une réponse, en dépit des divers plans de relance mis en place dont le dernier est le pacte de compétitivité du président François Hollande.

N'ayant pas accès aux marchés financiers, elles n'ont d'autres choix que celui de se tourner vers les établissements bancaires pour financer leur développement et compenser la faiblesse

¹¹ « Les PME et l'emploi en France » <http://www.osceo.fr>

de leurs fonds propres. Le fait d'avoir un accès limité au financement bancaire fait que les PME sont rationnées et sont dans l'obligation de payer des taux d'intérêts beaucoup plus élevés que les grandes entreprises, quand enfin elles réussissent à passer les premières barrières à l'octroi de crédit. Les banques, de leur côté, justifient le rationnement du crédit par la taille de ces entreprises et des facteurs risque beaucoup plus importants pour elles. L'asymétrie d'information, à l'origine du rationnement est à l'origine d'un déséquilibre sur le marché et les PME sont les premières touchées par ce creux financier.

Les critères de sélection se durcissent encore plus quand les banques prennent en considération le rôle de la santé dans l'octroi de crédit. La santé constitue un risque que les banques ne souhaitent pas supporter. Les banques encouragent les dirigeants n'ayant pas une solidité financière et/ou n'ayant pas développé une relation sur le long terme à prendre une assurance qui les couvrirait en cas de défaillance. A cet effet, les banques fournissent un questionnaire de santé qu'il convient de remplir et qui présente l'état de santé ou plutôt les maladies qui affectent le client et qui déterminent un niveau de risque pour la banque. C'est ce niveau de risque qui permettra de savoir s'il peut accéder ou non au crédit bancaire et, s'il y accède, sous quelles conditions.

On s'éloigne du schéma classique où seule la santé de l'entreprise compte ; ici la santé du dirigeant, son hygiène de vie, son âge et le montant du prêt souhaité sont autant d'éléments qui seront croisés pour déterminer le niveau de risque du client. La santé du dirigeant devient donc un élément essentiel pris en compte dans la valeur risque calculée par le conseiller financier. La santé du dirigeant est un élément d'autant plus crucial que même si le crédit est fait pour l'entreprise, on sait d'avance c'est le dirigeant qui le supporte avec son capital personnel en guise de garantie, ce qui tend à compliquer une situation déjà délicate. C'est ce constat qui a motivé le choix du terrain.

1.2 Présentation de la population

Les personnes sélectionnées pour les entretiens ont été choisies dans les milieux professionnels tels que les compagnies d'assurance, les banques et les patrons de petites entreprises. Elles ont été contactées soit par des connaissances communes, lors de conférences dans le cadre du travail, ou encore par démarchage internet ou téléphonique. Il a été très laborieux de trouver des personnes acceptant de répondre à nos questions : la première des explications est l'omerta qui entoure le sujet ; preuve de la complexité du terrain, certaines entreprises ont préféré que les questions soient envoyées au service de la

Chapitre III : Choix épistémologiques et méthodologiques

communication afin qu'elles puissent être examinées avant de fixer un rendez-vous pour un entretien. Elles ont pour la majorité été rencontrées deux fois. Les personnes qui n'ont pas pu l'être ont été contactées soit par téléphone ou un déplacement a été fait. Il est important de préciser que plusieurs personnes ont accepté de répondre à nos questions mais n'ont pas souhaité être enregistrées. Ces personnes n'ont pas été intégrées dans notre échantillon, mais leur témoignages nous ont permis de mieux orienter notre sujet. Certaines personnes n'ont pas souhaité répondre à nos questions et nous ont fait parvenir une réponse par mail ou par téléphone. Une relation continue a été maintenue avec chacun des répondants, que ce soit par téléphone ou par courriel, tout au long de la recherche pour une mise en confiance, car les premiers entretiens sont souvent marqués par le « politiquement correct ». Enfin, il est nécessaire de dire que les personnes interrogées sont au nombre de 18, 4 femmes et 14 hommes. Les femmes ont entre 30 et 45 ans et les hommes ont entre 37 et 66 ans.

21. . Description des acteurs interviewés

Acteurs	Profil	Code	Sexe
1 assureur siégeant à la commission de la Convention AERAS	- Directeur national de la 1 ^{ère} compagnie d'assurance française et partenaire de 3 banques de notre panel questionnaire de santé	- ycouturier 12	- M
1 réassureur	- Directrice de marché – vie et assurances de personnes	- rcc 3	- F
1actuaire siégeant à la commission de la Convention AERAS	- Actuaire membre de l'Institut des actuaires et professeur titulaire de la chaire Actuariat. Membre de la commission AERAS.	- efromentau 6	
6 dirigeants de TPE/PME	- 1 professionnel libéral	- ralbanese 13	- M
	- 1 dirigeant dans le bâtiment	- jesteve 4	- M
	- 1 dirigeant d'une brasserie	- patrickbar 9	- M
	- 1 dirigeant d'une entreprise de surveillance	- mgalluis 15	- M
	- 1 dirigeant dans l'événementiel	- sibemol 10	- M
	- 1 dirigeant de fonds d'investissement	- ef 14	- M
	- 1 dirigeante d'une entreprise familiale d'esthétique	- lg 16	- F
	- 1 free lance dans le journalisme	- mpicaud 8	- M
		-	
	Deux de ces acteurs ont été banquiers avant d'être chef d'entreprise		

7 conseillers financiers	- 1 directeur d'agence - 1 directeur d'agence - 1 directeur d'agence - 1 directeur d'agence - 1 directeur d'agence - 1 directeur régional - 1 directeur régional	- bc 1 - basparis 2 - mpicaud 8 - mgalluis 15 - cic 18 - sg 17 - bchsmtp 7	- F - M - M - M - M - M - M
1 juriste d'association de malade	- Association de lutte contre le sida	- assossis 11	- M
1 médecin	- Chef de service dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU)	- ac 5	- F
18 interrogés	18	18	

En ce qui concerne, l'accès à la population, plusieurs techniques d'approche ont été mises en place : la première est le démarchage auprès des entreprises, des banques et des assurances ; ensuite nous avons contacté les différentes parties prenantes soit par courriel soit en pratiquant le porte-à-porte. Des chambres de commerce et d'artisanat, des syndicats patronaux, des associations de consommateurs et des compagnies d'assurance et de réassurance ont aussi été contactés. Les antennes du Medef à Perpignan, Béziers et Montpellier ont répondu positivement à notre appel en diffusant le sujet de recherche sur leur site internet. Beaucoup de rencontres ont été faites grâce à notre réseau professionnel et universitaire permettant de rencontrer certains acteurs. En ce qui concerne les compagnies de réassurance, une seule compagnie a apporté des réponses à nos nombreuses questions. Au total, une centaine de mails, ainsi que des rencontres et de nombreux déplacements à Montpellier, Paris et Rennes ont été faits afin de mener l'étude empirique. Les journaux locaux ont aussi contribué dans la recherche des acteurs concernés par le sujet de recherche.

1.3 Le guide d'entretien et le déroulement de l'entretien

Pour mener à bien notre recherche, nous avons choisi de réaliser des entretiens et d'interroger le public ci-dessus ciblé. Blanchet et Gotman (2007) assurent que le guide d'entretien « *est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherches (pour soi) en questions d'enquête (pour les interviewés). Le degré de formalisation du guide est fonction de l'objet de l'étude (multidimensionalité), de l'usage de l'enquête (exploratoire, principale ou complémentaire) et du type d'analyse que l'on projette de faire [...]. La réalisation d'un guide d'entretien*

Chapitre III : Choix épistémologiques et méthodologiques

suppose une démarche itérative entre la conceptualisation des questions et leur mise à l'épreuve dans l'entretien » (p.58-59).

Notre recherche étant exploratoire, il nous est apparu indispensable de nous intéresser aux perceptions des interrogés sur la question de recherche. Ayant utilisé des entretiens d'experts, nous avons recueilli l'expertise des divers interrogés face au phénomène auquel ils étaient confrontés. Pour cela un guide d'entretien a été établi avec des thèmes portant sur notre recherche. Le guide d'entretien a été élaboré après un état de la littérature et après avoir posé la problématique de notre recherche doctorale. Par sa structure adaptative, il a servi à interroger tout le panel choisi et n'a pas connu de modifications dans le cadre de l'enquête empirique. Notre propos était de connaître le rôle et la place de la santé dans l'octroi de crédit aux dirigeants de PME, et ayant dégagé lors des entretiens préliminaires avec les acteurs interrogés des informations importantes, cela nous a aidé à construire le guide d'entretien et d'agencer les thèmes qui allaient être abordés.

Si l'on se réfère à la définition de Blanchet et Gotman (2007) du guide d'entretien nous avons tenu compte dans son élaboration des facteurs multidimensionnels de l'objet d'étude. En effet, le travail de recherche qui porte sur le rôle et la place de la santé dans l'octroi de crédit fait appel à plusieurs dimensions sur lesquelles nous avons interrogé les acteurs concernés. Ces dimensions que sont la santé, l'assurance crédit, l'accès au crédit des PME entre autres ont été abordées permettant de recueillir les points de vue des différents acteurs.

Le guide d'entretien aborde les thématiques suivantes :

- 1. Les données socioprofessionnelles**
- 2. Le montage du dossier de crédit**
- 3. La santé**
- 4. L'assurance**
- 5. Le mensonge et la déviance**
- 6. La Convention AERAS**
- 7. L'obligation de résultats**
- 8. Le temps pour remplir le questionnaire de santé**

Le guide d'entretien se démarque du questionnaire et de son processus d'exploitation dans la mesure où il permet une structuration de l'interview mais ne permet en aucun cas de diriger le discours. Le guide d'entretien correspond à un ensemble de thématiques que le chercheur se

Chapitre III : Choix épistémologiques et méthodologiques

doit de connaître sans avoir à ni s'y référer ni à le manifester sous forme de questions. Le guide d'entretien a pour finalité d'assister l'interrogateur à *improviser* des relances pertinentes sur la pluralité des thématiques abordées, permettant ainsi à l'interrogé de fournir un discours qui lui est propre et non empreint de biais venant de la part de chercheur (*ibid*, 2007). Les thématiques présentées dans le guide d'entretien suivent une logique qui permet de mettre en confiance l'interlocuteur ; à cet effet, l'ordre de présentation des thèmes a été scrupuleusement respecté. Le respect de cet ordre avait également pour objectif d'une part d'éviter de s'éloigner du sujet de l'étude et, d'autre part, de faciliter l'analyse du discours. Elle permettait au premier de discours après retranscription d'être égal. Même si cela n'a pas d'incidence sur le discours, nous souhaitons que le corpus présenté pour l'exploitation par le logiciel d'analyse textuelle ait une cohérence dans l'ordre des thèmes abordés.

Dans le cadre de la réalisation des entretiens, plusieurs paramètres ont été pris en compte. Tout d'abord les lieux où se dérouleraient les interviews (environnement social et matériel), l'attitude à tenir face aux interrogés (cadre contractuel de la communication), le discours approprié (intervention de l'interviewer). Blanchet et Gotman (2007) affirment que ce sont les trois paramètres essentiels qu'il faut prendre en compte dans le cadre de la réalisation des entretiens.

En ce qui concerne l'environnement, lorsque cela était possible, l'entretien s'est tenu dans un lieu connu des interrogés, le plus souvent leurs bureaux. Nous nous sommes déplacés pour aller à leur rencontre permettant d'établir une relation de confiance. La réalisation des entretiens dans le cadre professionnel à l'avantage de placer l'interviewé dans un cadre professionnel où la production du discours est basée sur des thèmes opératoires (*ibid*, 2007). Des entretiens se sont tenus en Bretagne, à Paris, à Montpellier. Certains interrogés ont accepté d'être reçus dans les bureaux de l'université de Montpellier pour des entretiens dans un cadre beaucoup plus formel. En effet, la réalisation des entretiens dans le cadre professionnel de l'interrogateur est signe de professionnalité (*ibid*, 2007). Faute de pouvoir se rencontrer *de visu* et pour des raisons d'agendas, trois entretiens se sont déroulés par téléphone.

Pour mener à bien les entretiens, un cadre contractuel a été instauré. Avant de commencer les entretiens, nous avons expliqué aux acteurs l'objet de la recherche, garanti la confidentialité des entretiens qu'ils donneraient et nous leurs avons demandé l'autorisation de les enregistrer. Par ailleurs, nous leurs avons annoncé la durée approximative prévue de l'entretien et les

Chapitre III : Choix épistémologiques et méthodologiques

invité à se mettre à l'aise. Cependant, quand l'un des interrogés se révélait plus prolixe nous le laissons s'exprimer. Nous avons également précisé que ces entretiens s'inscrivaient dans le cadre d'une recherche doctorale.

Enfin, les modalités discursives d'intervention revêtent une grande importance car elles permettent de mettre en place les stratégies d'écoute, d'intervention et de relance. Dans notre cas, après avoir posé une question à l'interviewé, nous avons choisi de l'écouter attentivement sans intervenir jusqu'à ce qu'il s'arrête, puis de le relancer par une question ou une réitération dans le but qu'il complète une idée abordée. Nous avons veillé à regarder l'interviewé tout en prenant des notes pour lui montrer toute attention portée à ses propos, même si les entretiens étaient enregistrés. Nous avons également veillé à rester neutre pour ne pas biaiser son discours. Blanchet et Gotman (2007) soulignent que *« par ces relances, l'interviewer paraît ne rien dire qui n'ait été dit, il souligne, synthétise, reformule, demande une précision, et semble laisser à l'interviewé la part essentielle de la construction discursive »* (p.81).

Nous avons choisi de commencer tous les entretiens par les données personnelles comme l'âge, les études, les expériences professionnelles, etc. toujours pour les mettre en confiance et détendre l'atmosphère. Les thèmes les plus importants ont été abordés en dernier. Nous avons cessé les interviews à partir du moment où il y a eu saturation, c'est-à-dire, que les informations recueillies devenaient répétitives et qu'aucun fait nouveau n'était dégagé.

2. Traitement des données

Après réalisation des entretiens, il convient de réaliser des analyses du discours qui permettra de produire du sens. Pour se faire divers outils sont mis à la disposition des chercheurs pour faciliter son travail. Ces outils seront ici décrits et nous porterons l'attention sur le logiciel Alceste, un logiciel d'analyse textuel que nous utiliserons dans le cadre de notre recherche.

2.1 Les différents types d'analyses de discours

Fallery et Rodhain (2007), dans *« Quatre approches pour l'analyse de données textuelles : lexicale, linguistique, cognitive, thématique »* présentent l'éventail des différents types d'analyse textuelle. L'analyse du discours fait appel à plusieurs méthodes et plusieurs outils qui sont mis à la disposition du chercheur pour la production du sens. Les auteurs classifient l'ensemble des formes d'analyse du discours selon trois catégories qui ont des intérêts différents.

Chapitre III : Choix épistémologiques et méthodologiques

L'analyse lexicale permet de savoir « De quoi parle-t-on ? ». « *L'analyse lexicale est fondée sur les proximités entre les mots employés et la statistique fréquentielle : après une première étape de fabrication d'un lexique de mots, puis de découpage du texte en unités, il est ensuite construit une matrice de présence/absence « Mots du lexique x Unités de texte ». A cette matrice on applique alors les méthodes de l'analyse de données multidimensionnelles fondée sur le Chi2 (analyse factorielle de correspondances, classification hiérarchique ...) pour mettre en évidence les classes, les catégories ou les oppositions. L'objectivité proposée est liée au fait que les données sont traitées sans a priori sur les catégories à découvrir* » (ibid, 2007, p.6). Alceste, Sphinx-lexica, Spad-T sont les logiciels les plus utilisés pour ce type d'analyse.

L'analyse linguistique quant à elle s'intéresse plus à la question « Comment en parle-t-on ? ».(ibid, 2007). Elle permet de comparer deux styles de discours et limite la subjectivité du chercheur. Tropes et Prospero font partie des quelques logiciels utilisés.

L'analyse thématique répond à la question « Comment interpréter un discours ? » (ibid, 2007) C'est une méthode d'analyse qui consiste « à repérer dans des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets » (Mucchielli, 1996, p. 259). Elle correspond au repérage, au rassemblement et à l'étude des thématiques inscrites dans le corpus (Paillé & Mucchielli, 2008, p.162). En d'autres termes, l'analyse thématique est un découpage transversal du corpus dans son intégralité. Elle ignore la cohérence de l'entretien et défait « *l'architecture cognitive et affective des personnes singulières* » (Bardin, 1991, p.93).

L'approche cognitive enfin s'interroge sur « Comment structurer une pensée ? » (Fallery et Rodhain, 2007). Les logiciels conseillés sont Decision Explorer, Webrain, Internet Cartographer, MindManager, etc.

2.2 L'analyse textuelle par la méthode ALCESTE : Présentation du logiciel

Dans le cadre de notre thèse, nous avons choisi comme outil d'analyse du contenu le logiciel Alceste. Alceste est un logiciel de statistique textuelle donc lexicale qui a été mis au point par la société Image et le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS). L'acronyme Alceste signifie Analyse des Lexèmes Co-occurents dans les Enoncés Simples d'un Texte.

Chapitre III : Choix épistémologiques et méthodologiques

Alceste est un logiciel qui est actuellement développé par la société IMAGES. Reinert et Benzécri sont les créateurs de ce logiciel qui a pour but de classer les éléments du discours. Alceste est un outil qui permet l'étude d'un corpus textuel ; ainsi, selon Reinert (1990 in Dalud-Vincent, 2011, p.10), il s'agit « *non pas de chercher le sens d'un texte mais de déterminer comment sont organisés les éléments qui le constituent* ». Pour réaliser l'analyse avec Alceste, plusieurs étapes doivent être respectées dont la première est de mettre l'ensemble des entretiens sous forme de corpus. Le corpus est défini par Reinert, comme un « *ensemble de textes réunis [...] en fonction d'un objectif d'analyse [...]* » (*ibid*). Reinert (2000 in Dalud-Vincent, 2011, p.10) souligne que, pour que le résultat soit probant, deux conditions sont essentielles : le corpus se doit d'être cohérent et volumineux pour que l'élément statistique soit signifiant (Dalud-Vincent, 2011). Le logiciel procède par lemmatisation, c'est-à-dire qu'il réduit les mots à leur racine. L'analyse statistique textuelle réalisée par Alceste procède à un découpage homogénéisé du corpus, afin de faire ressortir les différentes thématiques abordées dans ce dernier. Les classes que l'outil propose au final n'est que la représentation des mots associés à la thématique et permet de faire ressortir les occurrences présentes et qui fonctionnent en cooccurrences.

L'utilisation du logiciel Alceste requiert une grande rigueur ; à ce titre, nous avons suivi auprès de la société Images une formation pour une meilleure compréhension et utilisation du logiciel et de la méthodologie à suivre. La formation s'est déroulée fin 2012 et s'est tenue sur deux jours. La version utilisée est Alceste 2012 ; elle a servi à la réalisation de ce travail.

Quatre étapes sont nécessaires pour réaliser une analyse Alceste (IMAGES) :

Etape A : Après avoir établi un corpus (ensemble de textes réunis pour l'analyse), le logiciel reconnaît les unités de contexte initiales (U.C.I = divisions du corpus) définies par les lignes étoilées dans lesquelles on pose des variables appelées mots étoilés, c'est-à-dire les mots que l'on marque à l'aide d'une étoile et qui ne sont pas intégrés à l'analyse.

Alceste possède différents dictionnaires qui lui permettent d'identifier les expressions, les mots-outils qui lui permettent de lemmatiser les formes textuelles reconnues.

Etape B : Lors de cette étape, le logiciel découpe le corpus en unités de texte appelées unités de contexte élémentaires (U.C.E = morceau de texte composé d'une ou plusieurs lignes) et procède à la classification de ces unités en tenant compte de la distribution du vocabulaire. Dans une analyse par défaut, Alceste réalise deux classifications successives en faisant varier

Chapitre III : Choix épistémologiques et méthodologiques

légèrement la longueur de chaque unité de contexte (double classification), ce qui a pour but d'assurer un équilibre au niveau de l'obtention des classes en écartant, en même temps, les éventuelles variations liées au découpage.

Etape C : L'étape C fournit les principaux résultats. On y trouve les différentes classes retenues, leur dépendance mutuelle que révèle l'analyse factorielle des correspondances, le vocabulaire dominant tel que les présences et absences significatives des formes dans les classes, ainsi que la catégorisation des mots, les mots étoilés et les mots outils caractéristiques. C'est sur ces éléments que le chercheur basera son interprétation.

Etape D : Après l'obtention définitive de la classification, cette étape effectue des calculs complémentaires sur chacune des classes, comme la liste des unités de contexte élémentaires, la classification ascendante, les segments répétés, le calcul des concordances, les réseaux de neurones, la cartographie du texte, etc.

Bien que Dallud-Vincent (2011) reconnaisse au logiciel des limites telles que les problèmes d'élocution et les informations que ce dernier considère comme insignifiantes (les moments de silence, les rires, les hésitations, etc), l'utilisation du logiciel Alceste offre de multiples avantages. Ainsi Delavigne (2004) affirme qu'Alceste permet d'avoir accès à des pistes interprétatives grâce aux statistiques fournies lors de l'analyse du corpus par l'outil. Il offre une vision informatisée du corpus qui sert de fil conducteur vers une description des formes linguistiques. Cependant, cette seule analyse ne saurait en aucun cas consister en une analyse linguistique complète ; il reste une part d'étude et d'interprétation du corpus qui doit être faite par le chercheur. C'est à lui qu'il revient de dégager du sens à partir des données fournies par le logiciel. Enfin, le logiciel fournit au scientifique un panel d'outils qui lui seront utiles dans la lecture de ces résultats : identification des différentes classes, des individus les plus représentatifs par classes ; analyse factorielle en corrélation, en contributions ; identification des réseaux de forme ; comparaison des individus ; dictionnaire des formes analysées, des mots absents ; dendrogrammes permettant d'afficher les liens que les formes d'une même classe maintiennent entre elles, etc.

Conclusion chapitre III

Ce chapitre présente notre posture épistémologique et les méthodes de recherche mises en avant pour obtenir une réponse à notre problématique. Nous avons cherché à connaître les différents positionnements épistémologiques existants afin de mieux nous positionner. Après étude, nous avons choisi la posture interprétativiste. De même sur le plan épistémologique, nous avons porté une attention particulière sur les principales démarches de raisonnement et avons opté pour la démarche abductive.

En ce qui concerne la méthodologie, l'approche qualitative a eu notre préférence du fait que notre travail est avant tout exploratoire et que cette approche apparaît comme la meilleure qui convienne à cette recherche. Le choix de la méthode a été justifié et les méthodes de collecte des données ont été explicitées.

La section 2 quant à elle expose le protocole de la recherche et la méthode de traitement des données. Cette section permet de comprendre le terrain, son accès, les motifs qui nous ont poussés à mener des recherches sur cette problématique. Le guide d'entretien ainsi que sa création et les thèmes qu'il aborde y sont décrits. Enfin, le choix du logiciel Alceste pour l'analyse des données a été justifié.

.

Chapitre IV

Résultats

Section 1 : Présentation des résultats bruts de l'étude empirique

- 1. Analyses descriptives des questionnaires de santé
- 1.1 Présentation des questionnaires de santé
- 1.2 Présentation des entretiens analysés par ALCESTE

Section 2 : Discussion des résultats et implications de la recherche

- 1. Questionnaire de santé ou questionnaire de maladie ?
 - 1.1 Quel est le rôle du questionnaire de santé ?
 - 1.2 Le questionnaire de santé porte d'entrée du mensonge
 - 1.3 Le cas particuliers des dirigeants emprunteurs malades : la convention AERAS est-elle désuète ?
 - 1.4 La maladie : entre déviance et asymétrie informationnelle
- 2. Fracture entre les réalités du terrain et les réalités administratives
 - 2.1 Le rationnement du crédit
 - 2.2 La transgression : un moyen pour faire entendre sa voix ?
 - 2.3 Décalages entre la réalité des entrepreneurs et celle des banquiers et des assureurs
 - 2.4 L'état de santé des dirigeants : un risque rationné

Introduction au chapitre 4

« *La vérité ne fait pas tant de bien dans le monde que ses apparences y font de mal* »
Rochefoucauld (*La*), *Réflexions ou sentences et maximes morales*, (1675), p. 24

Ce quatrième et dernier chapitre présente les résultats de notre recherche et répond aux questions de recherches que nous nous sommes posées aux prémices de ce travail. Rappelons ces questions :

- Pourquoi effectuer une sélection médicale ?
- Quel est l'impact de la santé sur l'octroi de crédit ?
- Quelles sont les rôles des questionnaires médicaux ?
- Quels sont les effets pervers de la sélection sur la santé ?

La première section montrera les résultats bruts des analyses que nous avons effectuées. En premier lieu, l'étude primaire des questionnaires de santé récoltés au cours de notre recherche sera faite puis nous dans deuxième temps l'analyse des entretiens réalisés par le logiciel Alceste sera dévoilée.

La seconde section est la section de l'interprétation des résultats. Nous profiterons pour répondre aux questions de recherches avec les résultats que nous aurons observés et obtenus sur le terrain. Pour cela, nous nous appuierons sur l'état de l'art que nous avons réalisé dans la première partie de ce travail. Cette section est une section clé car elle permet au chercheur, compte tenu de la problématique, du terrain étudié et de la méthodologie appliquée, d'exprimer si la réalité du terrain est analogue à la littérature ou bien si ce sont des mécanismes hétérogènes qui s'y trouvent. Les questions de recherches font appel à plusieurs thèmes et sous-thèmes que nous développerons dans le cadre de ce travail.

Puis nous aborderons la discussion et enfin nous terminerons par la conclusion générale.

Section 1 : Présentation des résultats bruts de l'étude empirique

Introduction de la section

Les questionnaires de santé constituent un élément clé dans le cadre de notre étude ainsi nous avons dans cette section choisi de présenter les résultats primaires bruts. Nous avons analysé la composition des questionnaires de santé et tenté de comprendre leurs tenants et aboutissants. Ce travail aura pour but dans la section 2 de nous aider à mieux appréhender le rôle des questionnaires de santé dans l'octroi de crédit.

Dans un deuxième volet, nous présenterons les résultats de l'analyse effectuées par le logiciel Alceste. Ces résultats, après examen, serviront de réponses aux prémisses sur lesquelles nous nous interrogeons au préambule de cette recherche.

1. Analyses descriptives des questionnaires de santé

La santé ou plus précisément la présence de maladie se révèle être un frein à l'accès au crédit des entreprises françaises. La santé des dirigeants évaluée à travers un questionnaire de santé par les compagnies bancaires et d'assurances, une fois rempli et traité, permet ou non d'obtenir un prêt, avec ou sans surprimes. La présence de maladie donne lieu à une sélection et une segmentation de l'offre par les assureurs.

1.1 Présentation des questionnaires de santé

Le premier résultat, qui était toutefois attendu, est le recours systématique au questionnaire de santé par les banques et les assurances pour appréhender l'état de santé de l'entrepreneur. Au-delà, le point important à souligner ici est le côté systématique de la prise en compte de ce risque qui est révélé par la généralisation de l'outil. Les résultats de l'étude des questionnaires médicaux montrent que l'accès au crédit, dans toutes les banques démarchées, est subordonné à un questionnaire de santé qui constitue un outil de sélection largement privilégié par les assureurs en matière de sélection sur l'état de santé de l'emprunteur. L'état de santé apparaît comme étant un élément essentiel voire indispensable pour une bonne appréciation des risques encourus par les banques et les assureurs. Les risques habituellement couverts lors d'un emprunt bancaire sont les risques de décès, d'invalidité et de maladie. Les réponses fournies par l'assuré ainsi que son âge déterminent le niveau de contrôle du service médical de la compagnie d'assurance. Ce même service après étude du dossier médical du candidat prononce un verdict selon une grille actuarielle appelée table de survie. Cette table de survie est basée sur les statistiques de morbidité de la population délivrée chaque année par l'Insee et par des résultats de recherches médicales privés. Cette grille après cumul des affections du client permet d'aboutir à une réponse favorable ou pas, avec ou sans garanties, avec ou sans surprimes. L'étude des questionnaires de santé porte sur un échantillon de onze banques françaises et a permis de répertorier 80 maladies regroupées par grandes familles de pathologies. Certaines maladies apparaissent comme étant communes aux onze questionnaires, comme par exemple le sida, le cancer, l'hépatite, la sciatique. Les pathologies les plus récurrentes sont celles qui sont liées aux maladies de l'appareil respiratoire, aux maladies des os ou des articulations, aux atteintes psychiques, aux maladies tumorales et cancéreuses, aux maladies du diabète, de l'hypertension, etc., et bien entendu aux maladies du sang et immunitaires dont le VIH est en première position. Le cas spécifique du suicide, mort

Chapitre IV: Résultats

volontaire, n'est jamais couvert ou selon certaines couverture seulement un an après souscription.

22. Etude des questionnaires médicaux

	LCL	BNP	SG	BP	CIC	CM	CA	CE	PALA-TINE	BC	HSCB
QDS¹² à remplir	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	Oui
Montant minimum pour remplir un questionnaire	50 000 euros	50 000 euros	50 000 euros	50 000 euros	50 000 euros	50 000 euros	50 000 euros	50 000 euros	50 000 euros	50 000 euros	50 000 euros
Temporalité ex ante	10 ans avant à nos jours	10 ans avant à nos jours	10 ans avant à nos jours	10 ans avant à nos jours	5 ans avant à nos jours	5 ans avant à nos jours	5 ans avant à nos jours	Vie entière	Vie entière	10 ans avant à nos jours	5 ans avant à nos jours
Temporalité ex post	12 mois	12 mois	non	12 mois	non	non	12 mois	Les mois à venir	Les mois à venir	12 mois	non
Genre	non	oui	non	non	oui	oui	non	non	non	non	non
Hygiène de vie	non	oui	oui	non	oui	oui	non	non	non	non	oui
Traitement en cours ou ultérieur à la demande du crédit	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui

Le questionnaire de santé prend en compte plusieurs variables tels que l'âge, le montant des sommes assurées, la durée et la nature du contrat. Par ailleurs, il convient de souligner que la

¹² QDS= Questionnaire De Santé

Chapitre IV: Résultats

catégorie socioprofessionnelle ou le secteur d'activité, l'hygiène de vie du contractant dans notre cas, les dirigeants de petites structures, peuvent être des éléments de sélection et souvent croisés entre eux. Ce qui ressort de l'analyse des questionnaires médicaux est qu'ils ne sont pas standardisés, ils sont adaptés aux critères d'assurabilité et de sélection établit par chaque établissement bancaire.

Les questionnaires médicaux se composent de questions fermées et de questions ouvertes et répertorient toutes les maladies, les traitements, les arrêts médicaux auxquels a été confronté le présumé à l'assurance. Le questionnaire de santé utilise une échelle dichotomique et multi-dichotomique et répertorient toutes les maladies, les traitements, les arrêts médicaux auxquels a été confronté le prétendant à l'assurance. Le questionnaire de santé prend en compte la santé dans sa globalité, s'intéressant non seulement aux maladies passées auxquelles le préposé à été confronté, mais aussi à son état de santé futur. L'antériorité remonte généralement, pour la plupart des banques, jusqu'à dix ans. Cependant, certaines d'entre elles se renseignent sur la vie entière. Le questionnaire de santé établit un suivi sur les douze mois suivant la souscription. Le questionnaire médical prend en considération tout les instants de la vie du signataire : de son hygiène de vie jusqu'à ses activités sportives et professionnelles. Les questionnaires médicaux prennent en considération toutes les pathologies existantes et sur lesquelles existent suffisamment de recul en termes de statistique de morbidité (Mondelus & Torrès, 2013).

23. Variables prises en compte dans le questionnaire de santé

	100 000 €	100 001 à 175 000 €	175 001 à 250 000 €	250 001 à 500 001 €	500 001 à 1 000 000 €	1 000 001 à 1 400 000 €
De 18 à 46 ans				Rapport médical+ profil sanguin 1+ Examen cardiologi- que	Profil sanguin 2 Rapport médical+ profil sanguin 1+ Examen cardiologique	Profil sanguin 2 Rapport médical+ profil sanguin 1+ Examen cardiologique1 Echographie cardiaque

Chapitre IV: Résultats

De 46 à 55 ans	Déclaration d'état de santé ressentie ou questionnaire médical			Profil sanguin 2 Rapport médical+ profil sanguin 1+ Examen cardiologique Analyse d'urine	Profil sanguin 2 Rapport médical+ profil sanguin 1+ Examen cardiologique1 Echographie cardiaque Examen cardiologique 2
De 56 à 65 ans	Questionnaire de santé ou déclaration état de santé	Questionnaire de santé ou déclaration état de santé	Profil sanguin 2 Rapport médical+ profil sanguin 1+	Profil sanguin 2 Rapport médical+ profil sanguin 1+ Examen cardiologique1	Rapport médical+ profil sanguin 1,2+ examen cardiologique 1et 2, Analyse d'urine, dosage des PSA pour les hommes+
De 66 à 69 ans		Questionnaire de santé ou déclaration état de santé + Examen cardiologique	Examen cardiologique Analyse d'urine	Echographie cardiaque	Rapport médical+ profil sanguin 1,2+ examen cardiologique 1et 2, Analyse d'urine, dosage des PSA pour les hommes+ échographie cardiaque+radiographie du thorax + mammographie bilatérale avec compte rendu détaillé

Source BNP Paribas

La forme du questionnaire de santé proposé au client dépend du montant demandé : les questionnaires de santé sont très hiérarchisés dans leur classement, si le montant demandé est faible une simple déclaration d'état de santé ou un questionnaire de santé succinct faisant état de la santé de l'assuré suffit. À l'inverse, plus l'âge du client et le capital demandé sont élevés, plus les informations demandées et les contrôles médicaux sont accrus. Un questionnaire plus détaillé et des examens complémentaires sont le plus souvent sollicités dans ces cas précis. En plus de l'état de santé du souscripteur, le questionnaire de santé prend en considération l'âge et les montants alloués. Les formalités à remplir sur l'état de santé varient ostensiblement selon ces critères. De 18 à 46 ans, l'assuré doit remplir une

Chapitre IV: Résultats

déclaration d'état de santé pour un montant inférieur ou égal à 100 000 euros et ce jusqu'à 250 000 euros. Au-delà de ce montant, l'assuré devra fournir des examens complémentaires. À partir de 50 ans et jusqu'à 70 ans, selon les montants sollicités, l'assuré subit des tests en profondeur. Sur les huit banques étudiées, les plus de 70 ans ne font plus partie du panel de client pouvant faire un prêt (Mondelus et Torrès, 2011). En d'autres termes, plus l'emprunteur est âgé, plus le montant sollicité est élevé, plus le nombre de tests auxquels l'emprunteur doit se soumettre est conséquent.

24. Tableau des formalités d'adhésion à l'assurance

Cumul de risque : montant A+B	Formalités médicales à effectuer.
Inférieur ou égal à 230 000 euros	Formulaire de déclaration du risque.
Supérieur à 230 000 euros et inférieur ou égal à 300 000 euros	Formulaire de déclaration du risque. + Analyse de sang : Numération de la Formule Sanguine (NFS), Plaquettes, Créatinine, Acide urique, Cholestérol total et HDL, Triglycérides, Glycémie à jeun, Gamma GT, Transaminases (ASAT, ALAT), Vitesse de Sédimentation, Sérologies des hépatites B et C (AgHBs et AchVC) et HIV (HIV 1 et 2). Dosage PSA pour les candidats masculins âgés de 60 ans ou plus uniquement. + Analyse d'urines : sucre, albumine, recherche des germes, cytologie.
Supérieur à 300 000 euros et inférieur ou égal à 1 700 000 euros	Formulaire de déclaration du risque. + Analyse de sang : Numération de la Formule Sanguine (NFS), Plaquettes, Créatinine, Acide urique, Cholestérol total et HDL, Triglycérides, Glycémie à jeun, Gamma GT, Transaminases (ASAT, ALAT), Vitesse de Sédimentation, Sérologies des hépatites B et C (AgHBs et AchVC) et HIV (HIV 1 et 2). Dosage PSA pour les candidats masculins âgés de 60 ans ou plus uniquement. + Analyse d'urines : sucre, albumine, recherche des germes, cytologie. + Compte-rendu cardiovasculaire : Electrocardiogramme de repos et compte-rendu établi par un cardiologue. + Rapport de visite médicale : rapport rempli par un médecin (sur le modèle de l'assureur). Pour les dossiers présentant un cumul de risque supérieur à 1 000 000 euros et si le proposant est âgé de 65 ans ou plus: un compte-rendu de radiographie du thorax.
Supérieur à 1 700 000 euros et inférieur ou égal à 4 000 000 euros	Formulaire de déclaration du risque. + Rapport de visite médicale : rapport rempli par un médecin (sur le modèle de l'assureur). + Analyse de sang : Numération de la Formule Sanguine (NFS), Plaquettes, Créatinine, Acide urique, Urée, Cholestérol total et HDL, Triglycérides, Glycémie à jeun, Gamma GT, Transaminases (ASAT, ALAT), Vitesse de Sédimentation, Prothrombine, Bilirubine, Phosphatases Alcaline, Hémoglobine glyquée (HBA1C) Sérologies des hépatites B et C (AgHBs et AchVC) et HIV (HIV 1 et 2). Dosage PSA pour les candidats masculins âgés de 60 ans ou plus uniquement. + Analyse d'urines : sucre, albumine, sang, leucocyte et recherche des germes. + Compte-rendu cardiovasculaire : électrocardiogramme de repos avec compte-rendu établi par un cardiologue. En l'absence de contre-indication et uniquement pour les personnes âgées de moins de 60 ans : électrocardiogramme d'effort avec compte-rendu établi par un cardiologue. En cas de contre-indication d'Electrocardiogramme d'effort ou pour les personnes âgées de 60 ans ou plus : échocardiographie avec compte-rendu établi par un cardiologue. + Radiographie du thorax avec compte-rendu établi par un radiologue. + Formalités financières : les formalités financières seront adressées à votre agence qui se chargera de vous contacter pour son remplissage.
Supérieur à 4 000 000 euros	votre conseiller vous indiquera les formalités spécifiques.

Source : Société Générale

Chapitre IV: Résultats

Le document ci-dessus fourni par la Société Générale corrobore le document de la banque BNP-Paribas. La seule valeur absente de ce document est l'âge souscripteur sinon, il reste valable que plus le montant du crédit demandé est important, plus les examens médicaux seront poussés.

25. Tableau : Les dispositions particulières en couverture de prêt en assurance

RISQUES ASSURABLES		CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT			
sous réserve de l'acceptation par l'Assureur et des cas d'exclusion.		DÉCÈS	PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE PTIA	INVALIDITÉ TOTALE ET DEFINITIVE ITD (contrats A et D)	INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE ITT (contrats N et E)
PRISE D'EFFET DES GARANTIES (article 3-2)		A la plus tardive des deux dates suivantes : – Date de signature du contrat de prêt ou, pour les prêts soumis aux articles L 311-1 et suivants et L 312-1 et suivants du code de la consommation, date d'acceptation de l'offre de prêt par l'emprunteur – Date d'accord de l'Assureur notifié au Prêteur.			
AGES LIMITES D'ADHESION (article 2)		65 ans	60 ans	60 ans	60 ans
AGES LIMITES DE GARANTIE (article 8)		65 ans prêts aux professionnels 70 ans prêts aux particuliers et à l'habitat	60 ans	60 ans	60 ans
PÉRIODE DE FRANCHISE (article 4-3-1)		—	—	—	90 jours
PRESTATIONS GARANTIES (article 4)		- Le capital restant dû au jour du décès ou de la reconnaissance de la PTIA ou de l'ITD - Le plafond autorisé pour les ouvertures de crédit Selon la quotité portée dans les caractéristiques du financement			
PRESTATIONS MAXIMA GARANTIES tous financements confondus (article 5-3)		- jusqu'à son 65 ^{ème} anniversaire : 1 200 000 € - de son 65 ^{ème} anniversaire à son 70 ^{ème} anniversaire : 400 000 €			
DÉLAIS DE PRESENTATION DES JUSTIFICATIFS (article 6)		Dans les jours qui suivent le décès.	A compter du jour où les conditions de la garantie sont réunies et, au plus tard, dans un délai de deux ans toute de quoi les prestations garanties seront calculées à la date de réception du dossier par l'Assureur.		
PRIMES (articles 3 et 7)		Le tarif de base est indiqué dans l'offre ou le contrat de prêt. Il peut cependant être majoré sur décision de l'Assureur. Contrat N : lorsque l'ITT n'a pas été souscrite, le taux double au 60 ^{ème} anniversaire de l'Assuré(e).			
LES EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES s'ajoutant aux exclusions de l'article 5 de la notice d'information		Ne donnent pas lieu à prise en charge les incapacités et invalidités (qu'elles soient temporaires, permanentes, définitives et/ou irréversibles) qui résultent : - d'une affection psychiatrique (dépressions nerveuses de toutes natures et de toutes origines, autres affections psychiatriques de toutes natures et de toutes origines) et ce même si elle donne lieu à une prise en charge de l'assuré par un autre organisme (Sécurité Sociale par exemple). Au cas où l'incapacité ou l'invalidité est la conséquence de plusieurs affections différentes conjuguées, apparues simultanément ou non, il appartient au Contrôle médical d'apprécier la part d'incapacité relevant de l'affection psychiatrique. La prise en charge sera refusée chaque fois que l'affection psychiatrique représentera 50 % ou plus de l'ensemble de l'invalidité ou de l'incapacité. - d'atteintes discales ou vertébrales : lumbago ; lombalgie ; sciatalgie ; dorsalgie ; cervicalgie ; névralgie cervico-brachiale ; hernie discale,			

(Source Crédit Agricole)

Chapitre IV: Résultats

On peut aussi voir qu'au-delà de 4 000 000 millions d'euros, des formalités spécifiques doivent être remplies. A priori, les examens demandés restent les mêmes dans les deux banques. Une différence est faite entre une simple déclaration de santé, un questionnaire de santé, un questionnaire médical et un rapport médical. Il est important de souligner que c'est le montant du crédit qui déterminera le type de questionnaires auxquels le demandeur doit se soumettre.

Le questionnaire de santé va de soi avec les dispositions de couverture en assurance qui à leur tour impose des conditions d'accès à l'assurance. Ce document issu du dossier d'assurance de la banque Crédit Agricole montre les risques contre lesquels sont assurés les souscrivants, les prises d'effets des garanties du contrat, l'âge limite d'adhésion et des garanties ainsi que les surprimes et les éventuelles exclusions. On constate qu'à 65 ans le client est non assurable et la garantie pour les professionnels s'étend jusqu'à 70 ans. En ce qui concerne les exclusions, les personnes atteintes d'affections psychiatriques allant de la dépression jusqu'à une maladie mentale sont totalement exclues de la couverture assurantielle. Les atteintes discales ou vertébrales telles que les douleurs dorsales, cervicales, lombalgiques, etc, sont également non prises en charges. Sachant que certaines pathologies appellent à une exclusion ou à une surprime, il nous est apparu intéressant de répertorié toutes les pathologies présentes dans les questionnaires de santé. Subséquemment, nous avons recensées toutes les maladies communes dans les douze questionnaires de santé dans les deux tableaux ci-après.

26. . Tableau : Pathologies recensées dans les questionnaires de santé

Atteinte du système endocrinien ou du métabolisme
Hypercholestérolémie
Affection de la thyroïde
Diabète
Maladie du sang
Anémie
Anomalie de la coagulation
Leucémie
Atteinte psychiatrique
Dépression, stress, surmenage
Tentative de suicide
Psychose,
Schizophrénie
Anorexie mentale
Boulimie
Maladie du système nerveux ou des muscles
Paralysie

Chapitre IV: Résultats

Accident vasculaire cérébral
Accident ischémique transitoire
Epilepsie
Sclérose en plaques
Maladies des sens
Surdité
Troubles de la vue
Troubles de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'�il
Maladie cardiovasculaire
Malformation ou souffle cardiaque
Douleurs thoraciques
Palpitations
Artérite
Varices veineuses
Hypertension artérielle
Maladie coronarienne
Infarctus du myocarde
Troubles du rythme
Maladie de l'appareil respiratoire
Bronchite chronique
Asthme
Emphysème
Maladie de l'appareil digestif ou de l'abdomen
Hémorragie digestive
Affection de l'œsophage
Affection de l'estomac
Affection de l'intestin
Affection du colon
Affection du rectum
Affection du foie
Affection de la vésicule biliaire ou des voies biliaires
Affection du pancréas
Hernie
Hépatite
Cirrhose
Affections de l'appareil urogénital
Albuminurie
Affections des reins
Affections des voies urinaires
Coliques néphrétiques
Cystite
Affections des organes génitaux
Maladie de la peau
Psoriasis
Kyste
Maladies des os et des articulations
Ostéoporose
Lumbago
Hernie discale
Sciatique

Chapitre IV: Résultats

Arthrose
Douleurs dorsales
Maladie tumorale
Autres
Cholestérol
Triglycérides
Glycémie
Couverture du suicide

Après avoir effectué un recensement des pathologies et de leurs liens communs avec tout les questionnaires étudiés, nous avons établi une comparaison entre les maladies présentes et leur récurrence sur les douze questionnaires. On peut distinguer que dans les maladies infectieuses ou parasitaires le sida est l'affection que l'on retrouve dans tous les questionnaires. En ce qui concerne, les atteintes du système endocrinien ou du métabolisme, le diabète et la thyroïde sont les pathologies les plus présentes. La dépression, le stress, la schizophrénie sont des maladies répertoriées par les douze banques pour ce qui est des pathologies psychiatriques. Les maladies du système nerveux ou des muscles mettent en en têtes de liste la paralysie, les AVC (accidents vasculaires cérébraux) et l'épilepsie. Pour, les maladies cardiovasculaires, deux pathologies se démarquent : la malformation ou souffle cardiaque et l'hypertension artérielle. L'hépatite (B et C) est l'affection, la plus citées dans la famille des maladies de l'appareil digestif ou de l'abdomen. Comme précité, dans le paragraphe précédent, les pathologies des os et des articulations telles que le lumbago, la sciatique, l'arthrose, les douleurs dorsales sont les maladies les plus prédominantes. Toutes les maladies tumorales et cancéreuses recensées par toutes les banques de notre panel sont soumis à étude et une surprime et/ou exclusion peut s'appliquer.

27. Tableau : Comparaison des variables entre les banques

	LCL	BNP	SG	CA	BP	CE	CIC	CM	BC	PALATINE	HSBC
Tableau des maladies											
Maladie infectieuse ou parasitaire	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
tuberculose		X					X	X	X	X	X
paludisme		X					X	X	X	X	X
amibiase		X					X	X	X	X	X
infection immunodéficience acquise (SIDA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atteinte du système endocrinien ou du métabolisme	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Chapitre IV: Résultats

hypercholestérolémie		X					X	X	X	X	X
affection de la thyroïde		X	X				X	X	X	X	X
diabète		X	X				X	X	X	X	X
Maladie du sang		X					X	X	X	X	X
anémie		X					X	X	X	X	X
anomalie de la coagulation		X					X	X	X	X	X
leucémie		X					X	X	X	X	X
Atteinte psychiatrique	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
dépression, stress, surmenage	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
tentative de suicide		X					X	X	X	X	X
psychose,	X	X				X	X	X	X	X	X
schizophrénie	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
anorexie mentale		X					X	X	X	X	X
boulimie		X					X	X	X	X	X
Maladie du système nerveux ou des muscles	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
paralysie	X	X		X			X	X	X	X	X
accident vasculaire cérébral		X		X	X		X	X	X	X	X
accident ischémique transitoire		X					X	X	X	X	X
épilepsie		X	X				X	X	X	X	X
sclérose en plaques		X					X	X	X	X	X
Maladies des sens		X					X	X	X	X	X
surdité		X					X	X	X	X	X
troubles de la vue		X					X	X	X	X	X
troubles de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'�il		X					X	X	X	X	X
Maladie cardiovasculaire	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
malformation ou souffle cardiaque	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
douleurs thoraciques		X					X	X	X	X	X
palpitations		X					X	X	X	X	X
artérite		X					X	X	X	X	X
varices veineuses		X					X	X	X	X	X
hypertension artérielle	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Maladie coronarienne		X					X	X	X	X	X
infarctus du myocarde	X	X				X	X	X	X	X	X
troubles du rythme		X					X	X	X	X	X
Maladie de l'appareil respiratoire		X					X	X	X	X	X
bronchite chronique		X					X	X	X	X	X
asthme		X					X	X	X	X	X
emphysème		X					X	X	X	X	X
Maladie de l'appareil		X					X	X	X	X	X

Chapitre IV: Résultats

digestif ou de l'abdomen											
hémorragie digestive		X					X	X	X	X	X
affection de l'œsophage		X					X	X	X	X	X
affection de l'estomac		X					X	X	X	X	X
affection de l'intestin		X					X	X	X	X	X
affection du colon		X					X	X	X	X	X
affection du rectum		X					X	X	X	X	X
affection du foie		X					X	X	X	X	X
affection de la vésicule biliaire ou des voies biliaires		X					X	X	X	X	X
affection du pancréas		X					X	X	X	X	X
hernie		X					X	X	X	X	X
hépatite	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
cirrhose		X					X	X	X	X	X
Affections de l'appareil urogénital		X					X	X	X	X	X
albuminurie		X					X	X	X	X	X
affections des reins		X					X	X	X	X	X
affections des voies urinaires		X					X	X	X	X	X
coliques néphrétiques		X					X	X	X	X	X
cystite		X					X	X	X	X	X
affections des organes génitaux		X					X	X	X	X	X
Maladie de la peau		X					X	X	X	X	X
psoriasis		X					X	X	X	X	X
kyste		X					X	X	X	X	X
Maladies des os et des articulations	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
ostéoporose		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
lumbago	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
hernie discale		X	X			X	X	X	X	X	X
Sciatique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Arthrose	X	X				X	X	X	X	X	X
douleurs dorsales		X				X	X	X	X	X	X
Maladie tumorale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Autres		X					X	X	X	X	X
cholestérol		X	X				X	X	X	X	X
triglycérides		X					X	X	X	X	X
Glycémie		X					X	X	X	X	X
Couverture du suicide	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non

Les questionnaires médicaux des différents organismes bancaires sur lesquels a porté cette recherche ont un nombre de questions hétérogènes. Les questions peuvent passer d'un nombre restreint (43 pour la Société Générale) à un nombre beaucoup plus important (177 pour la BNP). En effet, cette hétérogénéité s'explique par la différence qui est faite entre une simple

Chapitre IV: Résultats

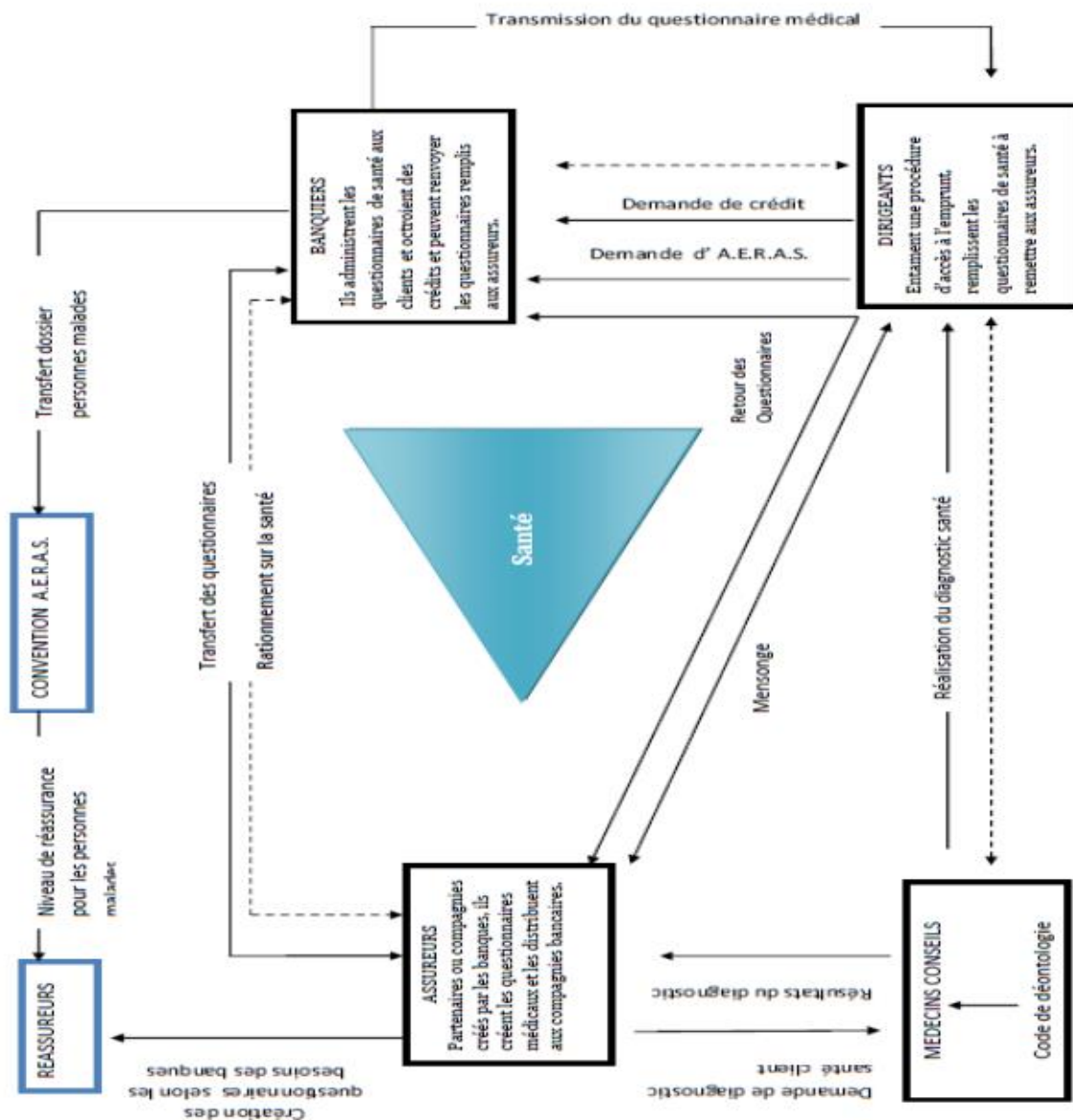
déclaration de santé qui est un questionnaire de dix questions environs, un questionnaire de santé et un questionnaire médical détaillé. En répondant négativement à l'une des dix questions le demandeur est appelé selon son âge, sa santé, sa situation et autres facteurs à remplir un questionnaire de santé plus détaillé et, voire dans certains cas à rencontrer le médecin conseil de l'assureur.

Cette hétérogénéité tient également au fait que les questionnaires sont adaptés aux critères de sélection établis par chaque établissement bancaire. D'une certaine manière, le questionnaire santé reflète la stratégie commerciale de la banque et les valeurs qui la guident. Plus une banque observe une sélection à l'entrée, plus les exigences des questionnaires de santé sont élevées. Ainsi, BNP Paribas, le CIC et le Crédit Mutuel sont les organismes bancaires qui posent le plus de questions sur le passif santé de l'assurable. Les autres banques, telles que le Crédit Agricole, La Caisse d'Épargne, la Banque Populaire ou le Crédit Lyonnais considérées comme des banques plus mutualistes, sont celles qui en posent le moins. La Banque Populaire, quant à elle, est la banque la moins regardante sur la santé de ses clients, puisque son questionnaire est celui qui répertorie le moins de maladies, seulement 13, lorsque d'autres banques en évoquent 79. Ces différences s'expliquent par les positionnements différents de ces banques, les premières plus orientées vers le haut de gamme, les autres préservant davantage un esprit mutualiste ou présentant un profil de banque accessible aux petits entrepreneurs, commerçants et artisans. C'est notamment le cas de la Banque Populaire et du Crédit Agricole. Enfin, on constate que certains questionnaires, les assureurs posent toujours des questions sur le genre de l'assuré alors que l'article 111-7 du Code des Assurances assurent que *« toute discrimination directe ou indirecte fondée sur la prise en compte du sexe comme facteur dans le calcul des primes et des prestations ayant pour effet des différences en matière de primes et de prestations est interdite. Les frais liés à la grossesse et à la maternité n'entraînent pas un traitement moins favorable des femmes en matière de primes et de prestations »*. A cet égard, une directive européenne avait été mise en place en 2004 afin d'éviter les discriminations sexuelles dans les assurances. Toutefois les compagnies pouvaient y déroger sur la base de statistiques fiables. La Cour de justice européenne, le 1er mars 2011, a rendu son verdict selon lequel les compagnies d'assurance doivent arrêter de fixer leurs prix en fonction du sexe de l'assuré. La décision de la CJE a rendu invalide l'article 5.2 de la directive 2004/113 *« Prendre en compte le sexe des individus assurés comme un facteur de risque dans les contrats d'assurance constitue une discrimination »* selon la directive (Mondelus et al, 2011).

Chapitre IV: Résultats

L'enquête empirique montre que les questionnaires médicaux sont élaborés par des médecins-conseils et des actuaires qui travaillent pour la compagnie d'assurance. Les services de souscription des entreprises d'assurances qui travaillent sur les questionnaires de santé de concert avec les services médicaux et les services d'actuariat, c'est là le travail qui se fait en aval. En amont, comme le montre le schéma du circuit de construction, le questionnaire est premièrement élaboré par le pool des réassureurs mondiaux selon les doléances des banques souscriptrices. Les questionnaires médicaux suivent un circuit spécifique avant d'arriver au client final qui est le souscripteur dans le cadre d'un octroi de crédit.

8. Schéma : Circuit du questionnaire de santé



Chapitre IV: Résultats

Les banques distributrice des questionnaires de santé des compagnies d'assurance avec qui elles collaborent sollicitent des questionnaires médicaux auprès de ces dernières, selon leurs *désiderata*, qui elles à leur tour les commandent auprès des compagnies de réassurances mondiaux. Après élaboration, les questionnaires sont retournés aux banques qui les administrent aux clients souhaitant accéder au prêt bancaire, dans notre cas, les dirigeants de PME.

Verbatim

Par qui est élaboré le questionnaire de santé ? Sont-ce les médecins conseils ? Comment s'y prend-t-on pour le faire ? Existe-t-il un service spécifique à la construction du questionnaire de santé ?

« Aujourd'hui comment est-ce que cela fonctionne ? [...] les auteurs sont des gens qui s'occupent des souscriptions et qui ont des compétences médicales et qui ont des compétences statistiques et là vous trouvez effectivement les actuaires et les médecins. Mais la base comme, je vous le dis, c'est pratiquement les grandes compagnies de réassurances et les grands services de réassurance qui élaborent, qui ont des manuels de tarifications et les questionnaires permettent normalement de positionner les risques par rapport à ces manuels de tarifications. Ils sont élaborés pour pouvoir correspondre à ces cas, ces divers cas qui font partie du manuel de tarification ».

Assureur, entretien n°12

Les questionnaires de santé sont de remarquables outils marketing. Ils sont construits à ce que les attitudes mensongères puissent être facilement détectées, les actuaires utilisent à ce titre la politique de la reformulation des questions. Par exemple, la question suivez-vous un traitement actuellement est reformulé sous la forme avez-vous été hospitalisé dans telle service hospitaliers dans les dix dernières années ? Ce mode de fonctionnement permet d'éviter les pratiques frauduleuses, c'est-à-dire la fausse déclaration intentionnelle.

a. Présentation des résultats des entretiens analysés par ALCESTE

Le principe du logiciel est simple, il consiste en la classification ascendante et descendante du corpus. Il fragmente successivement le texte d'où sont extraites des classes significatives possédant les mêmes mots. Schématiquement, il s'agit d'une méthode partant d'une première classe contenant la totalité des unités textuelles. On scissionne en deux cette classe de sorte

Chapitre IV: Résultats

que les deux sous classes obtenues aient les vocabulaires les plus différentes possible. Ensuite, à chaque pas de calcul la plus grande classe restante est partagée de nouveau en deux et ainsi de suite jusqu'à l'obtention d'un certain nombre de classes prédéfini à l'avance. Les classes obtenues sont alors des classes d'unités de texte qui ont une distribution de vocabulaire assez proche, vecteur supposé du sens de la classe. La méthode Alceste trouve ses origines dans des méthodes statistiques telles que la statistique lexicale et la statistique distributionnelle. La statistique lexicale est un outil de comparaison des textes quand la statistique distributionnelle mise en place par les linguistes avait pour but de définir la typologie de langue, le niveau de la syntaxe et l'utilisation de certaines catégories de mots tels que les pronoms, articles, etc (IMAGES, 2012). Ce que l'on définit pour Alceste comme une Analyse des Lexèmes Co-occurents (deux mots sont co-occurents s'ils sont présents simultanément dans plusieurs unités textuelles) dans un Ensemble de Segments de Textes peut se définir par trois approches :

- Approche lexicale grâce à la statistique lexicale et la lexicométrie
- Approche analyse de contenu, qui consiste à découper le texte en unités de contexte
- Approche analyse de données, pour classer ces unités de contexte

La méthode Alceste repose sur la fréquence des mots et « *de la structure formelle de leurs co-occurrences dans les énoncés d'un corpus donné* » (Reinert, 1993 in Blanchet et al., 2007). La co-occurrence est la présence concomitante de deux ou de plusieurs mots (ou autres unités linguistiques) dans le même énoncé. Ces mots ne sont pas nécessairement liés par synonymie ou antonymie ou contenance (hyperonymie ou méronymie) mais possèdent cependant forcément un quelconque lien linguistique. Lorsque les deux mots ou autres unités linguistiques ont un rapport sémantique, la notion de cooccurrence est à la base de celle de champ lexical.

Pour une bonne utilisation du logiciel, nous avons mené au préalable les entretiens auprès des interviewés, puis nous les avons retranscrits et préparés pour analyse par le logiciel. Tout d'abord, les questions ont été mises en majuscules afin qu'elles ne soient pas incluses dans le corpus et enfin, nous avons défini les mots étoilés qui seraient présents dans les 18 entretiens. Dans notre cas, les mots sont définis de la manière suivante : **** *entretien_ nom de l'interviewé *fonction_de l'interviewé *sexe_de l'interviewé *numéro_de l'entretien. Ensuite, nous avons copié-collé l'ensemble du corpus dans le bloc-note de l'ordinateur et finalement nous l'avons inséré dans le logiciel Alceste pour analyse. Les 18 entretiens qui constituent le corpus ont été analysés en utilisant un paramétrage standard où les valeurs des

Chapitre IV: Résultats

paramètres sont prédéfinies en fonction de la taille du texte à analyser. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, effectue deux classifications successives. Après l'analyse du vocabulaire, Alceste procède au découpage du texte et à la classification. Lors de cette opération, les différentes techniques spécifiques du logiciel sont utilisées, comme le découpage en unités de contexte et la classification descendante hiérarchique. Rappelons que dans une analyse standard, les paramètres sont prédéfinis par le programme qui procède à deux classifications successives afin de retenir les classes les plus stables, alors que dans une analyse paramétrée, l'utilisateur définit ses propres paramètres ainsi que le type de classification (simple ou double). En règle générale, on utilise une classification simple lorsque le corpus est de petite taille, par exemple pour le traitement de réponses à des questions ouvertes, etc. En revanche, une classification double devient très intéressante lorsque le corpus est de grande taille.

Notre corpus étant composé de 108547 unités de contexte initiales (u.c.i), des divisions naturelles des entretiens, nous avons du fait de sa grande taille opté pour une classification double. Le nombre de mots par unité de contexte est de 8 pour la première classification et de 10 pour la deuxième. Par ailleurs, nous soulignons qu'un mot est analysé lorsqu'il est présent dans au moins 4 unités de contexte élémentaires (u.c.e). Comme l'indique le schéma ci-dessous, 89% des unités textuelles du corpus ont été jugées pertinentes puis classées et enfin, 11% ont été rejetées de l'analyse. Le vocabulaire du corpus est riche à 99.17%. Les unités classées sont réparties en 3 classes significatives.

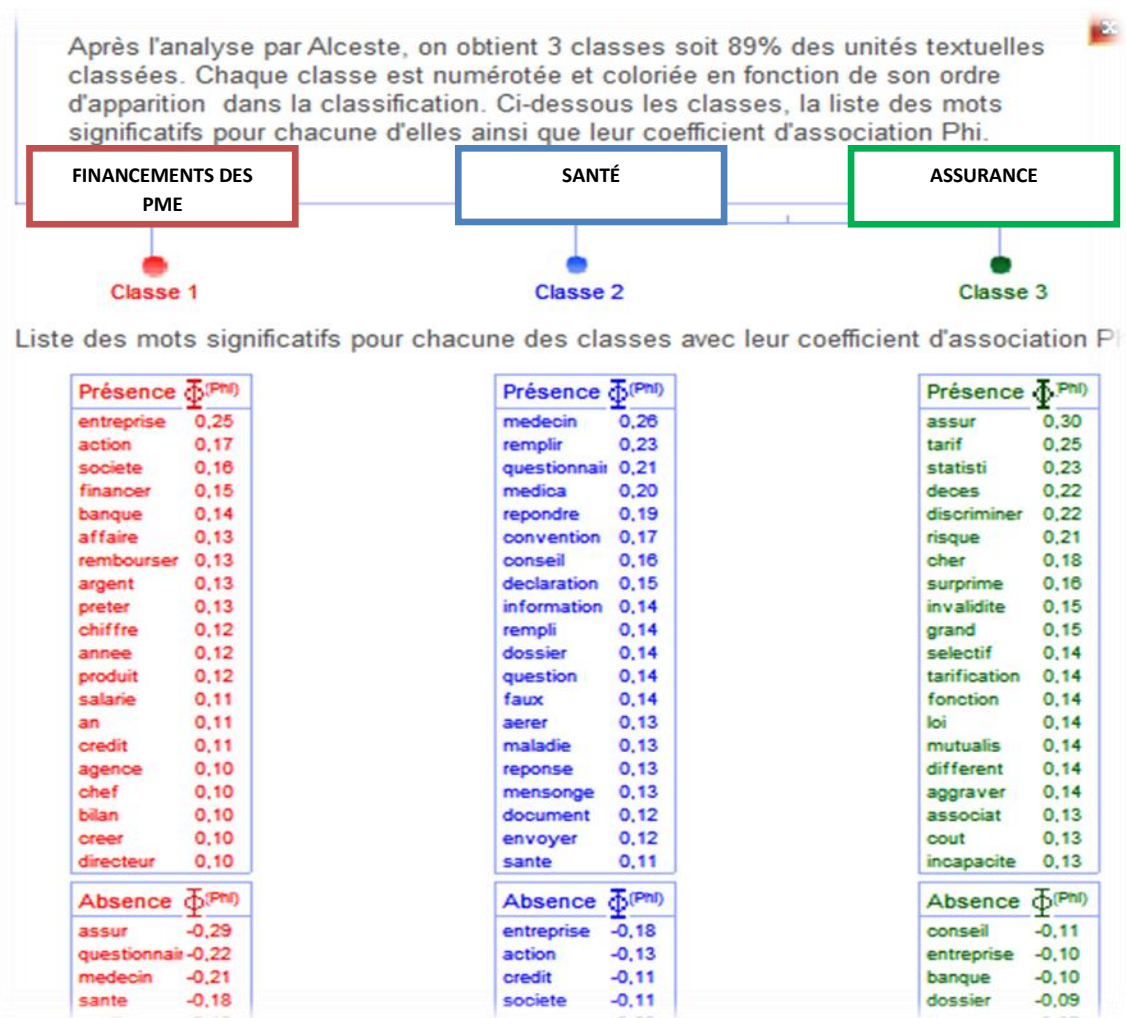
Chaque classe est numérotée et coloriée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Dans le cadre de notre recherche, le premier rectangle des spécificités qui se démarque est de couleur rouge. Elle constitue la classe 1 que nous avons intitulé « le financement des entreprises ». Cette classe est la plus spécifique, c'est la première à s'être différenciée dans l'arbre de classification, son vocabulaire plus homogène représente 48% des unités textuelles classées (soit 42% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que entreprise, action, société, financer, banque, affaire. Ce vocabulaire est majoritairement issu des banquiers et des chefs d'entreprises. La classe 2 est le rectangle des spécificités bleu dont le titre est « santé » car elle aborde la question du questionnaire médical dans l'octroi de crédit document qui s'intéresse principalement à la santé des emprunteurs. Elle représente 33% des unités textuelles classées

Chapitre IV: Résultats

(soit 30% du corpus initial) ses mots significatifs sont médecin, remplir, questionnaire, médic[al], répondre, convention, etc. C'est le discours des chefs d'entreprises, des banquiers et de médecin. La classe 3 en vert représente 19% des unités textuelles classées (soit 17% du corpus initial) ses mots significatifs

sont assur[ance], tarif, statisti[que], décès, discriminer, risque qui liée à « l'assurance » . La lecture de l'analyse permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé. Le discours est porté par les personnes travaillant dans le domaine de l'assurance principalement.

27. Tableau : Répartition des classes



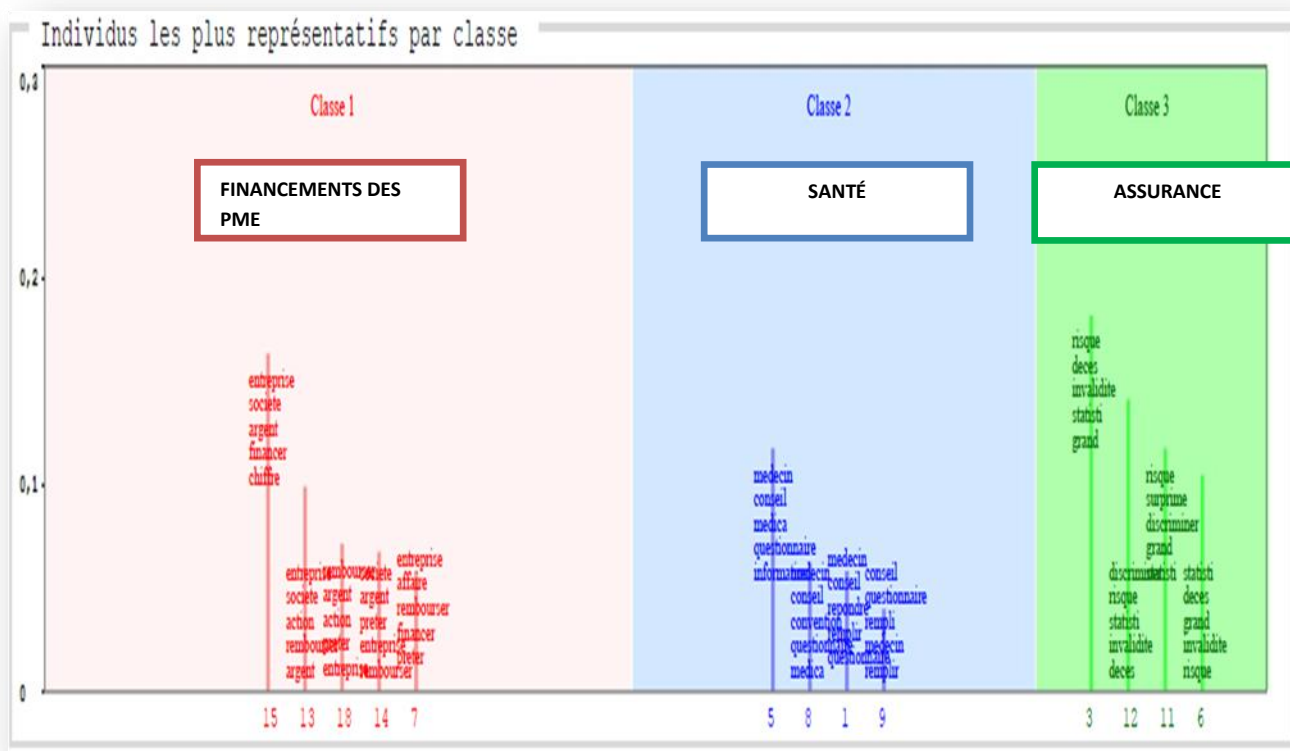
Non seulement le logiciel Alceste établit une répartition des classes mais il permet d'avoir un visuel des individus les plus représentatifs par classe ainsi on peut observer que dans la classe 1 ce sont les interviewés numéros 15 (dirigeant d'une entreprise de surveillance), 13 (un professionnel libéral), 18 (directeur d'agence bancaire), 14 (un dirigeant d'un fond d'investissement) et 7 (directeur régional bancaire) ce sont des acteurs du bancaire et des

Chapitre IV: Résultats

dirigeants d'entreprise qui dominent le discours avec des cooccurrences autour des mots financer, entreprise, argent, prêter, rembourser, etc. Ces mots apparaissent dans le contexte du financement des entreprises et à en juger les acteurs qui les prononcent on comprend aisément que c'est une problématique qui les préoccupe. D'autant plus que les mots significativement absents sont axés sur la santé, les questionnaires de santé, le médecin conseil, l'assurance, etc. ce qui laisse présumer que la préoccupation première des chefs d'entreprises et des organismes de crédit n'est pas la santé, encore moins l'assurance emprunteur mais l'accès au financement. Dans cette classe, on peut déduire que la difficulté majeure des entreprises est d'accéder au prêt bancaire et que les banques sont frileuses quant au fait de financer les PME car elles craignent que le crédit ne soit pas rembourser. Dans cet imbroglio, on notera aussi que le financement bancaire se dissocie de l'assurance emprunteur et qu'elle constitue un échiquier bien à part dans l'étude du dossier d'accord de crédit.

28. Tableau des individus les plus représentatifs par classe

Dans la classe 2 se démarque les interviewés 5 (chef de service dans un centre hospitalier),



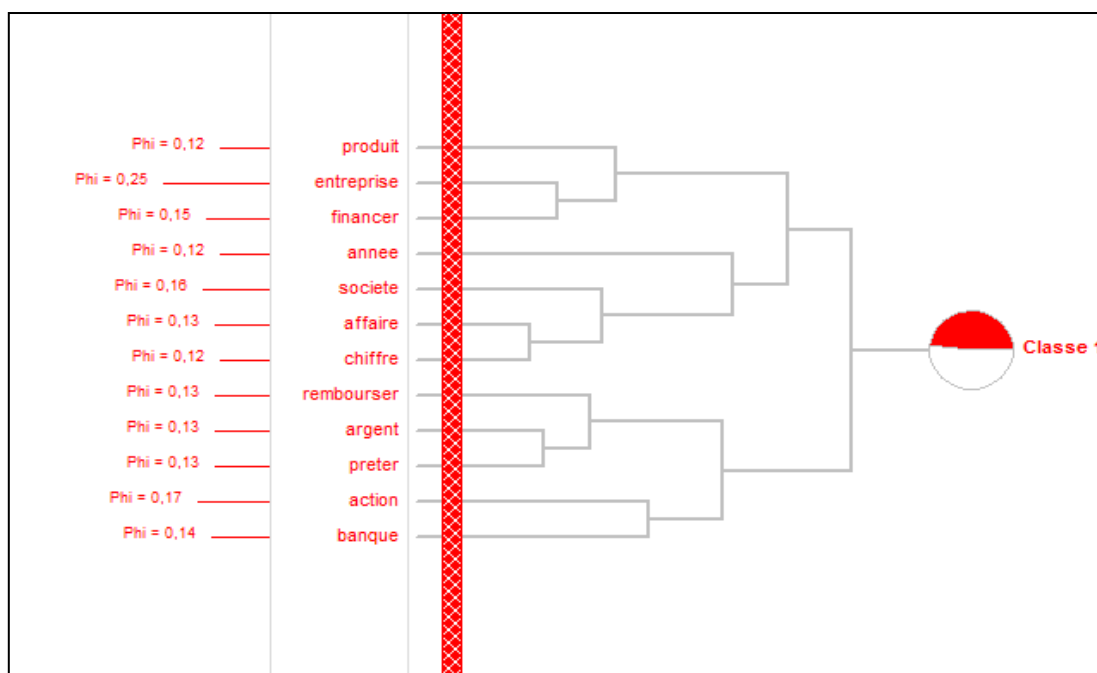
8(free lance dans le journalisme) ,1(directeur d'agence bancaire) ,9(patron d'un bar). En effet dans cette classe dont le thème central est la santé, les mots qui une résonnance occurrente entre les acteurs sont : médecin conseil, questionnaire médical, remplir, etc. En prêtant une attention particulière aux entretiens, on constate que les acteurs 8 et 9 sont respectivement touchés par des pathologies lourdes. Le premier est touché pour le SIDA et le second une

Chapitre IV: Résultats

tumeur au cerveau. Ils ont, dans le cadre de leurs activités, été amenés à faire appel au crédit bancaire et à la convention AERAS. Ces deux interviewés ont choisi deux chemins opposés pour accéder au financement bancaire. En effet, si l'interrogé numéro 8 a choisi de déclarer sa pathologie et de faire face aux contraintes qui y sont liées c'est-à-dire, remplir un questionnaire plus approfondi, demander des justificatifs à ces infectiologues et médecins qui le suivent, rencontrer le médecin conseil et accepter l'incompréhension de ces derniers face à sa maladie, l'interviewé numéro 9 lui a choisi d'omettre la vérité à la compagnie d'assurance. Ce dernier ayant déjà subi à l'époque une opération chirurgicale tumorale et connaissant de fait les réserves que les assureurs émettraient sur son dossier a préféré taire la vérité. Le discours du médecin corrobore le discours des interviewés en reconnaissant que l'accès au crédit pour les personnes malades n'est pas une chose aisée puisqu'elle est contraignante et que le médecin conseil assigné à cette tâche est peu qualifié pour traiter le cas du patient du fait de sa formation trop généraliste ce qui a pour conséquence de rallonger les délais d'attente à cause des nombreux va-et-vient de l'emprunteur entre ses médecins traitants et les médecins conseils de l'assurance. Autre fait notable, les mots absents de cette classe sont liés à la classe 1 c'est-à-dire à l'entreprise. On peut dire qu'il y a une dissociation nette entre santé et entreprise. La santé est un domaine mis à part dans les mécanismes d'octroi du crédit ce qui est un fait intéressant quand on sait que de la santé physique du dirigeant dépend la santé de la PME et vice versa.

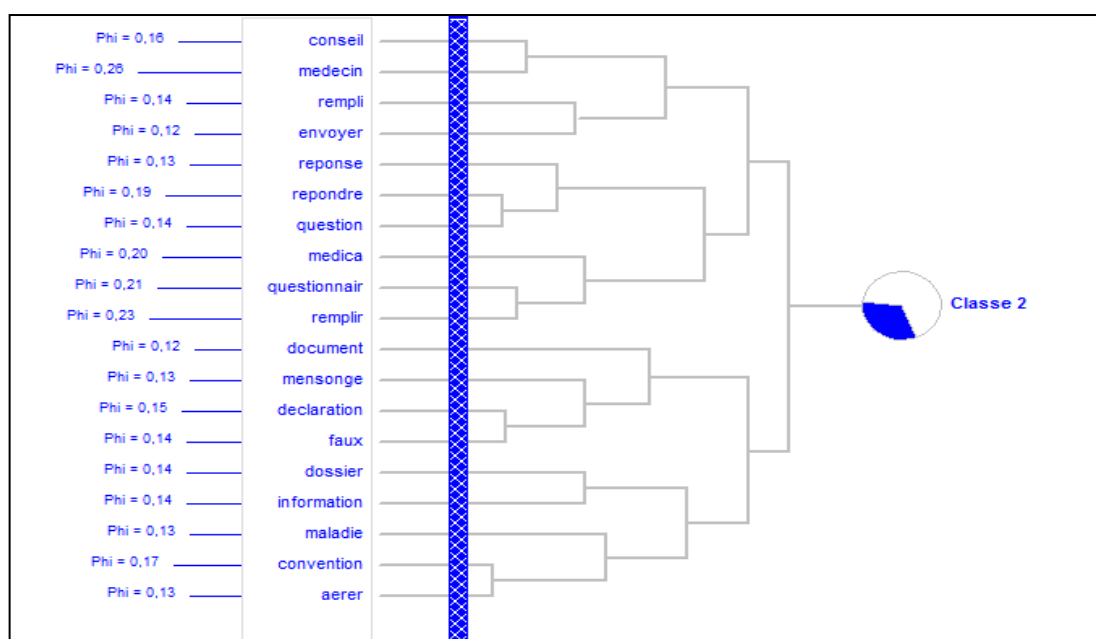
La classe 3 dont le vocabulaire est regroupé autour de l'assurance concerne les enquêtés suivants : 3 (directrice de marché vie et assurances et des personnes), 12 (directeur national en assurance), 11 (juriste), 6 (actuaire et membre de la commission AERAS). Les interrogés travaillent tous dans le monde de l'assurance et ce sont leurs discours qui se sont révélés pertinents dans cette classe. La totalité des discours se centralise autour des questionnaires de santé, de leur rôle, de leur remplissage et des risques encourus en cas de mensonges. Cependant, le juriste (11) s'interroge sur les discriminations qui sont connexes aux questionnaires de santé mais aussi aux personnes atteintes d'un risque aggravé de santé et souhaite une égalité pour tous face à l'assurance. En outre, les acteurs abordent la question de la convention AERAS et de son fonctionnement auprès des banques et de clients. Les mots absents sont : [médecin] conseil, entreprise, banque, dossier [de crédit]. Ces mots, on le remarque font écho à la classe 1 et 2 qui s'enquêtent d'une part de l'accès au crédit et d'autre de la santé.

28. La classification ascendante de la classe 1



À la lecture de ce schéma, on constate qu'il existe deux grands agrégats de formes ces derniers se fractionnant en sous-sections. Les deux sections majoritaires font le distinguo entre l'action de financer pour l'un et la capacité, pour l'autre de rembourser l'argent prêté auprès des organismes bancaires.

29. La classification ascendante de la classe 2

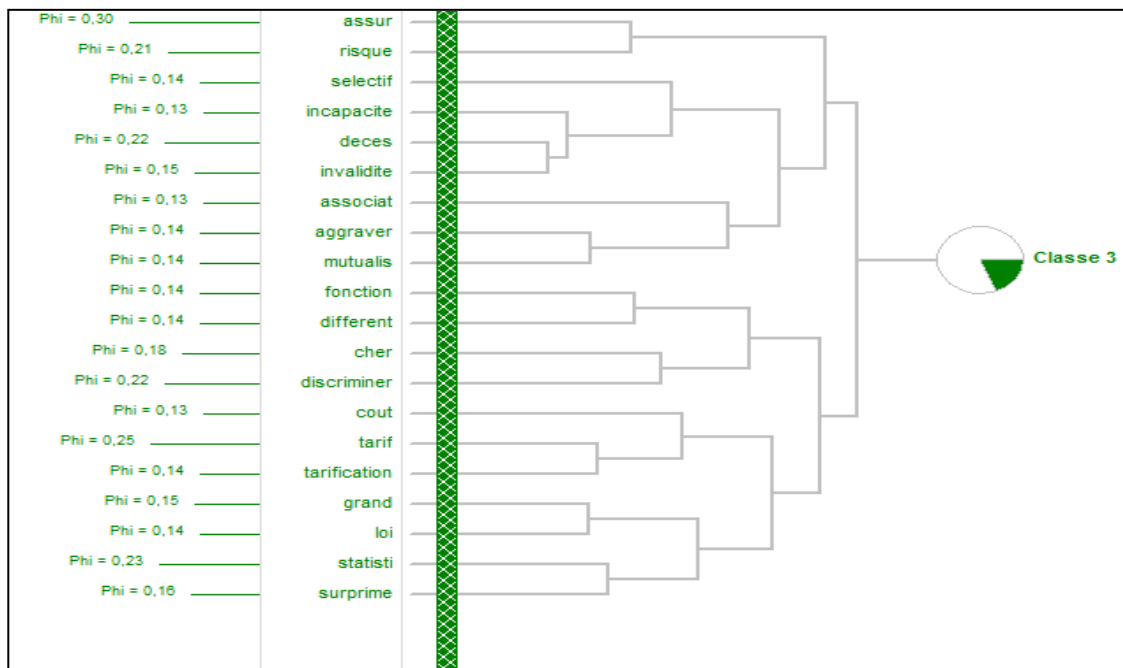


La classification hiérarchique ascendante de la classe 2 se divise elle aussi en deux agrégats de formes majeurs qui à leur tour se subdivisent en plusieurs formes. Le premier agrégat

Chapitre IV: Résultats

s'intéresse au questionnaire de santé et à son mode fonctionnement quand le deuxième agrégat de forme fait ressortir le vocabulaire lié au mensonge, à la fausse déclaration, à la maladie et à la convention aëras.

30. La classification ascendante de la classe 3



Enfin, quant à la classe 3, les agrégats de formes bien que plus complexes laissent apparaître deux formes majeurs avec plus sous-divisions. On retiendra que le premier paquet d'agrégat dévoile le vocabulaire de l'assurance, des risques qu'elle assure ainsi que celui de la sélection tandis que le deuxième y divulgue celui de la tarification et de la discrimination qui y est appliquée.⁴

La classification ascendante hiérarchique est un résultat complémentaire et une aide à la représentation des relations entre les formes d'une même classe. En observant les arbres de classifications des trois classes (cf. aux 3 schémas ci-dessus), on constate des paquets d'agrégation de formes ainsi que le coefficient Phi de chaque forme dans la classe, c'est-à-dire qu'il permet de qualifier la corrélation existante entre la forme et la classe.

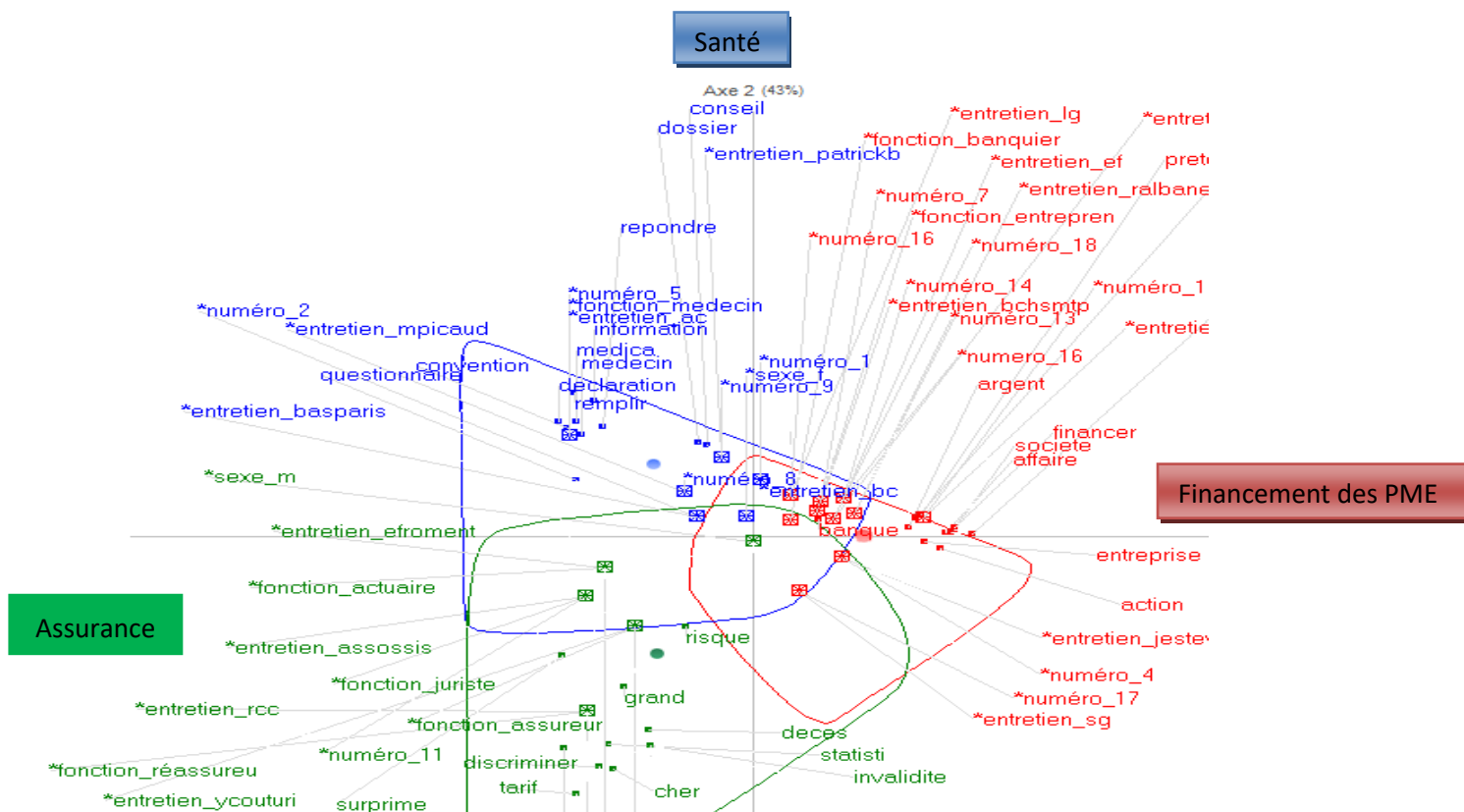
31. Les marques du discours selon les classes

Chapitre IV: Résultats

Classe	Classe 1 « Financement des entreprises »	Classe 2 « Santé »	Classe 3 « Assurance »
Mots avec le Phi le + élevé	Entreprise (Phi=0.25) Action (Phi= 0.17) Banque Phi = 0.16 Financer Phi = 0.15 Affaire, rembourser, argent, prêter (Phi = 0.13)	Médecin (Phi=0.26) Remplir (Phi =0.23) Questionnaire (Phi=0.21) Médical(l) (Phi =0.20) Répondre (Phi= 0.19) Convention aéras (Phi =0.17)	Assurance (Phi =0.30) Tarif (Phi=0.25) Statisti (que) (Phi=0.23) Décès (Phi= 0.22) Discriminer (Phi=0.22) Risque (Phi =0.21) Cher (Phi =0.18) Surprime (Phi =0.16)

Compte tenu des entretiens, on constate que chaque classe fait ressortir les indices premiers du discours. Ces marques sont liées à la problématique posée aux prémices de ce travail. La classification ascendante hiérarchique permet de voir les mots associés et leur Phi ce qui donne lieu à la construction des discours comme l'atteste le tableau ci-dessus.

32. Analyse factorielle en coordonnées



Le logiciel Alceste avec ces nombreux graphiques permet d'avoir une vision globale des entretiens. Ainsi, on constate sur le graphique l'analyse factorielle en coordonnées les

Chapitre IV: Résultats

modalités portant sur la santé sont sur l'axe verticale qui est un axe secondaire. Ce deuxième axe s'appelle donc l'axe « santé ». On observe par ailleurs que tout l'élément concernant le financement bancaire des entreprises se situe à droite du graphique, axe « Financement des PME » subséquemment on note une opposition verticale entre le financement des PME et la santé des dirigeants. On voit une opposition horizontale qui s'effectue entre l'axe 1 et l'axe 2. L'axe 1 s'il n'est caractérisé que par la représentation de la problématique du financement des entreprises, l'axe 2 se différencie par sa lecture car en verticale il dégage les représentations de la santé en lien avec le financement bancaire et horizontale les liens avec l'assurance du crédit emprunteur. L'opposition que horizontale ira du positif pour l'axe 1 au négatif pour l'axe 2.

Bien que le graphique montre que la santé et le financement des PME sont en opposition et qu'il forme deux mondes à part entière, il n'en demeure pas moins que l'un appelle l'autre, qu'ils sont paradoxalement inaliénables. Dans le cas de l'assurance emprunteur et du financement des structures, une distanciation se considère entre les deux axes. Le lien est excentré, l'assurance est à part et ne s'inscrit pas comme parti intégrante du processus. Plusieurs raisons expliquent cette désolidarisation : Premièrement, c'est que l'assurance emprunteur bien que proposée par les conseillers financiers bancaires est une entité qui est gérée à part et part d'autres services. Une fois le questionnaire de santé rempli et envoyé à la compagnie d'assurance, la banque n'intervient plus dans le processus, elle est juste en attente de réponse pour savoir si elle peut ou pas débloquer les fonds pour le dirigeant prêteur, deuxièmement compte tenu du secret médical, il ne peut y avoir d'échanges entre la banque et la compagnie d'assurance sur les données transmises sinon cela constituerait une violation, troisièmement le contrat bancaire et le contrat d'assurance sont régis séparément par deux codes, enfin quatrièmement le conseiller financier joue que le rôle d'intermédiaire entre la banque et la compagnie d'assurance et en aucun cas lui-même n'est assureur.

À l'introduction de ce travail nous supposions que les dirigeants de PME ne se préoccupaient pas de leur état de santé, l'analyse Alceste établit qu'il existe trois acteurs le dirigeant de PME, la banque et l'assureur qui sont trois entités indépendantes qui se retrouvent liés au moment du crédit. S'il est vrai qu'il existe une relation la banque et le dirigeant, l'analyse montre qu'il n'existe aucun lien entre l'assurance et ces derniers. L'assurance reste un élément éloigné qui ne partage pas les mêmes intérêts que la banque et les entreprises. Seul la dimension, santé du dirigeant les rapproche comme cela peut se voir sur les différents tableaux qui sont proposés aux commentaires.

Section 2 : Analyse et interprétation des résultats

1. Questionnaire de santé ou questionnaire de maladie ?

L'accès au crédit bancaire pour les petites entreprises est problématique. Ce constat a été fait depuis bien longtemps et dans contextes différents. Les travaux menés en France sur cette thématique aboutissent à des résultats analogues à l'exemple de ceux menés aux Etats-Unis (Rivaud-Dansey 1991). Cette question, nous l'avons souligné plus haut, est généralement abordée à partir des outils conceptuels développés pour prendre en compte les phénomènes d'asymétrie d'information. La question de la mesure du risque de l'état de santé du dirigeant dans le cadre de l'octroi de crédit aux PME pose une problématique dans la relation banque et petites entreprises. Elle permet aussi de cibler la manière dont cette asymétrie joue sur cette relation et comment elle est gérée par les parties concernées. A ce titre, plusieurs points méritent d'être soulignés dont la première est quelle est la valeur du questionnaire médical ?

1.1 Quel est le rôle du questionnaire de santé ?

Par voie tronquée, la réponse à cette question est la sélection médicale. Cependant, derrière le questionnaire médical se cachent des réalités inconnues de la plupart des assurés, car en plus de la dimension santé, ils considèrent d'autres facteurs sélectifs à l'entrée pour l'assurée. L'enquête empirique de ce travail montre que le questionnaire de santé accompagne toujours la demande de prêt. Ce document apparaît souvent à la fin de l'entretien avec le conseiller financier, une fois le crédit est accordé. De fait, la sélection évite qu'une population non ciblée souscrive à un contrat dont la tarification et /ou des garanties adaptées. Ce procédé permet d'éviter l'anti-sélection qui est le fruit d'un déséquilibre de l'information, en somme une rétention de l'information par celui qui sait que son partage peut lui être préjudiciable. La sélection permet donc, d'ajuster les tarifs de l'assurance aux risques spécifiques de chaque assuré, de racheter certaines exclusions du contrat d'assurance et enfin de permettre aux personnes ayant des problèmes aggravés de santé d'avoir le pouvoir de s'assurer.

La sélection médicale se fait selon les garanties, les capitaux assurés et l'âge du proposant. Le questionnaire de santé, les rapports médicaux et les examens médicaux sont les outils de prédilection pour sélectionner les assurés. Toutefois, il est important de dire que là aussi une stratégie actuarielle se met en place : le questionnaire simple ou de santé est présenté quand le montant est faible, il s'agit ici de donner une valeur perceptuelle de la santé. Les rapports

Chapitre IV: Résultats

médicaux et les examens médicaux est fonction premièrement des réponses données sur la déclaration de santé car si une pathologie grave est déclarée, le demandeur doit effectuer des examens complémentaires toujours dans le but d'adapter ses tarifs et ses garanties. Deuxièmement, l'âge et le montant demandé peuvent amener à réaliser des examens plus poussés. Enfin, en troisième lieu, des soupçons de mensonges poussent fortement l'assureur à demander plus de garanties sur la santé sachant qu'il est de son devoir de calculer les risques qu'il prend et qu'en cas de fraude avérée, la démonstration de l'infraction reste à sa charge.

Verbatim

Le questionnaire est-il construit afin de réduire le mensonge ?

« Plus subtil : il est construit de manière à ce qu'il subsiste le moins d'ambiguïtés possibles quant à la compréhension des questions par l'assuré, afin d'augmenter les chances de validation de la contestation pour l'assureur en cas de contentieux / doutes sur la bonne foi.... Après sinistre.

*Sans entrer dans les détails, la motivation de refus d'assurance peut avoir deux origines :
- une volonté politique de l'assureur de n'accepter que des assurés en bonne santé
- une notion technique : si le pronostic vital de l'assuré est de cinq ans et qu'il souhaite être assuré pour dix ans, le risque devient "certain" et non plus "probable». La notion est subjective, certes, mais plus philosophiquement, légalement, l'assurance ne s'appelle ainsi que s'il y a un aléa. »*

Réassureur, entretien n° 3

Le questionnaire de santé remis par la banque lors de l'accès au crédit bancaire est un document que doit bien maîtriser le souscripteur et les déclarations faites doivent être aussi exhaustives que possible. En effet, avant de signer un contrat d'assurance emprunteur, les assureurs demandent de remplir une déclaration de risque sous la forme d'un questionnaire de santé qui prend en compte l'historique médical de l'assuré. Loin de tenir seulement un rôle médical, le questionnaire de santé évalue les risques et tous les scénarii qui surviendraient et qui pourraient empêcher l'assuré de régler ses mensualités en cas de défaillances. Ainsi, les banques comme les assureurs préfèrent s'assurer que la santé de leurs clients ne représente pas un risque substantiel. Certes, il est vrai qu'en ce qui concerne la vie des chefs d'entreprise de multiples risques sont à prendre en compte mais ceux liés à l'état de santé sont fortes car les statistiques montrent que la majorité des entreprises françaises sont unipersonnelles ce qui

Chapitre IV: Résultats

vient à dire qu'en cas d'incapacité, d'invalidité ou de décès le remboursement du crédit devient impossible et la survie de l'entreprise n'est plus assuré en l'absence d'un « homme clé » ou d'un repreneur qui peut continuer à faire fonctionner l'activité. Cette équation prise en compte par les banques et les assureurs rendent les conditions d'accès au crédit beaucoup plus dur.

La permanence de la sélection médicale reste de mise et les questionnaires médicaux incarnent un outil de sélection privilégié pour la sélection médicale. Ils garantissent que la santé du dirigeant ne constitue pas un frein à l'octroi du crédit auquel cas l'assureur doit mettre en place des ajustements. Il en est ainsi pour les contrats d'assurance qui couvrent le risque de décès ou d'invalidité des emprunteurs. Ces contrats assurent aux banques qu'un tiers se substituera à l'emprunteur pour rembourser le prêt dans l'hypothèse où l'emprunteur qui a pris un engagement de rembourser sur une longue période viendrait à souffrir d'un problème grave de santé l'empêchant de tenir son engagement de remboursement. Bien que l'assurance non-vie ne fasse pas figure d'obligation en France, la majorité des emprunts courants de la vie restent soumis à son accord. En cas de problème de santé, d'un âge avancé ou d'un montant trop éloignés des règles actuarielles, il devient très complexe d'y accéder en l'absence de cette dernière.

Le rôle de l'assurance est d'indemniser l'assuré si un sinistre se réalise. L'assurance emprunteur fait office de couverture, il prend le relais auprès de la banque pour le défraiement des compensations. Le questionnaire de santé prend ici toute son importance car c'est en fonction des réponses données, de l'évaluation du médecin conseil et des risques actuariels évalués qu'est fixé le montant des dédommagements. En somme, le montant de la prime résulte des données incluses dans le questionnaire médical.

C'est donc à ce titre que le questionnaire médical mérite d'être rempli avec soin car comme stipuler dans la revue de la littérature, le questionnaire de santé est un acte légal soumis au Code des Assurances. La loi stipule que l'assuré est tenu de répondre à toutes les questions de l'assureur sans faire de fausse déclaration auquel cas, le contrevenant encourt une amende et/ou une peine de prison pouvant aller jusqu'à trois ans. La déclaration de mauvaise foi ou l'omission n'est pas acceptée, les réponses doivent être de bonne foi. Le mensonge ou comme appelée juridiquement la fausse déclaration est lourde de conséquence : si sinistre advient et que l'assureur remarque que les informations fournies dans le questionnaire sont erronées ou partielles, le signataire est déchu de ses droits et ne reçoit aucune indemnité de la compagnie

Chapitre IV: Résultats

d'assurance. De surcroît, il peut être poursuivi par l'assureur pour fausse déclaration dès que la preuve du mensonge a été établie. Il n'est donc pas de l'intérêt des assurés de mentir. Or, l'étude empirique montre que non seulement les chefs d'entreprise sont pour le moins prêts à omettre la vérité car la survie de l'entreprise surpasse la pénalité qu'ils encourent mais les assureurs au même titre que les banquiers peuvent omettre la vérité, mentir voire parfois pousser au mensonge car les buts de ces trois parties prenantes diffèrent. Dans cette triangulation mensongère chacun cherche son propre intérêt au risque parfois d'adopter des comportements opportunistes qui mènent vers des déviations comportementales.

La maladie, sujet sensible par excellence et porteur de la marque de la stigmatisation pousse encore plus les parties prenantes à considérer au mieux leur avantages. Pour avoir une juste estimation des risques encourus, les assureurs par le biais du questionnaire de santé s'enquêtent de l'état de santé de l'assuré dans sa totalité. Le passif médical, la chronicité des pathologies, le suivi d'un traitement, l'atteinte par un ou des handicaps, d'une affection de longue durée sont observées à la loupe. Le questionnaire de santé évalue avec exactitude toutes les pathologies existantes pour permettre au médecin conseil de fonder leurs réponses et par voie de conséquence le montant de la prime en cas d'accident ou de décès. Les réponses ainsi données permettent de déterminer si l'assuré est assurable et si l'utilisation de ces fonctions mentales, physiques et motrices lui permet de mener à bien son travail et lui garantit le cas échéant des revenus solides pour rembourser son prêt. En ayant une connaissance précise de l'état de santé de l'assuré, l'assureur via les tables de survies établit une corrélation entre les pathologies présentes et/ou passées et celles à venir qui peuvent en découler. Cette sélection médicale a pour finalité la prévision des risques médicaux qui pourraient toucher l'emprunteur. De ce fait, il est de rigueur que chaque détail de la vie médicale de l'assuré soit passé au crible ; de la pathologie la plus insignifiante à la plus maligne, toutes opérations subies, tous traitements suivis, toutes affections contractées doivent être stipulés par l'assuré afin que l'assureur ait une large opinion de la santé de la personne qu'elle prend en couverture. Il convient de souligner que toute omission qu'elle soit volontaire ou pas réduit le montant des compensations versés par la compagnie d'assurances si cette dernière se rend compte qu'une maladie non mentionnée dans le questionnaire de santé a des répercussions sur la santé du souscrivain surtout quand cette maladie constitue une entrave pour le travail et par conséquent un frein pour le paiement de la dette contractée. Le questionnaire de santé demande s'intéresse également aux examens effectués par exemple, il est demandé à l'assuré s'il a déjà fait un test VIH ou hépatique, dans certains questionnaires

Chapitre IV: Résultats

on demande aux femmes leurs méthodes de contraception, si elles ont subi une fécondation in vitro ou si elles ont eu un avortement, etc. Tout cela dans le but d'anticiper la récurrence, l'évolution ou la venue d'une nouvelle pathologie.

Autre fait que l'on peut évoquer, il existe une quantité de questions dont le lien avec la santé n'est pas évident de prime à bord mais dont l'importance n'est pas négligeable dans la prise en compte du risque. Ces questions prennent en considération la situation sociale et économique des souscripteurs, les arrêts maladies et les accidents survenus dans leurs vies et ce pouvant couvrir une période allant jusqu'à dix ans. Les différents déplacements que réalisent l'assuré sont aussi considérés compte tenu du fait que les milieux climatiques des pays différents visités peuvent être vecteurs de maladies, par exemple dans la plupart des questionnaires la première question concerne souvent les maladies tropicales, ce qui en passant stigmatise certaines populations quant à l'accès au crédit. Les risques sanitaires liés à ces pays sont également comptabilisés dans le calcul du risque. Les assurés travaillant avec le continent africain ou certains pays de l'Amérique du Sud sont plus propices à avoir le paludisme ou à être touchés par les maladies tropicales endémiques. La sédentarité rendant l'organisme plus fragile est un facteur qu'il convient de prendre en compte pour les personnes qui voyagent car ces derniers sont plus à même de contracter des maladies auxquelles leurs corps n'ont jamais été soumis faute d'adaptation de leur corps à ces pathologies.

La sélection assurantielle prend en compte deux types de risques : le risque interne, par là on entend le risque médical et les risques externes, c'est-à-dire, les risques spéciaux liés à la vie professionnelle, l'hygiène de vie, la pratique d'un sport, allant du transport utilisé jusqu'au lieu de résidence. Si, l'assuré qui fournit ces informations supplémentaires croient souvent faire bonne impression, dans le cadre de l'assurance ce sont des informations qui rentrent dans la comptabilité des risques actuariels et qui en cas d'accident sera pris en compte par l'expert dans le cadre de son enquête. On y retrouve les questions sur l'hygiène de vie qui commencent invariablement par le poids, ensuite l'assuré est questionné sur son usage ou non de produits stupéfiants, de cigarettes, de cigarillos, de cigares, d'absorption d'alcool et du nombre de verres consommés au quotidien. Les assureurs se renseignent sur la pratique d'un sport, ce qui au demeurant est calculé dans la prise en compte du risque et peut donner lieu à une surprime ou à la signature d'un avenant au contrat pour la pratique d'un sport ; car quand bien même le sport se révèle nécessaire pour avoir une bonne forme, l'activité n'est pas sans danger et rien ne peut garantir l'assureur d'un éventuel accident à ce titre, l'assureur préfère

être précautionneux et considérer cette activité dans sa table de risque. A titre d'exemple, l'une de nos interviewés pratique un sport de combat et dit dans lors son entretien : *« je fais un sport de combat, dans certaines banques je ne pourrais pas emprunter, je sais que si je mets sport de combat, au niveau des assurances ça va être beaucoup plus compliqué »*. (lg , entretien n°16).

En résumé, au-delà de la dimension santé, la totalité de la vie de l'assuré est pris en compte car chaque activité qu'il pratique qu'elle soit professionnelle, sportive, que ce soit dans les transports ou les activités de la vie courante. Toutes réunies, elles constituent une épée d'Damoclès qui accompagne le dirigeant au quotidien.

1.2 Le questionnaire de santé porte d'entrée du mensonge

L'accès au crédit en France est systématiquement subordonné à un questionnaire de santé qui constitue l'outil privilégié des assureurs en matière de sélection sur l'état de santé de l'emprunteur. L'état de santé est un élément essentiel voire indispensable pour une bonne appréciation des risques encourus par l'assureur. Les risques habituellement couverts lors d'un emprunt bancaire sont les risques de décès, d'invalidité et de maladie. Le questionnaire de santé prend en compte plusieurs variables tels que l'âge, le montant des sommes assurées, la durée et la nature du contrat. Par ailleurs, il convient de souligner que la catégorie socioprofessionnelle ou le secteur d'activité, l'hygiène de vie du contractant dans notre cas, les dirigeants de petites structures, peuvent être des éléments de sélection et souvent croisés entre eux. Au vu des entretiens réalisés et en application avec l'étude des questionnaires, nous constatons que la santé liée aux critères de l'âge, de la maladie et du montant emprunté peut favoriser le mensonge entre les individus et les organisations.

La déviance mensongère prend en compte plusieurs facteurs. Tout d'abord, on se rencontre que le mensonge est induit par une asymétrie informationnelle tant au niveau organisationnel qu'individuel. Nous avons constaté lors des entretiens qu'il existe une asymétrie informationnelle entre les organisations par manque de communication, par manque de transparence entre ces dernières et par manque de formation des cadres bancaires.

Le questionnaire de santé est la concrétisation de l'asymétrie informationnelle. En absence de preuves tangibles de la solvabilité des dirigeants ou sur la santé financière de l'entreprise, les banques exigent plus de garanties pour pallier les risques d'impayés. Les assureurs, en cas de maladie, peuvent refuser de couvrir le prêt ou d'imposer des surprimes avec ou sans garanties.

Ils peuvent également exclure du contrat la pathologie et/ou toute la famille de maladie se rapprochant de l'affection concernée. De ce fait, les dirigeants des entreprises ne disposant pas de l'avantage informationnel et du contrôle des principaux (la banque et la compagnie d'assurance) peuvent, pour accéder au crédit, ne pas dévoiler des informations les concernant et qui pourraient endurcir les critères de sélection de la banque et de la compagnie d'assurance.

Figure IX. Classification des risques et leurs impacts



Cette triangulation asymétrique est matérialisée par le questionnaire de santé. Face au questionnaire de santé l'assuré se retrouve confronté au choix de partager ou non les informations dont ils disposent ou éventuellement de ne donner que les informations qui l'avantagent. Dans le cadre de notre étude, il apparaît que le questionnaire de santé est la première porte d'entrée de l'asymétrie informationnelle, plus précisément d'anti sélection (Akerloff, 1970 ; Couffinal, 1999 ; 2000, Rothschild et Stiglitz ; 1997) et que la conséquence immédiate est un comportement opportuniste, comportement qui pousse vers des déviations mensongères. Nous identifions, dans notre enquête empirique, deux « principaux » qui sont

Chapitre IV: Résultats

les banques et les assureurs. En absence de preuves tangibles de la solvabilité des dirigeants ou sur la santé financière de l'entreprise, les banques exigent plus de garanties pour pallier les risques d'impayés.

Considérant le travail de Goffman (1975) sur la stigmatisation des personnes malades, on observe que les assureurs en présence de maladie créent des catégories de risques selon les individus : les hauts risques et les bas risques. En cas de maladie, ils peuvent refuser de couvrir le prêt ou en cas d'acceptation fixent des surprimes avec ou sans garanties ou excluent du contrat la pathologie et/ou toute la famille de maladie se rapprochant de l'affection concernée. Les dirigeants des entreprises ne disposant pas de l'avantage informationnel et du contrôle du principal peuvent, pour accéder au crédit, ne pas dévoiler des informations les concernant et qui pourraient durcir les critères de sélection de la banque et de la compagnie d'assurance. Cette triangulation asymétrique créée par le questionnaire de santé est la porte d'entrée des comportements déviants des acteurs. Si la santé dans le cadre de l'emprunt bancaire et de l'assurance donne lieu à une anti sélection, la maladie, elle, constitue une forme de déviance (Goffman, 1975 ; Szasz, 1985). Le dirigeant, face au questionnaire de santé se retrouve confronté au choix de dire ou non les informations dont ils disposent. Dans le choix de divulgation de l'information, le dirigeant introduit l'asymétrie d'information en ne donnant que les informations qui l'avantage. Lors d'un entretien avec un dirigeant ce dernier a déclaré qu'il faut dire *« la vérité, rien que la vérité mais pas toute la vérité »* et de souligner plus loin *« qu'il faut dire la vérité mais que toute vérité n'est pas opportune à dire »* (Jesteve, entretien n°4). Les dirigeants interrogés confirment ne pas toujours dire la vérité et peuvent parfois omettre des vérités qui pourraient les nuire. Cependant, on constate que sous l'influence de l'asymétrie d'information et de l'opportunisme dont il est vecteur, la déviance mensongère prend toute sa dimension. En effet, la déviance revêt divers visages selon les acteurs qui y font appel et les profits qu'ils peuvent en retirer.

Compte tenu des spécificités des PME, de leur difficiles accès au financement bancaire qui il convient de le souligner est le premier partenaire financier de ces dernières et du rationnement sur la santé des dirigeants. Les dirigeants tendent à mentir et/ ou omettre la vérité pour survivre c'est qui peut être considéré comme une déviance mensongère dit de survie. C'est un mensonge intentionnel ou par omission qui a pour but la survie ou la pérennité de l'entreprise. Ils sont prêts à courir le risque de faire une fausse déclaration pour la survie de leur affaire qui est plus importante que les sanctions qui pourraient leur être données. Bien que l'article L. 113-2 du code des assurances précise que le contractant est tenu « de répondre

Chapitre IV: Résultats

exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge », les dirigeants se disent prêts devant l'urgence de financement « d'arranger la vérité » car n'ayant aucune certitude sur l'obtention du crédit, le dirigeant peut être tenté de mentir, pour obtenir coûte que coûte son prêt. Les risques encourus sont connus : si, après un contrôle le mensonge est reconnu, l'assureur refusera d'honorer sa prestation. Le code des assurances prévoit qu'en cas de déclaration intentionnellement fausse dans le questionnaire de santé, l'assurance crédit ne protège plus et ne remboursera donc pas les mensualités du crédit ce qui expose l'emprunteur à d'importantes dettes, ainsi qu'à d'éventuelles poursuites (article 113-8 du code des assurances). Pourtant, la fausse déclaration ou le mensonge bien que lourdement condamné que ce soit au niveau des assureurs (Couffinhal, 2000) et des banques ne semble pas constituer un frein à la déviance mensongère pour les dirigeants de PME. La situation critique dans laquelle ils peuvent se retrouver les poussent à dépasser les frontières de la légalité en outrepassant la loi sur la fausse déclaration. En mentant, le mensonge n'est pas un mensonge égo-centré mais il peut s'avérer utile pour sauver des emplois, payer les salaires et éviter d'éventuels licenciements. Les conséquences peuvent être encore plus lourdes quand une ligne de crédit est refusée car elle peut signer la fermeture de l'entreprise.

Un autre cas de mensonge qui peut intervenir : c'est le face à face avec le conseiller. Si théoriquement le questionnaire de santé doit être rempli seul, à domicile et envoyer sous pli confidentiel au médecin conseil dans la réalité il en est tout autrement. En effet, le plus souvent le questionnaire se remplit en présence du conseiller financier. Les procédures tendant à s'informatiser, le conseiller financier retourne donc l'ordinateur vers le client et répond avec lui aux questions posées. Même si l'enquête empirique montre que cette pratique n'est pas le fait de toutes les banques cela nous pousse à nous interroger sur l'asymétrie informationnelle que cela engendre. Le conseiller financier a par définition un devoir de conseil auprès de ces clients or il ne dispose d'aucune formation médicale qui lui permet d'une part d'avoir le questionnaire de santé en main et d'autre part de discuter de la maladie des clients avec eux car cela relève de la vie privée et plus encore du secret médical. Devant cette situation si des emprunteurs sont prêts à aborder la question sans problèmes, d'autres par gêne préféreront mentir plutôt que d'avouer leurs pathologies surtout quand ces dernières sont stigmatisantes. Enfin, considérant la proxémie développée par Torrès, les banques font partie intégrante du territoire où a priori se produit une interrelation entre les individus, parler de ces problèmes

Chapitre IV: Résultats

de santé au conseiller financier, bien que ce dernier soient contraints de taire les informations recueillis car scellé par le sceau du secret professionnel, revient à étaler sa vie privé sur la place privé. Un conseiller financier interrogé à cet effet nous a confessé que tout se sait et que lors de rencontres entre banquiers, les problèmes de santé des clients pouvaient être discutés et constituaient un secret de polichinelle.

Verbatim

Comment faites-vous pour éviter le mensonge lors des montages de dossiers ?

« [...] On gère le mensonge en menant des enquêtes, au fait auprès de nos confrères.

Avez-vous le droit de faire cela ?

D'échanger entre confrères ?

N'y a-t-il pas le secret bancaire ?

[...] On est entre banquier et bien c'est le secret bancaire, enfreindre le secret bancaire, c'est divulguer à l'extérieur, entre banquier on a le même centre d'intérêts quand on est trois banquiers à collaborer avec une entreprise chacune est banquière de cette entreprise donc on a quand même le droit d'échange entre nous.

Est-ce que c'est régi par la loi ?

[...] Au fait c'est un circuit informel, il n'y a rien d'écrit, on échange entre banquier parfois sur la qualité et la santé d'un client commun, c'est une forme logique d'échange. entre confrères ».

Directeur régional bancaire, entretien n° 7

Pourtant, les informations médicales du dirigeant sont de nature privée et ne peuvent être connues des conseillers bancaires. Le questionnaire de santé est soumis à une clause de confidentialité incluant uniquement l'assureur, l'assuré et le conseiller médical.

Plus généralement, une multitude de facteurs peuvent être à l'origine des choix de couvertures assurantielles des individus mais ses élément ne pas sont pas connus de l'assureur au moment où il propose un contrat et un prix. C'est le cas de l'état de santé auto-évalué, des dépenses anticipées, et des dépenses passées que l'assureur ne peut connaître que si l'assuré faisait partie de sa banque de donnée par le passé. Ce comportement des banquiers peut être vu comme une déviance délictueuse puisque les conseillers financiers des organisations bancaires font fi des lois établies qui prohibent le partage des informations que transmettent les clients lors de la souscription au contrat d'assurance. Ce système informel d'échange se fait à la défaveur du souscripteur puisque sa vie médicale est divulguée aux pairs du conseiller alors que la loi bancaire l'interdit formellement.

Chapitre IV: Résultats

Deuxièmement, le conseiller bancaire par la multiplicité des rôles qu'il joue peut intégrer involontairement ou volontairement dans ces relations avec les autres de l'asymétrie d'information et de la déviance. Les acteurs observés franchissent les limites des règles établies pour améliorer leurs résultats et/ou contribuer au développement de leurs entreprises. La principale activité du conseiller bancaire : c'est celui d'octroyer des crédits, à cela s'ajoute des activités annexes telles que l'administration de questionnaire médical et la vente de produits d'assurance qui le positionne dans les rôles de médecins et d'assureur. Le travail principal du banquier est soumis à des objectifs établis par sa hiérarchie et ces objectifs doivent être atteints s'il veut garder sa place dans l'organisation ou s'il ne souhaite pas recevoir de remontrances de la part de ces supérieurs. Pour atteindre ces objectifs mensuels, il met en place des stratégies qui ne sont pas compatibles avec les autres fonctions qu'il occupe. Les conseillers financiers adoptent un comportement opportuniste et devient des règles établies par l'organisation en éludant les questions relatives à la santé car d'une part c'est un domaine dont ils n'ont pas la maîtrise et ne sont pas en mesure de répondre aux questions des prétendants à l'assurance et d'autre part, ils sont objectivés sur le nombre de prêts accordés et doivent en fin de mois atteindre leurs objectifs.

Verbatim

« [...] moi, je monte des dossiers de crédits, moi je fais un relais donc je monte un dossier de crédit, nous on valide en tant que banque les conditions de faisabilité du dossier en connaissant le risque : est-ce que le client va être dans la capacité ou non via son activité professionnelle de pouvoir rembourser ce crédit ? Une fois que l'on a déterminé si oui ou non il peut rembourser ce crédit, on donne un accord sur cette fameuse partie risque. Ensuite, il y a une autre partie qu'il faut analyser : déjà l'âge du client, si c'est cohérent, s'il veut faire un emprunt sur vingt ans par exemple pour l'acquisition des murs professionnels. Si un client vient me voir et qu'il a déjà soixante ans, c'est un peu délicat donc déjà on commence par appréhender cela et ensuite on va appréhender la partie santé au travers d'un questionnaire médical qui nous est remis par dossier d'assurance et c'est absolument pas nous qui allons analyser ce dossier cela relève du secret médical et aussi du secret bancaire on ne doit pas être au courant des problèmes de santé ou d'hypothétiques problèmes de santé qu'auraient nos clients. La plupart des fois dans le courant de l'entretien, le client nous fait part de ces ennuis de santé : j'ai un peu de diabète ou je me suis fais mal l'an dernier ou j'ai été en arrêt de travail. Spontanément le client va nous le dire mais nous n'avons pas la capacité d'analyse ni de recul par rapport à cela. »

Directeur d'agence bancaire, entretien n°2

Chapitre IV: Résultats

Pour atteindre ces objectifs et ne pas être sanctionné par leur entreprise, ils s'écartent de leur comportement « normal » en faisant ce que l'on pourrait appelé un mensonge de connivence. Ils peuvent inviter, de manière inconsciente, le client à faire l'impasse sur les questions de santé en lui suggérant de répondre non aux questions qui peuvent pousser l'assureur à refuser le crédit. Ce cas est intéressant, dans la mesure où il met en évidence l'ambivalence des relations entre l'emprunteur, le banquier et l'assureur, en raison de la divergence des intérêts entre les trois parties. On peut aisément imaginer des situations où un chargé de clientèle a intérêt à ce que son client souscrive un emprunt et, de ce fait, l'incite à ne pas renseigner telle ou telle question. Ainsi, malgré une forte amende prévue au titre de la fausse déclaration et une peine de nullité, la divergence d'intérêt est propice à des comportements déviants de type mensongers.

Verbatim

« [...] Je crois que les banquiers sont paniqués quand ils ont un client qui leur déclarent leur maladie, moi je le vis comme ça quand un client me dit je pense que cela va poser un problème avec l'assurance comme je ne maîtrise pas la chose parce que je ne connais pas leur fonctionnement, je suis un spectateur et je vois bien que quand on met la croix qu'il va pas bien cela ne bien se passe effectivement pas bien et cela m'embête parce que leur projet est bon[...] »

Directeur d'agence bancaire, entretien n°2

Le conseiller se retrouve souvent confronté à la maladie de ces clients et s'opère en lui un tiraillement, un écartèlement entre son rôle de banquier et celui de l'humain qui est confronté à la maladie d'autrui. La confrontation avec la maladie d'autrui constituant une forme de déviance, le banquier que ce soit positivement ou négativement va dévier des règles établies que ce soit par la loi, son organisation ou la société.

Le manque de communication, le manque de formation des agents et la triple casquette du conseiller rend sa tâche complexe et peut le pousser à esquiver les sujets sur lesquels il n'est pas apte à apporter des réponses sûres. Le manque de formation est l'une des raisons qui peut le pousser à éluder et même dans certaines circonstances à inciter le client à mentir sur sa déclaration. Le conseiller financier, quand bien même la compagnie d'assurance serait partenaire de sa banque, il ne partage pas les mêmes intérêts que cette dernière. Il est

Chapitre IV: Résultats

récompensé principalement sur les produits vendus par sa banque, ce qui peut occasionner une divergence d'intérêt entre la banque et l'assurance.

Verbatim

« On n'est pas du tout formé. Et j'en reviens à ce que je disais avant, on n'est pas médecin. Après, quand un client m'annonce qu'il est malade, je pense qu'il y a un travail d'empathie qui se fait, je ne lui dit pas : « pauvre con cela ne m'intéresse pas », [...] je lui réponds je comprends tout a fait maintenant je ne peux pas analyser votre problème ce n'est pas mon boulot et je n'ai pas les capacités pour le faire. Il y a d'autres personnes qui sont payés pour cela et qui ne font que cela, [...] Après, moi, je ne suis pas là pour les conseiller en assurance puisque je n'ai pas la capacité de le faire tout simplement ».

Directeur d'agence bancaire, entretien n° 2

En terme juridique, le conseiller est lacunaire et ne peut faire son devoir de conseil correctement car plusieurs codes juridiques doivent être appliquées. En effet, ces deux contrats sont vendus conjointement alors que le crédit bancaire relève du Code bancaire quand l'assurance emprunteur, elle, est issue du Code des assurances. Il convient de souligner que si la banque est un intermédiaire privilégié à la signature en cas de sinistre ce n'est plus elle qui prend le relais mais c'est l'assureur, le partenaire invisible qui prend en charge l'étude du dossier. Cet imbroglio a un double effet :

- Les clients ne savent pas à qui s'adresser en cas de sinistre ;
- Cette distanciation dessert les compagnies bancaires et d'assurance.

Ce mode de fonctionnement laisse penser que c'est un processus mis en place par les assureurs pour décourager ceux qui souhaiteraient déclarer un sinistre.

Les assureurs, enfin, quant bien même ils prévoient le mensonge que ce soient au niveau du questionnaire de santé ou au niveau des contrats, eux aussi, dévient des normes établies. En effet, les contrats d'assurance sont des contrats types pré rédigés ainsi quand le risque arrive, tous les clients ne sont pas logés à la même enseigne car ils ne sont pas tous assurés.

Verbatim

Comment cela se passe votre relation avec les médecins conseils ? que pensez-vous d'eux ?

« Le patient vient avec un dossier remis par la compagnie d'assurance, je le remplis et explique au médecin conseil la pathologie dont souffre mon patient et le patient le remet au

médecin conseil. les médecins conseils sont compliqués, ils exigent la moindre information. en fait, c'est un passe-passe incessant, ils renvoient toujours le client vers moi et je dois toujours justifier le cas de mon patient et je l'avoue que c'est parfois énervant, autant pour moi que pour le patient. en cas de mort du patient, nous sommes sous le sceau du secret médical et nous ne sommes pas habilités à dévoiler le dossier du patient, à moins que ces ayants droits acceptent de le faire mais c'est rare que cela ce se fasse. c'est pour cela que ces médecins usent de leur statut pour soudoyer soit les assistantes médicales ou même nous-mêmes les médecins en venant à la recherche d'informations ».

Médecin, entretien n°5

Les assurés sont couverts pour les risques communs au contrat pré rédigés mais ne couvent pas tout les risques. Les assureurs en faisant remplir le questionnaire de santé se prémunissent aussi contre les risques qui surviendraient après signature du contrat. Ces risques sont le plus souvent introduits par des mensonges, mensonges qui malgré les différents dispositifs mise en place par les compagnies d'assurance laissent passer un certain nombre de mensonges.

Cependant, si l'on sait qu'en cas de mensonges la preuve du mensonge reste à la charge de l'assureur, on peut se demander comment le mensonge est prouvé car la vie et les données médicales du client sont couverts par le secret médical et ce secret ne peut être levé que dans la mesure où le client le souhaite (Brousseau, 1993). Selon, notre enquête empirique, il apparait que les médecins conseils, cohorte de médecins de différentes pathologies embauchée par les compagnies d'assurance (ab)usent de leur statut de médecin dans le public, car médecin à part entier quand il n'est pas mandaté par les compagnies d'assurance, pour obtenir des informations sur la vie du client et il semblerait que les méthodes utilisés sont parfois critiquables et ne respecterait pas le Code de Déontologie en ce sens qu'ils peuvent appeler leurs confrères dans le but d'obtenir des informations sans s'annoncer comme médecin conseil pour une compagnie d'assurance. Les médecins conseils travaillent dans tous les secteurs de la santé et ne sont pas connus en tant que tel par le grand public car non répertoriés par l'Ordre des médecins. Cela constitue, en notre sens, toutes choses égales par ailleurs, un mensonge de collusion.

En outre, les conseillers financiers demandent plus de clairvoyance dans le contrat d'assurance. En effet, la majorité d'entre ceux interrogés estiment ne pas comprendre ce qu'ils vendent par voie de conséquence ils s'avèrent encore plus difficile pour les clients de déchiffrer les méandres des ces contrats dont la transparence est largement mise en question par les professionnels bancaires et les assurables.

Verbatim

« Il faudrait savoir, parce que nous en tant que banquier et assureur on ne comprend pas toujours ce type de contrats, les tenants et les aboutissants de ces contrats là et après on ne peut pas non plus demander à nos clients de comprendre ce que nous on a déjà du mal à leur expliquer [...]on ne peut pas faire beaucoup de choses quoi quand effectivement on a un contrat d'assurance qui fait 10, 20 pages, il faut subir quand, donc effectivement avoir des documents simplifiés en disant clairement quoi si vous avez un accident de voiture vous êtes couverts : oui ou non et si oui à quelle hauteur, si vous avez un risque médical est-ce que vous êtes couverts, des choses bêtes basiques si vous voulez et les clients ils n'attendent que cela, il ne s'attendent pas à aller voir le paragraphe a subdivision b paragraphe c alinéa 4 pour aller voir je suis couvert sauf que... et non parce que je me suis planté un 7 juillet et que la veille du 7 juillet c'était la pleine lune et cela fait que je ne suis pas couvert ,c'est tout le temps ça, c'est tout le temps les petites lignes que tu n'as pas lu et tu te dis d'où est-ce qu'ils ont pondu un truc comme ça, cela n'existe pas et bien si les assureurs, l'ont trouvé mais c'est vrai qu'il y a toujours ce petit truc que tu ne vois pas et qui fait toute la différence. Il a un manque évident de transparence. Par exemple, quand on vous demande la différence entre le taille et le poids c'est pour savoir si vous êtes en état d'obésité ou d'anorexie et dans les deux cas vous représenté un danger sur la grille tarifaire, quelqu'un qui fait 1,80 mètre et qui fait 40 kilos, il y a un problème quelque part même si c'est une femme et qu'elle est mannequin ».

Directeur d'agence bancaire, entretien n°18

La majorité des conseillers bancaires interrogés souhaiteraient voir une évolution dans le contrat d'assurance emprunteur. Les contrats sont, d'après leurs témoignages, trop volumineux, renvoient à trop des subdivisions ce qui complexifie la compréhension du contrat. Ils réclament de la transparence face à l'opacité des garanties incluent dans le contrat. De plus, ils estiment qu'une grille des risques garantis et la compensation financière assujetties soient proposées afin que tout malentendu soit dissipé. D'autant plus que le manque de transparence est à l'origine de tensions et de problématiques entre clients et conseillers du fait de la distanciation entre assureur- assuré et de l'impossibilité du conseiller d'apporter des réponses concrètes et rapides aux questions des signataires en cas d'accidents ou de décès.

Il convient de souligner que les dirigeants contractent une police d'assurance pour protéger leurs proches dans le cas où surviendrait un problème mais la réalité montre qu'au lieu d'être protégé contre les dangers de la vie ce sont les assureurs qui en profitent car cas d'incapacité

ou de décès se déclenche toute une avalanche de clauses dont l'assuré n'avait pas la connaissance. Cette méconnaissance est due à la rédaction complexe du contrat ce qui le rend flou et parfois incompréhensible de tous. S'il est vrai que tout document signé doit être lu, les assurés au même titre que les conseillers financiers sont d'accord pour reconnaître, pour l'un qu'ils font signer un document dont ils n'ont qu'une connaissance partielle et pour l'autre qu'ils savent ni ce qu'il signe mais pis encore ni ce pourquoi ils sont assurés. C'est souvent en cas d'accident qu'ils découvrent ceux pourquoi ils sont réellement assurés. Ainsi, certaines garanties prennent effets qu'après un certain délai. Un contractuel qui aura payé son assurance-emprunteur pendant dix ans, par exemple, devra attendre, entre trois et six mois avant de profiter de ses avantages.

L'étude théorique et empirique montre que les assureurs attachent une grande importance à la vérité et à la notion de bonne foi cependant quand il s'agit des contrats d'assurance et de la prise en charge des paiements en cas de défaillance, les assureurs font souvent preuve de mauvaise foi. Selon notre étude, ils apparaissent comme de mauvais payeurs car avant d'avancer le défraiement ils cherchent les incohérences du dossier en menant des enquêtes sur le client. Un interrogé a d'ailleurs dit « *avec les assurances, c'est comme au casino, on ne gagne jamais* ».

1.3 Le cas particulier des dirigeants emprunteurs malades : la convention AERAS est-elle désuète ?

Remplir le questionnaire médical est un passage quasi obligé, mais qui reste cependant très délicat pour les personnes présentant un risque aggravé de santé. Une étude de la HALDE réalisée en 2010 sur le refus d'assurance montre que l'état de santé est la première cause de refus d'assurance. Selon le ministère de la Santé, 10 à 12 millions de personnes ayant ou ayant eu des problèmes de santé estiment qu'accéder à l'assurance, et par conséquent à l'emprunt, est un parcours du combattant. Les personnes confrontées à un problème de santé se voient refuser le prêt et, s'il est accordé, il est souvent accompagné de surprimes. Les surprimes sont des frais supplémentaires, qui sont intégrés au taux effectif global du crédit. Ces cotisations sont calculées par l'assureur en fonction de l'évaluation du questionnaire de santé et des risques de santé représentés. Bien que l'article 225-1 du code pénal considère comme discriminant « [...] toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison [...] de leur sexe [...], de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques

Chapitre IV: Résultats

génétiques [...] », le domaine de l'assurance emprunteur fait exception par conséquent il est possible de discriminer positivement au titre de l'article 225 alinéa 2 du code pénal.

Cependant à partir des années 1990, l'usage des questionnaires médicaux est remis en question par divers mouvements associatifs suite aux discriminations faites aux personnes séropositives. Des associations de patients ont suivi le mouvement et ont fait valoir le droit des malades en obligeant l'État à statuer sur cette problématique. C'est dans ce contexte que sera conclue la convention Belorgey en septembre 2001, entre les pouvoirs publics et les professionnels de l'assurance pour apporter des aménagements tangibles, notamment en matière de traitement des données médicales, à l'assurance décès des prêts. Ce dispositif n'ayant répondu que partiellement aux attentes des malades a été revu en 2011. Les pouvoirs publics ont souhaité qu'une réflexion soit menée en vue de favoriser une amélioration des réponses aux personnes séropositives au VIH, et plus généralement à celles présentant un risque de santé aggravé. Le comité a ainsi revu le dispositif et a engagé de nouvelles réflexions sur l'assurabilité des personnes défavorisées par leur état de santé, dans le cadre de l'assurance emprunteur. En pratique, cette convention a eu peu d'impact, les assureurs ne prenant pas toujours en compte les progrès thérapeutiques récents et continuant à se baser sur des tables de morbidité et de mortalité parfois obsolètes. En 2004, 9 000 dossiers de demande de prêt ont encore été rejetés pour cause médicale.

Lors des entretiens, il apparaît que dans la réalité la Convention a de grandes difficultés à s'imposer et les agents bancaires maîtrisent mal son application. Les affiches annonçant le nom du référent AERAS de chaque banque est souvent cachée derrière les affiches publicitaires des banques. Certains banquiers disent ne pas le proposer à cause des lourdeurs administratives que cela entraînent. La plupart des conseillers interrogés disent ne pas pouvoir expliquer le fonctionnement de la Convention sans faire appel à un référencier. Le manque de temps, les objectifs à atteindre, entre autres, font que les conseillers occultent cette formalité et ne la présentent quasiment jamais aux clients atteints d'un risque aggravé de santé. Plusieurs des cadres financiers interrogés affirment qu'à partir du moment où un client fait appel à la convention AERAS, on sait clairement que son dossier a toutes les chances d'être refusé par les compagnies d'assurance quand bien même trois paliers de refus ont été mis en place auprès des grands réassureurs mondiaux. En effet, l'étude empirique montre que le dispositif est inconnu des conseillers financiers et encore moins des clients qui ne savent pas en quoi ils consistent. La plupart des banquiers au courant du dispositif préfèrent décourager

Chapitre IV: Résultats

les clients malades car les démarches à mettre en place sont chronophages et administrativement lourdes. Lors de l'enquête empirique, un actuair e a déclaré qu'il « *était préférable pour les malades de se soigner plutôt que de créer des entreprises* ». .

Verbatim

Qu'en pensez-vous de ce dispositif [Convention AERAS] ?

Joker. Je ne pense pas que cela serve a grand-chose, non. Cela m'a plus marqué dans le sens où on a inclut une notion de confidentialité qui n'existait pas avant parce qu'effectivement une personne qui est malade forcément son conseiller était au courant parce que le bulletin on y avait accès...on y a encore l'accès parce que si un client veut nous montrer son bulletin. [...] on nous a formés il y a quelques années lorsque la convention AERAS a été introduite, on nous a fait des formations dessus mais très honnêtement ce sont des sujets qui ne nous intéressent pas. il y a 100% qui est délivré et qui 90% qui passent par l'oreille gauche et il reste 5% de la formation dans notre cerveau c'est pour vous dire l'intérêt.

Donc dans l'immédiat si vous avez un client en face de vous, ce sera difficile de lui parlez de la convention AERAS ?

Là, si une personne vient et me dit j'ai le sida je veux emprunter, là effectivement je vais me renseigner sur le système intranet mais on a l'information dans nos systèmes, je ne pourrais pas vous l'expliquer maintenant pour une simple raisons que j'ai beaucoup de choses à faire et a gérer dans mon métier et ce cas spécifiques, je ne le maitrise pas. On a tous ce qu'il faut en interne pour gérer ce cas spécifiques, ces gens pointus dans ce domaines et vont nous renseigner nous assister dans la résolution de ce type de problèmes.

Directeur bancaire régional, entretien n°7

Conscient des problèmes rencontrés par de nombreuses personnes pour accéder au financement bancaire et de l'impact de la santé sur l'octroi de crédit, l'État a mis en place la convention AERAS pour répondre aux besoins de ces personnes. La convention AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) facilite l'accès des personnes malades ou ayant été touchées par un grave problème de santé à l'assurance et, donc, à l'emprunt. Elle apporte un certain nombre d'améliorations et des innovations. Ses principales avancées sont davantage de transparence, la prise en compte de la couverture du risque invalidité, et la création d'un mécanisme de solidarité en faveur des emprunteurs (nouvelle

Chapitre IV: Résultats

convention AERAS, 2011). Toutefois, la convention AERAS reste une convention et son application n'est en aucun cas obligatoire. Elle constitue un code de bonne conduite pour les établissements bancaires et compagnies d'assurance. Selon le rapport au parlement sur les «Les personnes à risques aggravés de santé» (2007), le dispositif reste encore méconnu du public et mal appréhendé par les banques. Le rapport déplore également une inégalité dans l'assurabilité des pathologies.

Verbatim

Aviez-vous l'habitude de parler de la convention AERAS ?

J'ai testé pour vous.

Racontez-moi ?

Vous savez que [...] je suis atteint du VIH depuis 1985[...] j'avais un crédit complémentaire à réaliser et j'avais un crédit relais à faire. Ma banque [...]a imposé que je sois assuré au titre du crédit relais ainsi qu'au titre du crédit long terme. Je savais que je n'étais pas assurable selon le critère habituel des assurances et que je suis séropositif depuis très longtemps et que j'ai eu un cancer et que j'ai eu d'autres pathologies qui font que je coche trop de cases pour rentrer dans les critères d'assurance mais je me suis dit que c'était l'occasion de tester la convention AERAS et que semble-t-il nous donne droit à l'assurance même cas en maladie grave. J'ai donc rempli le formulaire d'assurance, première étape donc évidemment, je ne pouvais pas dire oui à tout donc j'ai fait le truc complémentaire et je suis passé au formulaire de convention AERAS. cela veut dire quoi cela veut dire que l'on fait toute une série d'examen, que l'on rempli un dossier très précis que l'on fait valider par son médecin traitant ou son médecin hospitalier ou ses médecins hospitaliers puisqu'en l'occurrence, il fallait que j'aille voir mon oncologue, mon infectiologue, mon généraliste, etc., donc tout le monde a rempli gentiment son dossier et on envoie l'ensemble des informations où chacun dit que la maladie est en ordre, que c'est maîtrisé, que les résultats sont bons [...] la seule obligation pour les assurances est de donner un avis, c'est d'étudier le dossier. Ils n'ont aucune obligation de trouver une solution. En revanche quand vous êtes passé au niveau 3 de la convention AERAS, c'est-à-dire le plus haut niveau, s'ils disent non c'est foutu. Voilà la convention AERAS, donc c'est juste une foutaise.

Chef d'entreprise et ancien conseiller financier, entretien n° 8

La Convention AERAS est considérée comme une contrainte pesante par les chargés d'affaires financiers malgré les rapports optimistes de la commission AERAS sur l'usage de l'outil pourtant pour les personnes ayant une pathologie à risque grave elle est vécue comme un parcours du combattant, un acte humiliant. L'interviewé rencontré lors des entretiens décrit

Chapitre IV: Résultats

ce moment comme une période intensif de stress qui a duré pendant trois mois. Trois pendant lesquels, il a du se soumettre à une foulditude d'examens, faire face à l'incompréhension à des personnes, à des personnes qui ne répondent pas, ne considèrent pas et au final se trouver face à des médecins conseils qui n'accordent aucune importance aux patients. *« C'est terrible, c'est terrifiant, cela vous met en pleine tête toutes vos pathologies, le fait que vous êtes quelqu'un à risque ce n'est pas seulement un parcours de combattant administratif, c'est aussi physique et c'est très dur. »* (mpicaud 8).

La convention AERAS reste cependant le sésame pour que les établissements bancaires accordent un prêt bancaire. Après les renforcements proposés par cette dernière en 2011, les pratiques n'ont pas suffisamment évolué pour qu'un changement important puisse être perceptible. Il est observé que beaucoup de personnes souhaitant avoir accès à l'assurance sont stoppés dans leur démarche car ils font face encore à des difficultés majeurs en ce qui la mise en place de la convention et elles font l'objet de surprimes importantes ou d'exclusion de garanties. Certes la convention AERAS permet pour une certaine partie de la population malade d'avoir accès à l'assurance alors qu'en temps normal elle en aurait été exclue auparavant mais les efforts demeurent trop marginal pour qu'une majorité en bénéficie et ce sans passer par les difficultés administratives lourdes et chronophages qui sont associées au dispositif. Par ailleurs, s'il est vrai que certaines personnes parviennent à accéder à l'assurance, en dépit de cela certaines pathologies restent encore totalement taboues et subissent une sélection plus forte ainsi les personnes dépressives, celles atteintes d'un cancer, touchées par des maladies cardio-vasculaires et contaminées VIH sont plus exposés à la discrimination médicale que d'autres le sont. La convention AERAS présente des blocages et des limites qui peuvent être jugulés par des solutions alternatives. En effet, les personnes qui multiplient les refus peuvent se tourner vers la commission de médiation AERAS dans le but qu'elle tente de trouver un accord entre les parties, de solides garanties au travers d'une caution, d'une hypothèque ou d'une assurance-vie peut être apporter en lieu et place d'assurance. Nonobstant, tous les souscripteurs ne possèdent pas ce patrimoine personnel ce qui rend le dispositif caduc car assez cadrée pour répondre à toutes les attentes.

La ligue du cancer conjointement avec le président de la République française ont signé un protocole d'accord le 24 mars 2016 pour un droit à l'oubli de la maladie les personnes qui ont été touchés par le cancer et en rémission. Aujourd'hui confrontés à des refus ou à des tarifs moins favorables lorsqu'ils souhaitent contracter un prêt bancaire, les ex-malades pourront ne pas déclarer leur ancienne maladie une fois le délai de quinze ans écoulé. Cette mesure est une

Chapitre IV: Résultats

nouvelle amélioration apportée à la convention AERAS. Ce droit à l'oubli s'applique à partir de quinze ans après l'arrêt des soins liés au cancer. Un délai réduit à cinq ans pour les enfants et adolescents chez le cancer est survenu avant l'âge de 15 ans, une grille de référence a été établie selon certains cancers et selon certains cas et vont être traités au cas par cas. Toutefois, la durée de 15 ans est critiquable dans la mesure qu'elle prend effet après l'arrêt des soins or l'on sait que les banques font une sélection sur l'âge de l'emprunteur donc pour une personne qui finirait son traitement à 35 ans elle devra attendre 50 ans pour faire son prêt si l'on calcule la durée d'un prêt sur le long terme entre dix et 20 ans, on suppose qu'elle aura déjà dépassé l'âge de remboursement.

1.4 La maladie : entre déviance et asymétrie informationnelle

La maladie souvent stigmatisée et vue comme pathologique face à la majorité des individus bien portants est devenue une forme de déviance à part entière. La maladie est à l'origine de multiples. L'exclusion banalisée dans le secteur bancaire

Selon le ministère de la santé 1 français sur 6 aurait des difficultés à trouver un emprunt en raison d'un problème de santé tout simplement dans 80% des cas l'assurance de la banque refusent de garantir le crédit. Qui dit maladies chroniques dit arrêts de travail dans ce cas l'assurance serait obligée de rembourser la banque d'où les refus. Dans tout ce qui est maladies évolutives, les assureurs ont beaucoup de mal à prendre les risques parce qu'il est difficile d'évaluer la santé du souscripteur sur le long terme et l'incertitude du remboursement de l'emprunt est une ombre omniprésente. L'assureur ne pouvant statistiquement pas poser un diagnostic cela aboutit à un refus d'assurance. Toutes les personnes malades n'arrivent pas à obtenir une assurance et lorsqu'elles y arrivent elles sont majoritairement assurées pour le décès et pas l'invalidité et par-dessus tout elles vont devoir régler une surprime qui peut aller de 15 à 250% pour les cas extrêmes. C'est une assurance plus chère pour des garanties moindres.

. Le regard posé sur la maladie a changé, mais ceux qui détiennent les cordons d'une bourse vous jaugent comme un cheval, vieux, blessé, donc potentiellement faillible. Je suis vivante, mais nos projets sont freinés, C'est la double peine, être exclue pendant et après la maladie,

Il a fallu que j'emprunte pour mon affaire, cela m'a été refusé, puis accepté quand c'est ma femme qui a emprunté. Chose stupide car c'est moi qui fabrique et sans moi, pas de gâteaux

, cela m'a presque fait croire que l'on me mentait sur mon état de santé. Je suis devenue une toute petite chose malgré mon salaire, j'ai commencé à m'autocensurer pour tout et je n'étais plus rien sans mon mari. Le pire aura été de me faire désespérer de mon état de santé. »

2. Fracture entre les réalités du terrain et les réalités administratives

L'accès au crédit et à l'assurance emprunteur peut se révéler quasi ordinaire pour les dirigeants de PME... sur le papier. Pourtant, nombreux sont les freins qui empêchent d'y parvenir. Cela vient du fait que le modèle de marché qui est proposé est souvent un marché qui prend en ligne de mire un marché transparent où la concurrence est vertueuse. Or, le marché fonctionne sur un modèle imparfait, ces imperfections telles que le comportement des individus, l'irrespect des règles des organisations, les mensonges, et les différentes asymétries et déviances ne sont pas intégrés dans les outils utilisés pour d'accéder au crédit bancaire. Certes, il existe le questionnaire de santé, l'étude financière du porteur de projet et la faisabilité de ce dernier mais force est de constater que les banques au même titre que les assureurs sont pris au dépourvu devant la fracture qui existent les réalités du terrain et les réalités administratives.

2.1 Le rationnement du crédit

Le rationnement du crédit est l'un des concepts développé dans la théorie de l'asymétrie de l'information de Stiglitz et Weiss (1981). Suivant la pensée des auteurs, le rationnement du crédit est à la défaveur des porteurs de projets dits viables. Leurs projets seront ainsi écartés du circuit du financement au profit de projets moins rentables qui eux bénéficieront de financements avec une égale rentabilité apparente ou lorsque les changements dans les taux d'intérêt ou d'autres variables de crédit sont incapables d'éliminer l'excès de la demande de prêts sur le marché pour un groupe précis d'entreprises ou de projets.

Le rationnement du crédit souvent est le résultat de l'anti sélection qui est un effet d'incitation contraire. En effet, si les informations dont dispose le conseiller financier divergent de celui de l'emprunteur pour pallier cette incertitude liée à l'information asymétrique appliquera un rationnement sur le crédit.

Chapitre IV: Résultats

Les PME bien que les grandes entreprises sont très sujettes au rationnement sur le crédit du fait de leurs spécificités. En effet, le fonctionnement de la structure, concentré autour de son dirigeant ; les aptitudes, le comportement et les motivations de ce dernier ; le montant élevé de la recherche de l'information ; les différences concurrentielles qui existent entre les banques dans le coût du crédit et enfin les relations informelles des Petites et Moyennes et Entreprises avec leurs différents partenaires sont autant de causes qui poussent les banques à la prudence quant il s'agit de financer les PME. En outre, les banques sont conscientes que les altérités auxquelles sont confrontées les petites structures sont à l'origine du taux d'échec qui les touche. Face à de telles circonstances, la banque préférera rationner le crédit.

Pour une meilleure appréhension de l'effet de rationnement du crédit, il est important de comprendre le processus de décision que le banquier applique afin d'optimiser ses bénéfices. Compte tenue des difficultés rencontrées par les institutions bancaires pour obtenir toutes les informations nécessaires sur un porteurs de projets et d'évaluer la faisabilité et la viabilité du projet sans qu'il y ait de biais, les banques ont mis en place des mécanismes où dans sa décision celui plus lui qui supporte les risque du marché mais l'emprunteur. Sachant d'avance que les banques de détail sont souvent les seules financeurs des PME, il apparait évident que la maximisation des profits du banquier affaiblit sensiblement les avoirs des débiteurs en tentant de rendre analogues les bénéfices escomptés de chacun d'eux. Ce phénomène d'affaiblissement est amplifié par les taux d'intérêts obtenus du marché et les capitaux propres.

Dans le marché des biens et services où l'information est accessible et abondante, les prix jouent un rôle superlatif pour déterminer le prix d'équilibre et d'éliminer tout excès de la demande, puis le projet le plus rentable paierait des taux d'intérêt plus élevés en évinçant les moins rentables.

Mais dans le marché réel, l'accès de l'information est non seulement limité mais il se déroule dans un marché. Le contrôle est lui aussi limité sur les emprunteurs actions (effet d'incitation), menant à ce qui est connu sous le nom de " Théorie de Responsabilité Collatérale et Limitée " dans lequel les banques utilisent les nantissements comme un moyen de réduire le risque de défaut et pour accroître leur retour sur investissement. Ce mécanisme (avec d'énormes implication dans le financement des PME) par lequel la banque augmente la responsabilité de l'emprunteur en cas d'échec du projet mène à des perceptions différentes du risque et du rendement du projet pour les des deux parties: l'emprunteur ne prend pas en compte les pertes

Chapitre IV: Résultats

de la banque en cas d'échec et la banque ne prend pas en compte les bénéfices de l'emprunteur lorsque le projet est couronné de succès mais seulement le remboursement du prêt puisqu'il n'est pas sûr de l'information fournie par l'entrepreneur. Puis le rendement attendu de la banque dépendra de la perception du risque qu'il a de chaque projet en particulier. Cette perception des risques dépend également des conditions particulières de chaque projet et/ou de l'emprunteur, informations qui normalement est très coûteuse et difficile à obtenir (coûts fixes élevés de l'information et le comportement de l'emprunteur). Un autre effet de l'augmentation de taux exigés par les prêteurs est qu'elle peut stimuler une diminution sur l'aversion pour le risque des emprunteurs menant à entreprendre des projets plus risqués.

Le taux d'intérêt que l'emprunteur est prêt à payer n'est pas une mesure fiable du risque tant que l'asymétrie de l'information empêchent les banquiers de connaître les profits que va générer la distribution de bénéfices du projet qui est un fait connu par l'emprunteur.

De plus l'augmentation du coût du crédit permettra de remodeler le portefeuille d'investissement de la banque en faveur des projets les plus risqués et aura pour effet de décourager les emprunteurs plus sûrs parce qu'ils ne pourront support l'augmentation des taux d'intérêts. En outre, la moyenne de projets susceptibles de réussir a une probabilité très faible de succès.

Néanmoins une situation peut se produire lorsque le prêt est refusé à cause d'une mauvaise perception des risques, même à des taux plus élevés, c'est le rationnement est par volume. Ce phénomène est connu sous le nom « d'antisélection » L'autre effet perçu est que les emprunteurs peuvent sélectionner des projets plus risqués en déviant du projet l'original ou en gérant un qui est financé sous circonstances risquées quand bien même il n'a pas été accepté par la banque en première instance afin de permettre l'augmentation du coût du crédit. Ce phénomène est appelé " effet incitatif ".

Les phénomènes mentionnés impliquent que l'offre de prêts pour un groupe déterminé d'emprunteurs ne pouvaient pas augmenter lorsque le taux d'intérêt est augmenté, même lorsque l'offre est constante. De cette façon, en gardant à l'esprit les taux d'intérêt payés par d'autres intermédiaires et même sous un excès de la demande, la banque n'encourage pas l'offre de prêts puisqu'il n'implique pas une augmentation du rendement prévu qui pourrait permettre à des taux d'intérêt plus élevés versés aux déposants afin d'obtenir les plus gros dépôts.

Chapitre IV: Résultats

Comme Stiglitz et Weiss (1981) analysent, en raison du rationnement du crédit, parmi les demandeurs de prêt qui semblent être identiques certains bénéficient d'un prêt et d'autres ne le font pas, même s'ils ont offert de payer un taux d'intérêt plus élevé; ou il y a des groupes identifiables de personnes avec une offre de crédit sont incapables d'obtenir des prêts à taux d'intérêt, même si avec une plus grande offre de crédit, ils le pourraient.

Considérant cette situation pour l'ensemble du groupe des banques concurrentes pour les dépôts et à essayer de maximiser les avantages d'une situation d'équilibre pourrait être trouvé dans lequel le rationnement du crédit existent : des projets rentables/business au taux d'intérêt en vigueur sur le marché ne peut pas obtenir l'accès au financement, même payer des taux plus élevés. La possibilité de ce type d'équilibre augmente avec la dispersion des risques des projets comme l'information asymétrique augmente aussi. Ainsi, cette probabilité est plus élevée parmi des PME cela est dû à l'atomisation observés par ce type d'entreprise. Enfin la preuve empirique montre que cette situation est moins visible lorsque la disponibilité des ressources augmente (c'est-à-dire une hausse du ratio des taux d'épargne de l'économie ou le développement du système financier).

2.2 La transgression : un moyen pour faire entendre entre sa voix ?

La transgression au sein de l'entreprise est une loin d'être une dimension oubliée puisque c'est par cette voie que les salariés au sein de l'organisation choisissent de se faire entendre ou tout du moins répondre aux objectifs et demandes de rentabilité de l'entreprise.

Il est vrai que l'entreprise instaure des règles, des codes et tous autres règlements éthiques auxquels les employés doivent se plier cependant entre la théorie et la pratique, il est difficile pour ces derniers de ne pas franchir la ligne rouge et donc de ne pas transgresser les règles établies. La littérature abordée lors de ce travail nous a permis de dire que l'entreprise apparaît comme un laboratoire social qui permet d'étudier les transformations des individus qui y travaillent. En effet, bien qu'ils savent qu'ils doivent se soumettre aux règles établies toutefois ils choisissent, puisque c'est un choix qu'il soit subi ou volontaire, de transgresser les règles établies soit dans le but d'améliorer la rentabilité de l'entreprise soit dans le but de satisfaire leurs intérêts propres. Dans le cadre de notre travail, il a été observé une désagrégation des valeurs aux seins de l'entreprise. Poussés à atteindre davantage que les chiffres antérieurement fixés, à être plus concurrentiels et compétitifs, les employés n'ont d'autres choix que de dévier des normes préétablies.

Chapitre IV: Résultats

Chaque salarié est évalué sur sa performance via la régulation hiérarchique et ceux qui ne sont pas à niveaux sont priés d'être plus productifs. Ainsi a-t-on observé que les conseillers clientèle au sein des banques sont soumis à une forte pression car ces derniers se doivent de faire un métier qui demande le respect des lois, des normes et des règles établies par la banque mais surtout ils ont devoir moral donc éthique envers le client lorsque ce dernier souscrit un contrat auprès de leurs banques. Cependant ils ont des objectifs à atteindre par mois, quand bien même certaines banques disent avoir aboli les primes, il n'en est pas moins vrai que pour parvenir à vendre ces produits les banques mettent en places des techniques de ventes et de discours marketing où parfois s'invitent les déviances. Dans cette démarche, le chargé d'affaire tire une profitabilité d'une part pour lui et d'autre part pour la banque. Ce sont des intérêts partagés. Lors de l'instruction d'un dossier de crédit et d'assurance emprunteur tout autant que le demandeur, le chargé d'affaire financier a intérêt que le dossier se finalise. Si le client repart avec un octroi de crédit, le chargé d'affaire lui remplit une part de la mission qui lui est confié. C'est donc à partir de ce moment que se met en place des stratégies, des tactiques des ventes où se place devoir de conseil, d'information et... d'omission. Ainsi bien souvent, le contrat de crédit se confond avec le contrat d'assurance emprunteur, le questionnaire de santé est relégué dans certaines banques en dernier lieu. Les clients ne sont pas totalement avertis des risques qu'ils encourent à la signature des documents car faute d'explication, et en présence de maladie si tout les banquiers disent faire preuve d'empathie mais ils reconnaissent ne pas être médecin et ne pas proposent les dispositifs d'assurance avec la Convention AERAS car les lourdeurs administratives seraient une contrainte pour eux dans l'atteinte de leurs objectifs.

Verbatim

Vous a-t-on proposé la convention AERAS ou l'avez demandé ?

C'est moi qui l'ai demandé.

Chef d'entreprise et ancien banquier, entretien n°8

Chapitre IV: Résultats

Dans ces cas, ils préfèrent adresser le malade vers une assurance concurrente ou vers un courtier et si ces derniers acceptent d'assurer dans ce cas, le chargé d'affaire financier reprendra en charge le dossier quand il a la garantie de l'aboutissement de ce dernier.

Face à une maladie jugée « mineure » certains conseillers dans la confidentialité de l'entretien, où ils se retrouvent seuls avec le client peuvent le pousser à mentir sur le questionnaire de santé et cela de souvent de manière inconsciente. La mise en place de ces stratégies sont réprouvées par toutes les banques que nous avons rencontrées, il n'empêche que ces déviations sont premièrement difficiles à établir car c'est la parole du conseiller contre la parole du client et deuxièmement tout document que le client signe engage sa responsabilité en tant qu'adulte majeur donc dégage le chargé d'affaire de toutes charges.

Dans le cas de l'entrepreneur, il lui est difficile sinon quasi impossible de mentir sur les documents comptables car l'un des premiers réflexes du banquier est d'interroger la banque de France sur le passé financier de nouveau prospect ou du chef de l'entreprise si elle est déjà créée. En toutes circonstances, la banque dispose de cet avantage de vérification ce qui fait les risques de transgression dans ce domaine sont faibles. En revanche, les possibilités de déviations par fausses déclarations sont plus élevées par l'intermédiaire des questionnaires de santé. Il est vrai que certains banquiers ont concédé vérifier certaines données directement sur les comptes bancaires. En effet, selon la récurrence de versements faites par la sécurité sociale cela leur permet de prendre connaissance des transactions effectuées et de vérifier entre autre les consultations que le client a pu effectuer chez son médecin et à quel rythme, ce qui en soi constitue une brèche dans le secret médical. Néanmoins, ce n'est qu'une vision des versements, elle ne permet que de faire une déduction : à savoir si le client est en arrêt maladie depuis longtemps selon la durée et le cycle des versements mais ces données ne fournissent pas d'indication sur la pathologie qui touche l'emprunteur.

Les déviations sur les questionnaires de santé sont principalement faites par des mensonges. Plusieurs raisons poussent le dirigeants des petites entreprises à mentir la première est la honte de partager son stigmate avec le banquier. Obligés parfois de remplir le questionnaire avec le chargé d'affaire dans la précipitation, ils ne bénéficient pas de cette intimité de le remplir seul. Certaines banques affirment étant donné que le document est numérisé, les conseillers ont tendance à tourner l'ordinateur vers le client et à remplir le questionnaire avec le lui. Dans un souci de productivité et de rapidité, le dirigeant est alors interdit de son droit le plus élémentaire : la confidentialité.

Chapitre IV: Résultats

La deuxième raison, déjà évoquée dans ce travail, ce sont les enjeux liés à la survie de l'entreprise. Pour survivre, une entreprise nécessite des lignes de trésoreries, des découverts, des crédits, en somme elle a besoin d'être financée or l'on sait d'une part que les banques sont frileuses quant à leur financement et d'autre part elles exercent un pouvoir d'autorité, un droit de vie ou de mort selon les décisions qu'elles prendront quant à l'accès au crédit ainsi les dirigeants n'ont d'autres choix que de mentir sur leur santé pour accéder au crédit. C'est dans leur cas un risque, puisque la fausse déclaration constitue un risque pénal, qu'ils consentent à prendre pour la survie de l'entreprise mais aussi un geste d'amour et d'égoïsme ; d'amour puisque s'il y a cessation d'activité des salariés se retrouveront sans emploi, d'égoïsme car l'entreprise c'est leur création, ils y ont mis toute leur énergie, souvent tout leur capital et la perte de cette dernière c'est vivre avec une double mort, la maladie et la perte de l'entreprise.

En troisième et dernier lieu les dirigeants mentent sur les questionnaires car ils savent que la maladie est signe d'exclusion et que dire la vérité serait pire que tout. L'expression exclusion bancaire ou au crédit bancaire prend toute sa dimension lorsqu'une personne atteinte d'une maladie lourde est exclue de tout le système bancaire ainsi beaucoup de banques discriminent les personnes malades en leur refusant l'accès au crédit, le mensonge dans ce cas prend une autre dimension car c'est la voix des stigmatisés qui veulent se faire entendre, c'est la voix d'une population qui est capable d'entreprendre mais à qui on ne donne pas les moyens. La convention AERAS ne répondant pas à leurs besoins ces dirigeants mentent espérant passer à travers les mailles du filet et concrétiser leurs rêves.

Verbatim

Lors de votre entretien [...], vous avez déclaré que votre banquier vous disait non au crédit pour des raisons de statistiques ?

Comme je suis un garçon persévérant, j'ai fait en parallèle plusieurs dossiers puis à un moment donnée, je suis allée voir une mutuelle en lui disant vous qui êtes spécialisé dans les cas difficiles vous pourriez le faire finalement ils ont la gentillesse de me répondre les raisons du pourquoi. Ils m'ont dit « écoutez, on a jamais eu de cas comme vous, c'est-à-dire,

d'une personne vivant comme vous avec le VIH, un cancer, etc., depuis si longtemps et donc on n'a pas de statistiques de vie donc on peut donc pas vous assurer, on ne peut pas prendre le risque puisque l'on n'a pas de table de risque » donc je leur ai expliqué que s'il ne me prenne pas cela veut dire qu'ils ne prendront personne d'autres et que du coup ils n'auront jamais de table de risque, ils n'auront jamais de statistiques et finalement cela veut dire qu'à partir du moment où vous cochez ce type de pathologies vous êtes exclus du circuit d'assurance ce qui est vrai si vous cochez VIH plus cancer, VIH depuis longtemps c'est sûr que c'est foutu. J'ai interrogé de la même façon une compagnie d'assurance qui m'avait refusé dans le cadre de la convention AERAS et donc je lui ai demandé des explications et évidemment il m'a répondu vous avez cochez cases qui sont suffisantes pour pouvoir vous exclure du système de prises de risque de l'assurance.

Chef d'entreprise et ancien banquier, entretien n°8

La transgression quel que soit l'objectif qui l'anime reste un procédé pertinent pour annihiler toutes normes prescrites. La transgression établit un nouveau monde avec ces nouvelles codifications. La transgression est. La transgression existe par elle-même. Le transgresseur bien que coupables de déviances est stigmatisé au même titre que le malade. Dans un environnement professionnel qui plus est compétitif l'employé qui n'est pas en mesure d'atteindre ces objectifs voire plus il est repris par sa hiérarchie, est sanctionné pour de mauvais résultat, peut perdre son boulot, peut « être mis au placard », peut et être victime de toutes sortes de harcèlements. Ces comportements vecteurs de stress mettent les salariés en situation d'handicap. Ainsi devant l'urgence et pour fuir cette situation certains salariés sont prêts à franchir la ligne rouge, à dépasser les règles, à outrepasser les droits qui leurs sont ordonnées par l'organisation, la société et la loi. Ils sont prêts à transgresser les normes fixées dans le but de ne pas décevoir l'organisation et par extension tirer personnellement profit de cette situation afin que les objectifs de productivité soient atteints.

2.3 Décalage entre la réalité des entrepreneurs et celle des banquiers et des assureurs

Les entreprises sont en proie à des obstacles majeurs en ce qui concerne le financement avec les différents partenaires financiers que sont la banque et l'assurance pour assurer l'emprunt. Un manque de communication, de partage de l'information, en somme de mésintelligence réciproque s'est installée entre les trois organisations. De fait, le dialogue, entre elles, se trouve détérioré chaque partie s'accusant de ne pas être comprise par l'autre.

Chapitre IV: Résultats

La recherche empirique a permis de mettre en exergue un décalage voire de souligner les réalités de chaque partie prenante. En effet, se positionnant d'un parti ou de l'autre on distingue que la réalité se lit diversement ce qui nous amène à considérer qu'il subsiste un écart entre les entrepreneurs, les banquiers et les assureurs, que ces derniers ne partagent pas les mêmes risques, que leur univers ne se rencontre pas créant par là une inégalité dans leurs relations.

Les entreprises estiment que les banques disposent de toutes les informations, puisque ces dernières peuvent questionner la banque de France sur l'état des comptes des dirigeants, pour octroyer le crédit et ne comprennent pas pourquoi leur demande est sujette à refus. Les banques, quant à elles, fonctionnent certes selon les données financières cependant elles accordent une place importante distinct aux risques qui émaillent leur cœur de métier. La dimension prépondérante de la gestion du risque a eu des effets pervers au détriment des chefs d'entreprises : le contexte de la gestion du risque a pu de manière hâtive pousser les banques à refuser des dossiers de crédits dont le projet est viable.

Nous le réitérons, la banque est le partenaire privilégié des Petites et Moyennes Entreprises. Elle est le passage obligé pour toutes entreprises qui souhaitent se financer, obtenir des lignes de trésoreries supplémentaires, etc., ce qui engendre une dépendance des ces entreprises auprès de leurs banques. Certaines PME ont des relations mono bancaires et unilatérales avec leur banques ce qui signifie qu'il n'y a qu'une seule banque qui les financent et ne sont pas suivies pas plusieurs banques dans le cadre de leur financement. Cette relation qualifiée d'autorité avec la banque à peut sceller le destin d'une entreprise. Cette surpuissance de la banque sur l'entreprise définit et impose les règles de la financiarisation des petites structures. Ce droit de vie et /ou de mort que la banque bénéficie sur l'entreprise pousse les entrepreneurs et ce dès la création à l'évitement de l'emprunt bancaire. Les entreprises en phase d'amorçage, celles nécessitant le plus de liquidités, et les entreprises dites de croissances refusent de faire appel aux banques ou de grandir pas peur de l'endettement mais aussi par crainte de l'indexation sur le patrimoine qui se fait quand un dirigeant accède au crédit bancaire car cet avoir professionnel se confond, dans le cas des dirigeants de PME, avec le capital personnel. Le professionnel, l'artisan et le commercial tirent leurs revenus de leurs activités professionnelles donc par voie de conséquence leur patrimoine personnel est issu de ce travail dans la majorité des cas. Le patrimoine ne reste pas forcément dans l'entreprise mais s'inclut dans les affaires personnelles. Ainsi le patrimoine privé se confond avec le

Chapitre IV: Résultats

patrimoine professionnel. Les banques veulent croître l'entreprise à condition que le chef d'entreprise apporte des garanties mais si cette modalité n'est pas remplie, elle se retourne vers le dirigeant qui est l'acteur essentiel de l'activité et elle prend des cautions sur le patrimoine personnel avec le risque de faire jouer la garantie si l'entreprise est en faillite ce qui revient à dire que le crédit n'est pas rembourser. Risque que les patrons de PME préfèrent enrayer dans le but d'une part de protéger leur entreprise et d'autre part leur patrimoine familial. De plus, les institutions bancaires sont frileuses quant il s'agit d'emprunter aux petites structures connues pour leurs inconstances donc de difficultés à rétrocéder la dette acquise. Pour elles, investir dans une PME, c'est investir dans l'incertitude. Les Petites et Moyennes Entreprises fonctionnent sur le court termisme à l'instar des grandes entreprises qui budgétisent sur le long terme leurs besoins et prévoient leurs capacités de rétribution ce que la PME ne peut faire du fait de sa relation avec la marge de progression qui est fonction de l'offre et de la demande.

Par ailleurs, il convient de mettre en lumière, l'incompréhension qui entoure la PME et ces caractéristiques. Olivier Torres, l'a écrit il n'existe pas une PME mais des PME : de la PME unipersonnelle à la PME familiale, de la start up à la grande PME, il y a différents univers, différents fonctionnements, différents types de patrons, de mises en places des projets, etc. Les banques ne font pas de différence entre les petits commerces de quartiers et la grande PME qui est structurée dans leur fonctionnement comme une grande entreprise, dans leur système de notation toutes les PME sont des PME. L'hétérogénéité de ces structures échappe aux chargés d'affaires professionnels qui semblent avoir une vision limitée de la PME.

Dans la mesure où un traitement différencié serait de circonstance pour chaque dossier de crédit, il apparaît que les scoring ou les notations ne laissent pas la place à cet exercice. L'incompréhension entre la banque et la PME s'exprime au-delà des enjeux financiers. L'humain est au cœur du problème. Les niveaux décisionnels de l'organisation bancaire rendent opaques le dispositif du crédit bancaire. Les dirigeants sont perdus face à la hiérarchisation décisionnelle auxquelles ils sont confrontés car une fois le dossier d'octroi de crédit est présenté au conseiller bancaire, il est présenté en back office où des décisionnaires vont émettre un avis favorable ou pas en plus de celui émis par le chargé clientèle. Ces décisionnaires invisibles aux yeux des dirigeants rendent la relation encore plus difficile.

Si demander à sa banque un emprunt est un geste auquel recourt une multitude de chefs d'entreprise aujourd'hui, il n'en demeure pas moins que ce geste est lourd de sens car il est bâti

Chapitre IV: Résultats

sur la confiance. On suppose que l'emprunteur et le prêteur construisent une relation bilatérale dont l'assurance est le fondement. Or, la confiance se définit comme un le « sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre ». Dans le cas des banques et des entreprises cette relation de confiance n'est pas établie, elle n'a pas de viabilité puisque le turnover fait que les chargé d'affaire ont une durabilité maximum de trois ans par agence ce qui fait que le lien n'a pas le temps de se créer avec le dirigeant qu'il faut reconstruire la relation. C'est une relation basée sur la construction /déconstruction. La relation de confiance ne peut être immatérielle cela constitue un écart avec l'attente des dirigeants qui souhaiteraient avec avoir un seul interlocuteur avec qui il puisse correspondre, qui puisse visiter leur entreprise sans que ce soit toujours le chef dirigeant qui soit obligé de faire le déplacement pour convaincre un banquier qui n'a jamais vu sa structure. Le turnover instauré par les banques est une problématique qui rend difficile l'installation de liens durables entre le dirigeant et les différents chargés d'affaire. Le changement systématiquement de conseiller financier est un perpétuel recommencent qui oblige le dirigeant à dérouler toute son histoire a chaque nouvelle rencontre. Cette redite est chronophage et n'aide pas à l'avancée des dossiers de financements. Le chargé clientèle dès sa prise de fonction impose une nouvelle optique des fonctionnements ce qui implique une remise en question des habitudes installées. Si les banques apportent une explication au turnover des salariés, pour éviter des risques de collusion, il n'en demeure pas moins qu'une distanciation a été observée entre elles et les chefs d'entreprises et que les enjeux de ces deux parties sont divergents. Le turnover représente un inconvénient de taille pour les dirigeants de PME.

Les banques sont connues comme des institutions qui attribuent des prêts aux particuliers et entreprises toutefois on oublie fréquemment que ce sont par-dessus tout des entreprises dont la matière première est l'argent dont il doit tirer profit via les intérêts qu'elle récoltera. . Une banque ne sursoit pas des autres entreprises. Elle fonctionne de façon identique et nourrit les même objectifs : la croissance. Cette vision du banquier entrepreneur est en décalage avec l'image d'Epinal que nous avons de ce dernier cependant il convient de dire que la banque est une entreprise de biens et de services, qu'elle propose un éventail de produits tels que les crédits, les assurances, les comptes, les épargnes ; s'occupe du patrimoine, des titres, des biens privés et vend forfaits mobiles et les Smartphones qui l'accompagnent. C'est une entreprise à part entière qui a des objectifs de rentabilité. Les salariés de la banque sont, au même titre que n'importe quelle entreprise, objectivés sur leurs résultats. Dans cette lignée, on comprend la frilosité de ces banques et l'excès de zèle que les chargés clientèles peuvent faire

Chapitre IV: Résultats

preuve à l'égard des dirigeants quand il s'agit de mettre en place le dossier de crédit surtout quand un problème de santé vient à se présenter.

La coercition des banques vient de la gestion de l'argent qui est une ressource particulière et qui nécessite donc une intendance spécifique dans la mesure où le bien dans ce cas n'est pas vendu mais prêter et doit être rembourser avec une plus value. C'est à ce titre que les salariés bancaires, pour se prémunir contre les risques, demandent aux emprunteurs de remplir différentes conditions dont un état de bonne santé pour accéder au crédit bancaire.

Le questionnaire de santé que l'on demande de remplir aux emprunteurs est une réalité qui surpasse celle des entrepreneurs. Le document en lui-même est en contraste avec la réalité des ces derniers. La liste de pathologie est abyssale pour une personne non avertie ; certaines maladies bien suivies et bien traitées figurent toujours sur le questionnaire ; une discrimination s'observe selon les différentes ethnies ainsi les maladies tropicales touchent plus une population que d'autres ; etc. Les réalités sont aussi différentes quand le questionnaire médical contraint une population qui a été malade mais guérit à ne pas accéder au crédit car figurant toujours comme un risque sur les tables de survie. Les lourdeurs administratives peuvent rallonger les délais de réponses mettant en péril la survie de l'entreprise. La maladie n'est pas abordée de la même par les trois acteurs. Si pour les banquiers, elle constitue un facteur de risque et d'incertitude contre laquelle il faut se protéger avant effet. Pour le dirigeant la santé n'est pas une de ces prérogatives premières. Le but du dirigeant est de développer son entreprise : il ne compte pas les heures travaillées, ne délègue pas, supporte pas les difficultés sans se plaindre et renvoie l'image du patron fort.

La banque sait que la santé du dirigeant est une dimension importante pour accéder au crédit et à l'assurance emprunteur mais peu de dirigeants connaissent réellement l'impact du questionnaire de santé sur leur dossier de crédit sachant que l'assurance emprunteur se pose en intermédiaire en jouant le rôle de garanties pour le client contre les accidents et décès qui peuvent intervenir. C'est une soupape de sécurité sur laquelle la banque peut se reposer. Ainsi, dans le cas des banques et des assurances, l'outil est rôdé. L'information que détiennent les dirigeants, à ce niveau, est en décalage, avec la réalité ce qui donne lieu d'une part à la rétention d'information face aux questionnaires de santé et d'autre part de l'opportunisme vecteur de déviances dont les principaux effets sont la fausse déclaration donc le mensonge et différentes tricheries.

Chapitre IV: Résultats

Le fait que les compagnies d'assurances et bancaires soient en décalage avec les entrepreneurs créent un déséquilibre sur le marché. Demander aux PME de remplir des modalités d'accès au crédit qu'elles ne peuvent pas satisfaire du fait de leur mode de fonctionnement, de leurs spécificités montre que ce sont deux mondes, deux réalités qui se jaugent.

Les compagnies d'assurance, enfin, connues pour leur comportement distant avec les clients sont également connues pour leur rigueur sélective. In fine l'assureur ayant étudié les différents milieux dans lesquels évoluent l'assuré, pris en compte son état de santé est en mesure de rendre un avis qui le positionne toujours gagnant. Si les données actuarielles se révèlent pessimistes donc contre son intérêt, la compagnie d'assurance peut exclure le dossier ou l'accepter avec une forte surprime et dans le cas où une fausse déclaration non découverte pas l'assurance en amont, elle est supporté par l'assureur et cela est valable même dans le cas où une maladie ne serait pas déclarée au cours du contrat : que le constat soit fait par l'assureur avant effet du contrat ou qu'une fausse déclaration de bonne ou de mauvaise foi y soi à l'origine l'assurance-crédit est rarement perdante. Tous les risques sont calculés à la faveur de la compagnie d'assurance. En effet, il nous a été expliqué que si les compagnies d'assurances devaient payer tous les risques, elles seraient dans ce cas déficitaires. Il a fallu trouver des solutions éviter l'anti sélection mais aussi l'aléa moral pour maximiser les profits de ces dernières.

Le nœud gordien de ce décalage réside dans la difficulté des parties à trouver un terrain d'entente, à trouver une façon de coordonner les informations qui leur parviennent et de les divulguer entre eux afin qu'aucune des parties dans cette triangulation ne se trouve lésée. Le contraste existant entre les parties est du aux problèmes de financements et d'assurance emprunteurs mais il est d'autant plus accentué par les risques de santé qui est un écueil prédominant dans le cadre de l'octroi de crédit aux dirigeants de Petites et Moyennes Entreprises.

2.4 L'état de santé des dirigeants : un risque rationné

Si financer les PME est un acte banal pour la plupart des banques, elle est cependant aussi un acte particulier. Banal car ces dernières présentent une forte part des entreprises françaises et donc de la clientèle des établissements financiers généralistes. Particulier car le risque qui est lié à elles est marqué par des caractéristiques singulières : elles font peu appel directement à

Chapitre IV: Résultats

des actionnaires et encore moins au marché financier, elles ont des fonctions financières peu structurées ainsi que des volumes d'activité et des marges qui permettent rarement de supporter des aléas conjoncturels trop brusques ou qui durent, etc (Jaouen, 2005 ; Torrès, 1997,1998, 1999 ; Marchesnay et Messeghem, 2011, p.6-25 ; Pacitto et al., 2002, p.35-61 ; Conseil d'orientation pour l'emploi, 2001, p.1-40).

En effet, quand on parle de PME on fait référence à sa structure, à son mode de fonctionnement, à ses caractéristiques, à ses différentes spécificités ainsi que le rôle prédominant que le dirigeant occupe dans l'organisation. De fait, les risques de l'entreprise sont fortement attachés au dirigeant : c'est sur lui que se concentre la prise de décision stratégique ou organisationnelle, il est fréquemment l'actionnaire majoritaire, l'expertise de l'entreprise est souvent la sienne, etc. La dimension informelle de l'information dans l'organisation des PME est un frein à l'entrée d'un marché de capital structuré. Les dirigeants de PME établissent des relations «de confiance, d'estime, de réputation » (Nakamura, 1999) avec « les actionnaires, les banquiers, les fournisseurs et le personnel de l'entreprise réduisant ainsi le besoin de formaliser l'information » Cette dimension de la relation basée sur le capital réputation est peu efficace, qui plus est elle limite les choix et remet lourdement en question l'entrée d'un investisseur dans le capital de l'entreprise (Belletante & al. 2001).

Le dirigeant de la PME a une forte tendance à centrer la gestion de l'entreprise autour de sa personne. Ce comportement a pour conséquence l'exclusion totale du regard extérieur. Torres (1999, p.22), qualifie ce phénomène d'Egotrophie. Il écrit : « *Le pouvoir financier, le pouvoir de compétence, le pouvoir charismatique sont exercés par une seule et même personne, le dirigeant [...] Les affaires de l'entreprise sont d'abord et avant tout une affaire personnelle.* ». Cet égocentrisme, cette centralisation du pouvoir peut entraîner une mauvaise gestion des affaires financières et organisationnelles de la PME. Cette illiquidité est encore plus fortement ressentie par les très petites structures qui à elles seules cumulent tout les caractéristiques qui freinent l'accès au crédit bancaires ; d'autant que les investisseurs manquent de confiance dans les capacités de gestion du dirigeant. La concentration du pouvoir autour du dirigeant est l'un des facteurs sensibles de la petites et moyennes entreprises qui effrayent le plus les partenaires financier éventuel. De plus, du fait de son organisation spécifique, les investisseurs estiment qu'il existe un risque très élevé d'asymétrie d'information et bien trop souvent l'entrepreneur est malhabile en matière de gestion financière et à une forte tendance à surestimer ses capacités (Berryman,1983 ; Peacock 1987).

Chapitre IV: Résultats

Il découle de ce lien étroit entre le risque de l'entreprise et lui, que le dirigeant est aussi un facteur de risque. La qualité de son travail et la pérennité de son action déterminent la santé de l'entreprise. Or, de ce fait, cette dernière est liée à la sienne.

Aux problèmes de financement, de rationnement de crédit, d'asymétrie d'information, viennent s'ajouter le rationnement qui se fait sur la santé des dirigeants. En effet, en plus de s'intéresser aux données financières de l'entreprise, on sous-entend ici la santé financière de l'entreprise, les banques et les assurances prêtent une attention particulière à la santé des petits dirigeants. Plus explicitement, dans le cadre d'un crédit bancaire, la santé physique du petit patron est un atout indispensable pour accéder au crédit bancaire.

Verbatim

Imaginez que vous voulez faire un crédit immobilier sur 10 ans, il faut pour la banque s'assurer que vous pourrez être en vie pendant ces 10 ans pour rembourser ce crédit. Si vous n'êtes pas en vie cela veut dire qu'il y aura défaut de crédit. donc forcément un crédit c'est un pari sur l'avenir et donc pari sur l'avenir, sur l'emprunteur, sur sa capacité de vivre pendant la durée du crédit que ce soit un particulier ou un professionnel, de la même façon, on fait un pari sur une entreprise sur sa capacité à vivre à affronter des crises dans les années qui viennent. C'est tout à fait logique. Il n'y a rien de choquant à cela. La santé c'est normale qu'elle intervienne de façon importante !

Chef d'entreprise et ancien conseiller financier, entretien n° 15

La santé des dirigeants est un élément clé pour la santé de l'entreprise. La santé, de la création jusqu'à la cessation d'activité est une dimension omniprésente : quelque soit la direction que le dirigeant prend pour l'accroissement de son business la santé est une valeur qui l'accompagne en tout temps. La maladie constitue un frein majeur pour les dirigeants dans leur activité entrepreneuriale. Pourtant bien que la santé soit d'une importance capitale l'étude épidémiologique de l'observatoire Amarok menée par le Pr. Torrès Olivier (2013) montre que les dirigeants s'en préoccupent peu. Les dirigeants travaillent deux fois plus qu'un salarié et se présentent en leader qui ne s'autorise pas à être malade ou à se plaindre. Nonobstant que ce soit pour accéder au crédit bancaire et à l'assurance emprunteur, la santé est toujours au premier plan. Dans un contexte où la santé des dirigeants est une zone aveugle et où la recherche commence à donner la voix, sur le rôle de la santé physique du dirigeant est une dimension importante voire capitale pour la bonne marche et la bonne santé de l'entreprise.

Chapitre IV: Résultats

Ce phénomène qui touche les petits dirigeants c'est : le rationnement sur la santé. Comme l'ont montré les travaux de Torrès (2010) la santé du dirigeant de petite entreprise est fortement impactée par son travail. En sens inverse, la position centrale du dirigeant fait de sa capacité d'implication et donc de son état de forme un des éléments déterminant de la pérennité d'une PME et donc de son risque. Bien souvent, du point de vue de la banque, ce lien est encore plus fort.

Dans la ligne des axiomatiques économiques et financières, à la définition desquelles ont participé, tour à tour, et entre autres, A.Smith, L.J.Savage ou Von Neuman et Morgenstern, l'individu qui est pris en compte dans les approches classiques des relations financières est à la fois maximisateur et risquophobe. Son comportement est considéré comme donné et comme obéissant à des règles décisionnelles quasi-mécaniques et précises qui induisent tant une objectivité qu'une régularité des mécanismes qui le déterminent. Au niveau de l'entreprise la perspective est la même. Elle est appréhendée comme dotée d'un fonctionnement mécaniste et déterminé par des règles immuables. L'enjeu pour la banque, dans le cadre de la relation de financement, est d'être capable de mesurer le risque de la manière la plus efficace possible. Il est lié à l'impossibilité de prendre en compte l'ensemble des éléments qui interviennent directement ou non dans la mécanique du fonctionnement de l'entreprise et de son évolution : cela, par incapacité, par manque de temps ou par indisponibilité de l'information.

Pour l'investisseur comme pour la banque, l'impossibilité de prédire précisément l'évolution de la relation génère un risque irréductible mais probabilisable. Or, probabiliser suppose de connaître les configurations futures possibles de la relation entre la banque et l'entreprise. Ceci impose que le décideur bancaire soit effectivement en mesure d'évaluer les chances d'apparition de chacune d'entre elles. Le recours aux probabilités et aux statistiques ne permet pas de comprendre et de prédire l'évolution de la relation mais seulement de la décrire et de la prévoir. Il permet non pas de supprimer le risque qu'elle représente mais de le réduire. Il ne supprime que l'impossibilité pour la banque de rationaliser son fonctionnement et ses actions dans le cadre du financement de l'entreprise cliente. L'enjeu devient l'identification des différentes possibilités d'évolution et le rattachement à chacune d'entre elles d'une probabilité d'apparition. Il est de mesurer le risque en le quantifiant, mais aussi et par suite, de déterminer quel niveau de risque est considéré comme acceptable compte tenu de l'aversion au risque des décideurs et du niveau de rentabilité attendu. Il est, aussi, de se prémunir contre les conséquences possibles d'une évolution défavorable, dont l'éventualité est mesurée et assumée. La logique articule tant la prévision que la protection. Pour décider, la banque se

Chapitre IV: Résultats

réfère au calcul de mesure du risque et aux règles de décision qu'elle met en place (Wissler 1989 ; Rivaud-Dansey 1996). Ensuite, il lui reste à simplement prendre les mesures nécessaires à la limitation des conséquences éventuelles de la prise de risque. En reprenant François Ewald (1996), nous pouvons dire que : *"dans ce monde de la prévoyance, l'homme n'a d'autre recours que le calcul et la vertu"*. L'enjeu pour la banque et l'assurance est donc double et bien résumé par cette phrase de François Ewald : disposer des bons outils de mesure du risque et les utiliser de manière efficace.

Or, les travaux sur les outils de gestion (Berry 1992 ; Bidet 2008) ont bien montré que leur mise en œuvre et leur utilisation par les acteurs renvoie à une dynamique d'interaction complexe. En effet, ils sont des acteurs à part entière de la situation d'action ou de travail au sens où tout en traduisant une ou des logiques d'action ou de prises en compte de contraintes, ils prescrivent, au moins en partie, son comportement à l'individu. Ainsi le dossier de crédit, souvent informatisé, est certes un outil de recueil ordonné des informations sur l'entreprise cliente mais aussi un prescripteur de la démarche d'analyse du risque et de prise de décision (Wissler 1989). Wissler (1989, p.113) affirme que « [...] *la relation entre la banque et son marché ; la simple évocation des crédits par caution bancaire, les pratiques de soutien solidaire[...]réaffirment ainsi la nécessité de bien connaître le client afin de fournir la garantie de la banque, et nécessitent de disposer d'un recul et de l'ancienneté suffisante dans la relation pour apprécier la qualité des créances : la banque prend au fond l'engagement domestique de se substituer à l'entreprise débitrice en cas de défaillance* ».

Si rationner au sens premier est d'attribuer une quantité limitée, mesurer la quantité, l'état de santé du dirigeant de la petite structure est un élément qui *stricto sensu* mène à un rationnement de santé. En effet, face à l'incertitude de non recouvrement des fonds empruntés toutes les données sont prises en compte pour optimiser le prêt. En dehors des données financières, la santé est le premier domaine qui est pris en compte sur les prêts faits sur le moyen et long terme. La banque exige souvent une assurance qui protège la banque mais aussi le prêteur en cas de problème. L'absence de santé se révèle être un frein pour l'accès au crédit des petits dirigeants qui souvent manque de fonds propres pour assurer leurs crédits. Cette situation engendre un cercle vicieux dans lequel les dirigeants de petites structures se trouvent pris au piège quant à l'accès au crédit bancaire.

La santé est le premier domaine qui est pris en compte sur les prêts faits sur le moyen et long terme. La banque exige souvent une assurance qui protège la banque mais aussi le prêteur en cas de problème. L'assureur avant de donner son accord étudie les antécédents médicaux du prêteur en s'assurant qu'il n'a pas de pathologies lourdes, car en présence de risque aggravé de santé, l'assureur peut proposer une assurance sur-mesure c'est-à-dire une surprime ou des dispositions d'exclusion de la maladie ou de tout pathologies se rapprochant de la maladie. L'assureur peut aussi décider d'exclure une partie du corps de l'assurance. Cette classification des pathologies de la part des assureurs est à l'origine du rationnement sur la santé dans les crédits bancaires et constitue un problème sérieux pour les petits prêteurs. L'absence de santé se révèle être un frein pour l'accès au crédit des petits dirigeants qui souvent manque de fonds propres pour assurer leurs crédits. Cette situation engendre un cercle vicieux dans lequel les dirigeants de petites structures se trouvent pris au piège quant à l'accès au crédit bancaire. Comme l'ont montré les travaux de Torrès (2010) la santé du dirigeant de petites entreprises est fortement impactée par son travail. En sens inverse, la position centrale du dirigeant fait de sa capacité d'implication et donc de son état de forme un des éléments déterminant de la pérennité d'une PME et donc de son risque. Bien souvent, du point de vue de la banque, ce lien est encore plus fort.

En effet le financement des petites structures par les établissements financiers s'accompagne régulièrement d'un cautionnement par le dirigeant. Certes c'est la PME qui emprunte, mais le risque est, dans ce cas, supporté à la fois par elle et par le chef d'entreprise (Mondelus et Torres 2011). Dès lors la santé de ce dernier devient légitimement un élément à prendre en compte pour l'établissement financier ; et cette prise en compte passe, la plupart du temps par le recours à l'assurance et par l'administration d'un questionnaire de santé. L'usage de cet outil, même s'il est relativement banal, pose question à plusieurs titres. Tout d'abord, il fait entrer le médical dans la relation entre le chef d'entreprise et sa banque. C'est en soit un fait hors normes puisque, même s'il ne s'agit pas de mettre à disposition de la banque l'ensemble du dossier médical de la personne, il tangente la règle du secret médical. A minima il ouvre une porte sur l'intrusion de la banque dans une partie de l'intimité du client qui lui reste traditionnellement cachée. De plus il convient de s'interroger sur le traitement des informations recueillies. Même si le chargé d'affaires n'est sans doute pas celui qui va interpréter les résultats ces derniers sont censés éclairer sa décision et lui permettre de mieux cerner le risque. Pourtant il n'est pas médecin. Au-delà de la question de ses compétences et de sa légitimité à se prononcer sur des données médicales, quel poids réel donne-t-il à ces

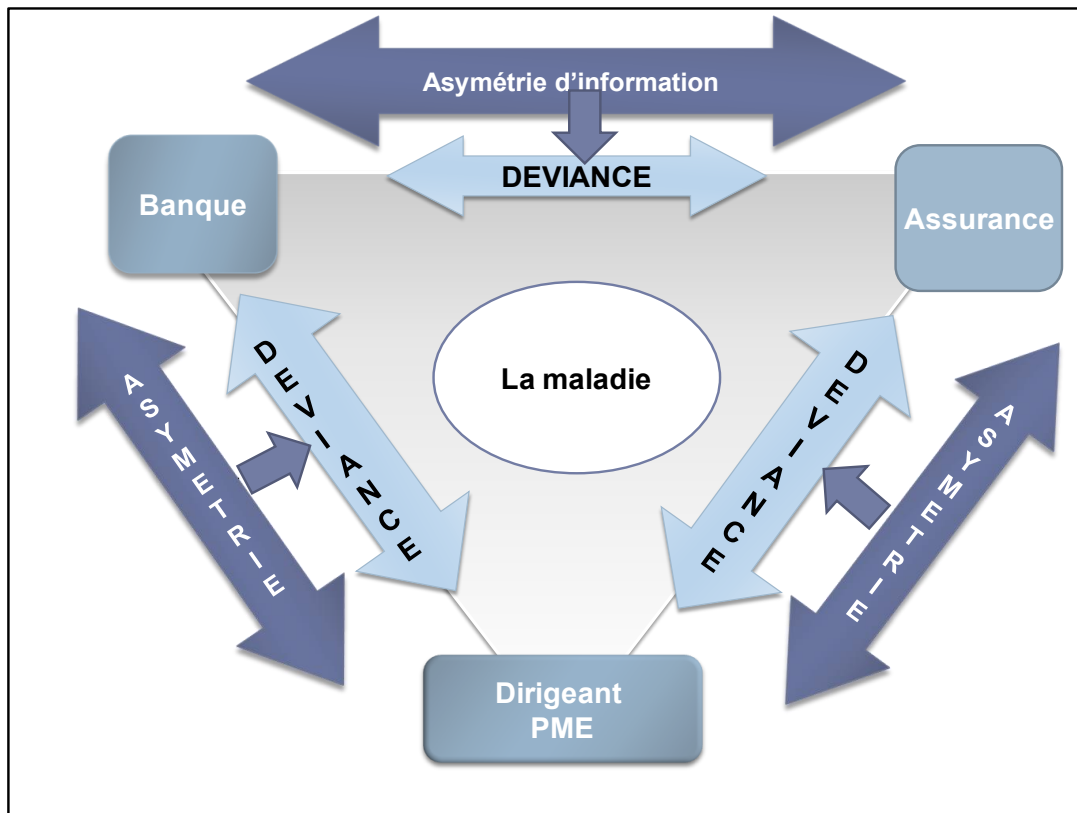
informations qui paraissent moins centrales que celles relatives à des éléments tels que la solvabilité et la rentabilité de l'entreprise ou encore la pertinence industrielles et commerciales des investissements qu'elles projettent ? Bref, que fait la banque de ce questionnaire à quoi lui sert-il réellement ? (Mondelus R.M & al. 2012a).

De la même manière le questionnaire de santé traduit la démarche de prise en compte de ce facteur de risque par la banque et l'assurance et contraint la démarche du chargé d'affaires : il l'oblige à prendre en compte ce paramètre et à le faire d'une manière précise. Au sens de Wissler (1989), le travail du banquier est un travail analytique qualitatif qui demande une appréciation sur le dirigeant lui-même. Ce faisant ces outils (le dossier de crédit, le questionnaire de santé, etc.) contribuent à définir pour l'individu (le chargé d'affaire) la problématique de son comportement. De fait, la logique de gestion du risque n'est pas la seule qui traverse sa situation. Il doit aussi prendre en compte des aspects commerciaux, par exemple le développement de son volume d'activité et l'atteinte de ses objectifs, relationnels, le prêt envisagé à un moment donné n'est peut-être qu'un des éléments de la relation avec la PME, d'interaction humaine, il a en face de lui un chef d'entreprise qui est une personne, etc. Bref sa situation est marquée par plus d'une logique d'action et est potentiellement porteuse de tiraillements entre des manières de faire, des contraintes, des logiques qui peuvent être contradictoire (Honoré, 2000). Dans ces conditions, au risque financier s'ajoute un double risque opérationnel : le risque d'inefficacité de l'outil et celui de son opérationnalisation par les acteurs. Ce dernier est défini par Honoré (2002) comme un risque comportemental lié à la possibilité de survenance de comportements déviants. Cette question, nous l'avons souligné, est généralement abordée à partir des outils conceptuels développés pour prendre en compte les phénomènes d'asymétrie d'information. La question de la mesure de la santé du dirigeant dans le cadre de la relation entre une banque et une PME permet de donner à voir la manière dont cette asymétrie joue sur la relation en question et la manière dont elle est prise en compte par les différentes parties-prenantes. Dans ce cadre, plusieurs points méritent d'être soulignés.

Tout d'abord, alors même que l'outil, le questionnaire, est censé permettre une mesure du risque de santé, la possibilité de déviance, sous forme de mensonge du chef d'entreprise, est anticipée par la banque et l'assurance. Le questionnaire est conçu pour limiter ce mensonge et, surtout, pour faciliter sa mise à jour dans le cas où le risque initial (dégradation de la santé qui gêne le remboursement) se réalise. Au-delà du risque de premier niveau, l'assurance anticipe le risque comportemental associé à la mise en œuvre du processus de prise en compte de la question de santé.

Ensuite, la prise en compte de cette question par le chargé d'affaires, qui a en charge l'administration du questionnaire, fait naître un autre risque. Ce chargé d'affaires n'est ni médecin ni assureur et la question de la santé et de son évaluation ne relève pas de son champ professionnel. Son intérêt est de réaliser l'opération de prêt pour laquelle il a été sollicité. L'obtention de l'assurance par son client est nécessaire mais elle ne relève pas directement de son action et ce n'est pas lui qui assumera les conséquences en cas de problèmes futurs. Dès lors n'y a-t-il pas là une incitation pour lui à accepter le mensonge de son client lorsqu'il survient et, peut-être même, à l'encourager ? Enfin, le client lui-même est renvoyé à sa propre prise de risque. S'il ment il prend le risque de ne pas être assuré en cas de problème, voir même celui d'être poursuivi. S'il ne ment pas et révèle, par exemple, une maladie, il prend le risque de ne pas être assuré et de perdre son financement. Comme l'illustre le schéma ci-dessous les différentes interactions entre les parties structurent une triangulation asymétrique et déviante que l'outil de gestion du risque, ici le questionnaire de santé, ne supprime pas mais transforme : au risque initial représenté par l'asymétrie d'information relative à la connaissance de l'état de santé du dirigeant de la PME se superpose un risque comportemental qui est celui de survenance de comportements déviants sous la forme de mensonge pour le chef d'entreprise et d'incitation au mensonge (ou simplement de connivence) pour le chargé d'affaires.

9. Interactions des parties prenantes



Au final la question posée ici est celle de la mise en œuvre des outils. Quel que soit le processus de gestion du risque et l'appareillage technique qui l'accompagne, leur mise en œuvre, donc la prise en compte concrète du risque se fait en situation. Là, sur le terrain, dans le bureau du chargé d'affaires ou celui du dirigeant de la PME, les enjeux sont ceux qui pèsent sur les situations des acteurs. Ils sont bien sûr liés pour partie au risque que représente l'opération financière envisagée mais trouvent aussi leurs ancrages au loin : dans la question de la carrière du chargé d'affaire et de la valorisation de son travail, ses relations avec sa hiérarchie, dans ses liens plus ou moins étroits avec le chef d'entreprise, dans la situation personnelle de ce dernier, ses projets pour son entreprise, etc.

Bref, la complexité rattrape le processus de gestion au moment où se joue sa mise en œuvre concrète par les personnes. Au risque premier (le risque de défaut de remboursement par le client) se superpose un risque comportemental qui est celui d'apparition de comportements déviants qui faussent le calcul réalisé au départ par la banque et l'assurance. Dès lors, est-il

illusoire de vouloir mesurer le risque et le gérer au travers de la mise en œuvre d'outils tels que le questionnaire de santé ? Ou alors le questionnaire de santé est-il caduc dès lors que l'on sait que chaque partie recherche son avantage ? Peut-être, mais, a minima, pour la banque ou l'assurance l'intérêt est, à défaut de supprimer le risque, de le faire peser sur le client puisque c'est ce dernier qui sera, au final, comptable de son éventuel mensonge. A défaut de supprimer le risque la démarche aboutit à le transformer et à en déplacer la charge. Le prêteur serait-il dans ce cas le coupable tout trouvé ?

Le chapitre 4 de ce travail se consacre aux résultats fournis par le terrain. Les conclusions de cette recherche montre la santé des dirigeants de PME est un facteur important que les banques et les assureurs prennent en compte dans la comptabilisation du risque. Afin de mesurer les risques que représentent la santé, les assureurs conjointement avec les banques ont mis en place un outil de sélection : les questionnaires de santé. Ces questionnaires de santé que l'on devrait requalifier de questionnaires de maladies du fait de leur contenu est la porte d'entrée de l'asymétrie informationnelle.

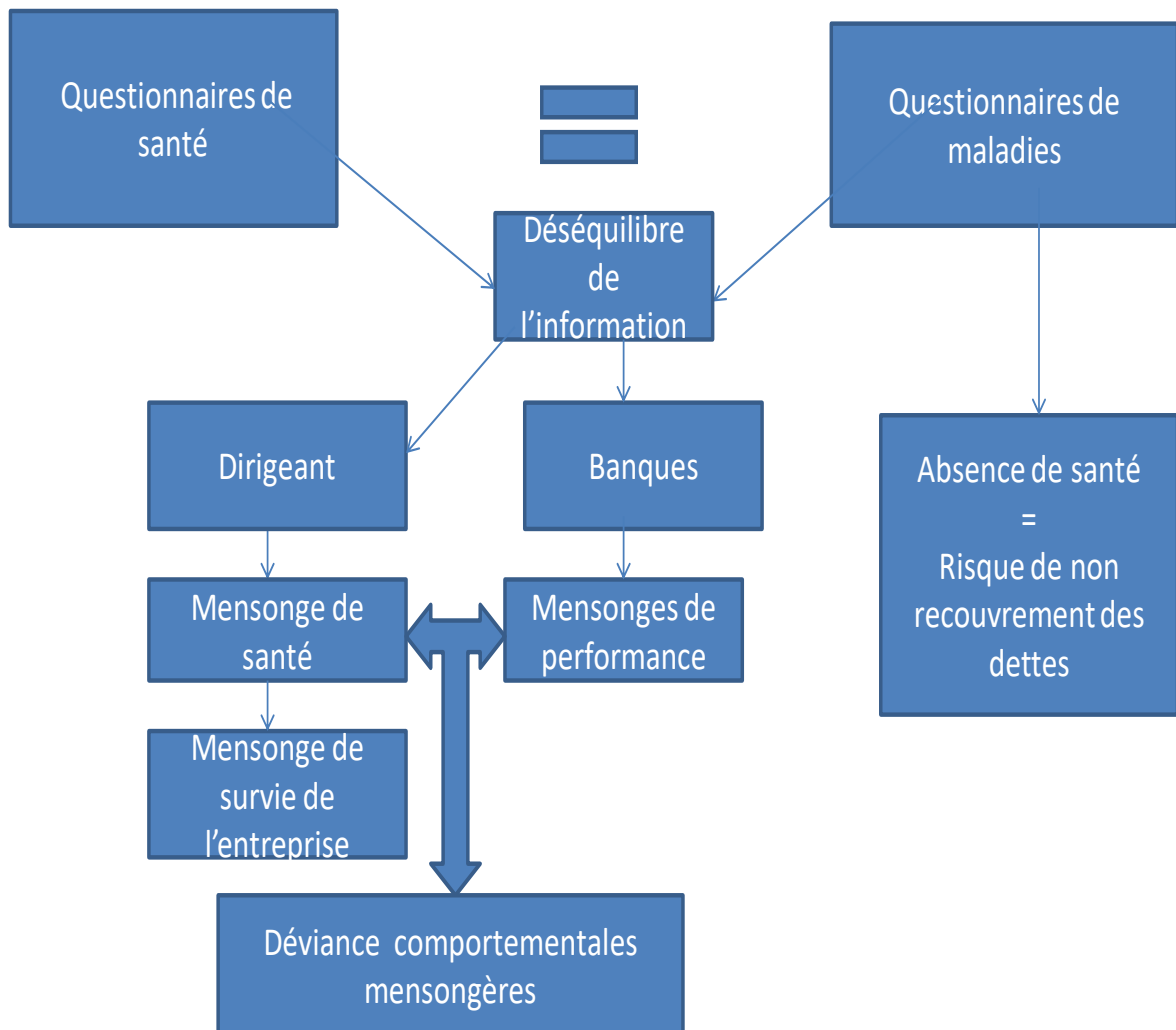
En effet, d'une part la santé est à l'origine d'une anti sélection et d'autre part elle est vectrice d'aléa moral car ni le banquier ni l'assureur ne peuvent prévenir le risque sur le long terme car trop aléatoire. La santé constitue un risque quantifiable, qui positionne les dirigeants désireux de faire un prêt dans une position où ils sont catégorisés selon les hauts risques et les bas. Suivant ce schéma, il va de soi que les prix proposés par l'assureur est différents au vu des maladies susceptibles d'affecter le souscripteur ou toutes pathologies anciennes dont la guérison n'est pas incluse avec certitude dans les grilles tarifaires ou par les avancées de la médecine.

De fait, la santé ou plutôt la présence de maladies conduit à des effets pervers dans la mesure où les parties prenantes travestissent la vérité soit pour la survie de leurs entreprises, soit par connivence ou encore par collusion. Ils choisissent d'adopter un comportement dicté par l'opportunisme ce dernier conduisant à des déviations comportementales mensongères.

Le rationnement qui s'observe sur la santé discrimine une partie de la population des patrons car en présence d'une affection, l'assureur se réserve le droit de ne pas assurer une personne représentant un risque trop important, de faire payer une surprime ou d'exclure tout ou partie du corps pouvant constituer un risque. La discrimination est encore plus forte quand la maladie est un risque aggravé et nécessite la constitution d'un dossier AERAS.

La convention AERAS reste une règle de bonne conduite qui ne peut-être imposée. Au vu des résultats, certaines banques face aux lenteurs administratives découragent les clients ou les poussent vers la délégation d'assurance.

10. Schématisation des résultats



Le schéma ci-dessous proposé à la lecture est un récapitulatif des résultats, il permet de mieux appréhender ce travail de recherche.

Conclusion générale

Le but de cette recherche vise à comprendre le rôle qu'occupe la santé des dirigeants dans le processus d'accès au crédit mais au-delà de cette dimension, il s'agit ici d'appréhender la place qu'elle possède dans les mécanismes utilisés à cet effet mais aussi les interrelations qu'elle engendre entre les différents acteurs dans la triangulation banque- PME-assureur.

La recherche empirique nous ayant démontré que les relations entre les organisations et les individus sont obliques. En effet, dans un contexte où l'information est asymétrique tant en amont qu'aval, le comportement des individus en l'occurrence celui de chacun des acteurs concernés par ce travail doctoral tend à dévier de la normativité. Pousser par l'opportunisme, et conscients de ces enjeux propres, chacun se gardera de partager l'information qui pourrait le disqualifier dans la course à la réussite. La duperie et le mensonge sont les déviances courantes utilisés dans ce cadre.

Notre objectif de recherche ne se limite pas à description des faits mais plus plutôt à trouver les rapports qui peuvent exister entre les objets de recherches. Pour ce faire, la mise en place d'une méthodologie qualitative avec une inférence abductive a permis d'aller à la rencontre des acteurs, de réaliser des entretiens et ainsi de confronter la littérature à l'empirique.

À l'issue de ce travail nous défendons, la thèse suivante : la santé est une dimension essentielle sinon primordiale dans l'acte d'octroi de crédit. Par extension, si l'on prend en considération la condition de bonne santé pour accéder au crédit bancaire, l'étude empirique montre que toutes personnes atteintes de pathologies lourdes sont condamnées, dans une moindre mesure freinées, par les circuits bancaires et ce malgré les possibilités d'assurance emprunteur pour les personnes malades mises en places. Nous soutenons que les dirigeants de petites structures vivent, en matière de santé, un cercle vicieux qu'il est difficile de rompre avec la banque. La santé est d'une telle composition qu'elle demeure la première incertitude contre laquelle la banque se prémunit bien avant de s'assurer contre le mensonge. En conséquence, le destin du dirigeant est lié à celui de l'entreprise ; ainsi est-il de sa santé et de celle de l'entreprise. Un dirigeant malade, c'est une entreprise malade, un dirigeant mort, c'est une entreprise morte ; en l'absence d'homme clé ou de repreneur.

En ce qui concerne l'assurance, on pourrait dire que les banques et les assurances ont trouvé le moyen de s'avaliser contre tous les risques en faisant peser le poids sur les dirigeants car après recherche, on observe que c'est lui qui hypothèque ces biens personnels comme garanties, c'est lui qui s'engage en cas de fausse déclaration et toutes mensonges qui pourraient survenir pendant toute la durée du contrat portant la charge de l'anti sélection et

Conclusion générale

de l'aléa moral puisque les compagnies bancaires et d'assurances n'ont aucune possibilité de contrôler les effets de déviations et de tricheries qui peuvent avoir lieu avant et après signature du contrat donc ils préfèrent imputer la responsabilité au fraudeur.

Cependant, l'outil mis en place est lacunaire dans la mesure où les déviations et l'asymétrie informationnelle ne pas viennent pas seulement des dirigeants mais elles s'exercent aussi bien dans les compagnies bancaires que dans les compagnies d'assurance. Les règlements des organisations sont déviés car pour répondre objectifs fixés par les compagnies les salariés peuvent dépasser les limites des règles imposer et peuvent même parfois pousser aux mensonges pour atteindre les quotas établis par la hiérarchie. Le salarié « *borderline* » ne croit pas mal faire, il croit travailler au bénéfice de son entreprise sans se rendre compte des impacts de ces actes sur la vie du l'emprunteur.

Le mélange de tant domaines métiers qui interviennent dans l'octroi de crédit est problématique. Le banquier devient assureur, parfois médecin en délivrant un questionnaire de santé, le médecin de santé lui rentre de le mode de l'assurance, l'assureur navigue entre la santé, la banque et l'entreprise. Il devient compliqué au final de savoir qui fait quoi. Car quand bien même le tout est compartimenté, chacun intervient dans un domaine qui n'est pas le sien dont le dirigeant semble être le grand perdant.

☑ Apports de la recherche

Cette recherche est originale, scientifique et novatrice puisqu'elle met en lumière la problématique de la déviance mensongère sur la santé dans l'octroi de crédit aux PME sujet qui jusque là est peu exploré. Les contributions académiques de ce travail tend à montrer que la santé de l'entrepreneur à une importance capitale dans l'acceptation ou le refus d'octroi de crédit aux PME d'autant que l'on sait que la santé physique du dirigeant permet que l'entreprise soit elle aussi en bonne santé.

Ce travail ouvre indéniablement la porte sur un nouveau champ de recherche. Il a permis de comprendre les liens que tisse le triangle entreprises-banques-assureurs. Nous avons pu mettre en exergue que la santé est vectrice de déviations tant au niveau organisationnel qu'au niveau humain. Ces déviations sont à l'origine de tricheries et de mensonges. La problématique des déviations dévient alors considérable puisqu'elle met en lumière une triangulation mensongère

Conclusion générale

qui s'exerce entre les banques, les compagnies d'assurance et les entrepreneurs qui jusque là restaient insoupçonnées.

La santé des dirigeants de PME est également responsable de l'anti sélection et de l'aléa moral deux concepts issus de l'asymétrie informationnelle dont le comportement opportuniste des individus lui est imputable. Considérant les entraves auxquelles les PME sont confrontées pour se bancariser, les dirigeants de ces dernières ont du développer des stratégies pour y accéder. Nonobstant, face à la recrudescence de ces mécanismes de survie, les banques et les assureurs ont eux aussi mis en place des dispositions pour éviter les mensonges et les tricheries de la part des dirigeants de PME.

Si les dirigeants de PME sont observés comme des opportunistes déviants, il en est de même pour les banques et les assureurs qui non seulement ont des intérêts divergents des dirigeants mais aussi l'un envers l'autre. Dans cette triangulation chacun défend son camp et ses avantages créant ainsi un cercle vicieux où s'entrelacent déviations et asymétries.

L'existence d'asymétrie informationnelle entre les organisations du à un manque de communication, de transparence et de formation des cadres peut pousser le conseiller financier à éluder et même dans certaines circonstances à inciter le client à mentir sur sa déclaration de santé. Le conseiller financier, quand bien même la compagnie d'assurance est en partenaire de sa banque ne partage pas les mêmes intérêts que la compagnie d'assurance. Il est récompensé principalement sur les produits vendus par sa banque, ce qui peut occasionner une divergence d'intérêt entre la banque et l'assurance. Enfin, il convient de dire que le triple rôle joué par le conseiller financier c'est-à-dire les rôles « de banquier » en octroyant des prêts, « d'assureur » en contractant des assurances pour les assureurs et « de médecin » en administrant un questionnaire de santé fait de lui un personnage central autour duquel naviguent les entrepreneurs et les assureurs. Ces différents rôles sont vecteurs de collusions et de déviance comportementale.

Enfin, les compagnies d'assurance sont souvent accusées d'être distantes des clients. En effet, dans le cadre, d'un crédit bancaire c'est le plus souvent les conseillers financiers qu'il revient de présenter les contrats d'assurance en signature aux clients or dès qu'il advient un incident ces derniers ne sont pas en mesure de régler le problème et doivent servir d'intermédiaires entre la banque et la compagnie d'assurance jugé difficile d'atteinte.

Conclusion générale

Les contrats sont également critiqués que ce soit par les conseillers financiers ou les clients car, ils sont trop souvent incompréhensibles et illisibles du fait de la petitesse des caractères. Tant les clients que les banquiers apprécieraient plus de transparence dans les contrats afin de mieux comprendre pour la première partie et de mieux expliquer les avantages pour la deuxième partie. Par ailleurs, les questionnaires de santé et les contrats pré-remplis sont vivement critiqués car ils ne correspondent ni ne répondent aux besoins des clients raisons pour lesquelles trop souvent beaucoup de personnes se trouvent mal assurées.

Le mensonge ou la fausse déclaration étant prohibés par la loi sur les questionnaires de santé cette recherche a permis de constater que les différentes parties prenantes sont prêts à mentir et dévier des normes établies pour répondre à ses propres intérêts. Ce sont là les principales valeurs que promulgue notre travail de recherche.

☑ Limites et perspectives futures de la recherche

Bien que notre travail ait appliqué toutes les rigueurs de scientificité, il n'en demeure pas moins que des biais dus à la méthodologie, les interprétations ou les représentations aient pu s'insérer dans cette recherche doctorale d'autant que la nature exploratoire de la recherche laisse présupposé que cette première approche est non seulement perfectible mais que d'autres problématiques sous-jacentes peuvent constituer des perspectives futures de recherches. Les champs de recherches qu'ils seraient intéressants d'aborder sont principalement liés à l'éthique. Lors de ce travail l'éthique des conseillers financiers, des institutions bancaires, des compagnies d'assurance et enfin des médecins conseils travaillant pour les assureurs nous sont apparus comme étant un sujet crucial. En effet, face aux enjeux auxquels chacun des acteurs sont confrontés, il semble judicieux de s'interroger sur les contrecoups d'une mauvaise éthique ou contraire sur l'application d'une chartre éthique pour éviter les dérives. Dans le domaine du crédit bancaire affilié à la santé cela reste encore une zone amblyope, il serait éclairé de notre part d'y apporter des réponses.

Par ailleurs, ce travail n'étant développé que de manière qualitative, la mise en place d'une étude quantitative pourrait être un plus et permettre de dépasser les limites qui sont liées au silence sur l'état de santé ou les mensonges qui ont été liés. Le sujet est délicat par nature puisqu'il questionne les acteurs sur un sujet qui est de l'ordre du privé et de l'intime. Pour

Conclusion générale

amener les individus à lâcher prise et ainsi libérer la parole, il ne suffit pas de leur promettre une confidentialité dans le cadre d'un travail doctoral mais plutôt une relation sur le long-terme avec une constance afin de briser l'omerta et qu'ils puissent parler sans tabou. Cela permettrait d'éviter les biais, les mensonges et d'entrer en profondeur dans la relation avec chaque corps de métier.

A

Abbring J-H., Heckman J-J., Chiappori P-A. & Pinquet J., (2002), « Testing for Moral Hazard on Dynamic Insurance Data », THEMA Working Papers 2002-24, THEMA (Théorie Economique, Modélisation et Applications), Université de Cergy-Pontoise.

Abbring, J.H., Chiappori, P.A., Heckman, J.J. & Pinquet, J., (2003a), “Adverse selection and moral hazard in insurance: can dynamic data help to distinguish?”, *Journal of the European Economic Association*, Vol. 1, pp. 512–521.

Abbring J.H., Chiappori P.A. & Pinquet J., (2003b), « Moral hazard and dynamic insurance data », *Journal of the European Economic Association*, Vol. 1, pp.767–820.

Abbring J-H., Chiappori P-A. & Zavadil T., (2008), « Better safe than sorry ? Ex ante and Ex post Moral hazard in dynamic insurance data », University of Amsterdam, pp.71-118.

Abecassis P. & Batifoulier P., (1999), « L’interaction médecin-patient : quelques enseignements de la théorie des jeux ». In: Gazier B., Outin J-L & Audier F., « *Formes d'organisation et institutions*, (ed.), XIXth conference of the “Association d’Économie Sociale”, L'Harmattan (coll. Logiques économiques), Vol. 2, Paris, 1999, pp. 117-128.

Abecassis P., (1999). « Incertitude médicale et processus de décision ». Séminaire du GEAPE, Angers, 23 nov.1999, pp. 1-16.

Abecassis P. & Batifoulier P., (2005), Chapitre 5, « Informations asymétriques : L’opportunisme exacerbé ». In : Vidaillet B. et al., « La décision », De Boeck Supérieur « *Méthodes et Recherches* », pp. 125-150.

Agamben, G., (2006), « *Qu’est-ce qu’un dispositif ?* » Paris, Payot & Rivages, 2007 in Gori R. & Del Volgo M-J., (2009), « L'idéologie de l'évaluation : un nouveau dispositif de servitude volontaire ? », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2009/2 n° 8, pp. 11-26.

Akerlof G., (1970). “The market for “lemons”: quality uncertainty and the market mechanism”, *Quarterly Journal of Economics*, August 1970, pp. 89, 488-500

Alary D. & Bien F. 2008, « Assurance santé et sélection adverse. L’incidence des maladies invalidantes », *Revue économique*, 2008/4, Volume 59, pp. 737-748.

Allard-Poesi F. & Marechal G., (2007), « Construction De L’objet De La Recherche », In : Thietart R.A. Et Al., « *Méthodes De Recherche En Management* », Dunod, 2007.

Ancel P., (2010), « Les sanctions du manquement à la bonne foi en français à la lumière du droit québécois ». Conférence prononcée le 11 mars 2010 dans le cadre des activités de la Chaire Jean-Louis Baudouin en droit civil de l’Université de Montréal, pp.1-28.

Andersson L. M. & Pearson C.M., (1999), “ Tit for tat? The spiraling effect of incivility in the Workplace”, *Academy of Management Review*, 24(3), pp.452-471.

Arnould E.J., (1988), “Daring consumer-oriented ethnography”. In : Evrard & al.2009. Market : fondements et méthodes des recherches en marketing. 4^{ème} édition, Dunod, Paris, pp.57-60.

Bibliographie

Arrow K. J., (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review*, N° 53, (1963), pp. 941-969.

B

Babeau O. & Chanlat J. F., (2008), « La transgression, une dimension oubliée de l'organisation », *Revue Française de Gestion*, numéro 183, pp. 201-219.

Baker T., (1996), "On the genealogy of moral hazard", *Texas Law Review*, Vol.75, Numéro 2, December, pp. 1-56.

Bardin L., (1991), « *L'analyse de contenu* », Paris, PUF, p.93. In : Blanchet et Gotman, (2010), sous la dir. De François de Singly, « L'entretien et ses méthodes : L'entretien », 2ème édition refondue, Armand Colin.

Bardos M., (1997), « *Défaillance d'entreprises et délais de paiements* », note pour l'Observatoire des délais de paiement, groupe analyse économique.

Bardey D., Couffignal A. & Grigon M., (2002), « Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral ex-post en santé. Questions d'économies de la santé ». *Bulletin d'information en économie de la santé*, n°53, CREDES, Juin 2002, p. 1-8.

Baromètre Santé au Travail. 2008.

Baron R.A. & Neuman J.H., (1996), "Workplace violence and workplace aggression: evidence on their relative frequency and potential causes", *Aggressive Behavior* (22), pp. 161-173.

Barsky A- J., Cleary D. & Klerman G., (1992), "Determinants of Perceived Health Status of Medical Outpatients", *Social Science and Médecine*, Vol. 34, numéro 10, pp. 147-154.

Baumard P. et Ibert J., (2007), « Quelles approches avec quelles données ? » In Thiétart, R.-A., (coll.), « *Méthode de recherche en management* », 3ème édition Dunod, Paris, chapitre 4, pp.84-139.

Baumard P. et Ibert J., (2014), « Quelles approches avec quelles données ? » In Thiétart, R.-A., (coll.), « *Méthode de recherche en management* », 4ème édition, 2014, Dunod, Paris, Partie 1, chapitre 4, pp.118-121.

Baumard P., Donada C., Ibet J. & Xuereb J-M. (2007), « La collecte des données et la gestion de leurs sources ». In Thietart, R-A et coll (2007). « *Méthode de recherche en management* », 3e édition, Paris, Dunod, chapitre 9, pp.228-262.

Baudouin J.-L., (1989) « Les obligations », 3e éd., Cowansville, Qua., Yvon Blais, numéro 106. In : Dubreuil C., (1992), « L'assurance : un contrat de bonne foi à l'étape de la formation et de l'exécution », *McGill Law Journal*, (37), R.D.McGill 1087, pp.1087-1092.

Becker G., (1976), "The Economic Approach to Human Behavior". In: "*The Economic Approach to Human Behavior*", University of Chicago Press pp.1-13,

Becker H., (1985), « *Outsiders. Essai de sociologie de la déviance* », Paris, Métailié, pp.247.

Belletante B., Levrato N. & Paraque B., (2001), « Diversité économique et modes de financement des PME », L'Harmattan.

Bibliographie

- Berger P. & Luckmann T., (1966), "The Social Construction of Reality, New York : Doubleday". In : Vas A. & Lejeune C. 2008. « La gestion du changement à l'université : une approche interprétativiste », Working paper07/08, Louvain School of Management, p.6
- Bernard F., (2004), « Constructivisme et sciences de l'organisation. De l'alternative au pluralisme épistémologique « limité », *Communication et langages*, numéro 139, 1er trimestre 2004. pp. 27-40.
- Bertacchini Y., (2009), « Petit Guide à l'usage de l'Apprenti-Chercheur en Sciences Humaines & Sociales ESSAI Epistémologie & Méthodologie de Recherche en Sciences de l'Information & de la Communication », Collection Les E.T.I.C, Presses Technologiques, Toulon, pp.4-156.
- Berthet E., (1983), « *Information et éducation sanitaires* », Paris: Presses universitaires de France. In : Harvey, G. (2003). Concepts et définitions de l'éducation à la santé. Page visité le 26 juin 2014, Lien : <http://www.uquebec.ca/edusante>
- Berthet M. & Cru D., (2003), « Travail prescrit, travail réel et santé au travail : de nouveaux modes d'intervention ergonomique ? », *Travail et Emploi*, numéro 96, Octobre.
- Betbeze J-P & Saint-Étienne C., (2006), « *Une stratégie PME pour la France* », Rapport.
- Berryman J. E., (1983), "Small Business Failure and Bankruptcy: A Survey of the Literature", *International Small Business Journal* 1, pp. 47 – 59. In : Peacock R., (2000) "Failure and assistance of small firms". Page visitée le 29/04/2014, lien: www.sbeducation.info/downloads/sbfail.pdf
- Bester H., (1987), "The role of collateral in credit markets with imperfect information", *European Economic Review*, Vol. 31, pp. 889-899.
- Biais B. & Malecot J-F., (1996), "*Incentives and efficiency in the bankruptcy process: the case of France*", The World Bank, Private sector development department. Occasional paper, numéro 23, April.
- Bien F., (2001), « Essais en économie de la santé et assurance. Thèse de doctorat en sciences économiques », sous la direction de Pierre Picard, Université Paris X Nanterre, p. 184.
- Bienvault P., (2011), « Les malades accéderont plus facilement aux prêts bancaires ». La Croix ,2 février 2011.
- Bjorkquist K., Osterman K., & Lagerspetz K., (1994), "Sex differences in covert aggression among adults", *Aggressive Behavior*, 20, pp. 27-33
- Blanchet et Gotman (2010), sous la dir. De François de Singly. « *L'entretien et ses méthodes : L'entretien* », 2ème édition refondue, Armand Colin.
- Blandford D., (2007), « Déficits d'information dans l'élaboration, la mise en oeuvre et le suivi des politiques agricoles », Documents de travail de l'OCDE sur l'alimentation, l'agriculture et les pêcheries, Numéro. 6, Éditions OCDE
- Blaug M., (1982), « *La méthodologie économique* », Paris Economica. In : Thietart R.A. et Al., « *méthodes de recherche en management* », Dunod, 2007.
- Blinder A.S., (1987), "Credit rationing and effective supply failures", *The Economic Journal*, Numéro 97, Juin.

Bibliographie

Blinder A. S. & Stiglitz J. E., (1983), "Money, credit constraints and economic activity", *American Economic Review*, numéro 73, Issue 2, Mai.

Blomqvist A., (1991), « The doctor as double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care ». *Journal of Health Economics*, Vol. 10 (1991) 411-432. North-Holland, Received March 1991, final version received August 1991.

Bonin H., (2002), « Aux origines de l'assurance-crédit en France (1927-1939) : la création et l'essor de la SFAC et le repli de ces concurrentes ». In : Histoire, économie et société, 2002, 21 année numéro 3, pp.341-355.

Bourgine P., (1991), « Connaissances abductives et compilation de connaissances », Working paper, Université d'Aix- Marseille II, 91-10. In : Evrard & al., (2009), (Sous la dir)« *Market : fondements et méthodes des recherches en marketing* », 4^{ème} édition, Dunod, Paris, pp.703.

Brabet J., (1988), « Faut-il encore parler d'approche qualitative et d'approche quantitative ? » In : Thiétart, R.-A., (coll.), « *Méthode de recherche en management* », 4^{ème} édition, 2014, Dunod, Paris, Partie 1, chapitre 4, pp.118-121

Bouchard T.J., (1976), "Field research methods: interviewing, questionnaires, participant observation, systematic observation, unobtrusive measures". In: Marvin D. & Dunette M.D.,(ed.), "*Handbook of Industrial and Organisation Psychology*", Chicago, Rand McNally College Publishing Co., pp.363-413. In : Thiétart R-A & coll. (2007), « *Méthodes de Recherche en Management* », 3^{ème} édition, DUNOD, p.243

Brousseau E., (1993), « Les théories des contrats: une revue », *Revue d'Economie Politique*, Vol.03, No. 1, janvier-février 1993, pp. 1-82. In : L'efficacité de la catégorisation des contrats de la commande publique, Edwin Tachlian, 2009, p.55.

Bulinge F., (2009), « Renseignement et analyse d'information : une approche épistémologique », Cerad canalblog, publié le 16 janvier 2010.

Bulletin de la commission bancaire, (1998), « Le risque pme et les engagements des banques françaises », numéro 18, Avril.

C

Chapus E., Lesca H. & Raymond L., (1998), "Collective learning within an environmental scanning coalition of small regional firms : toward a modelization", Proceedings of the 44th Annual World Conference of the International Council of Small Business, Naples, Italie.

Canguilhem.G., (1991), « *Le Normal et le pathologique* » collection Quadrige, PUF, Paris, p.232

Cardon J-H & Hendel I., (2001), « Asymmetric information in health insurance: Evidence from the national medical expenditure survey» *The RAND Journal of Economics*, Vol. 32, Numéro 3, pp.408-427.

Carontini E., (1990), « Le rôle de l'abduction dans le processus d'interprétation ». In : David A.,(1999), « Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion », Conférence de l'AIMS Mai 1999, p. 7

Bibliographie

- Castillo F., (1988), « Le nouveau paradigme de la santé », *Les Cahiers d'éducation et santé*, Numéro 27, Bruxelles.
- Castoriadis C., *L'expérience du mouvement ouvrier*, Paris, UGE, 1974. In Babeau O. & Chanlat J. F., (2008), « La transgression, une dimension oubliée de l'organisation », *Revue Française de Gestion*, numéro 183, pp. 201-219.
- Cass. civ II, 16 décembre 2010, 10-13768
- Cass. civ. II, 16 décembre 2010, 10-30206
- Cass. civ.II, 16 décembre 2010, 10-12179
- Cass.civ. I, 3 février 2011, 09-71948
- Cawley J. & Philipson T., (1999), «An empirical examination of information barriers to trade in insurance», *American Economic Review*, Vol.89, issue 4, pp.827-846.
- Chalmers A., (1987), « *Qu'est-ce que la science ?* », Paris , Editions La Découverte.
- Charreire Petit S., (1995), « L'apprentissage organisationnel : proposition d'un modèle. Le cas d'une innovation managériale », Thèse de doctorat, Université Paris –Dauphine. In : Thiétart R-A & coll. 2007. *Méthodes de Recherche en Management*, 3^{ème} édition,DUNOD, p.72.
- Charreire Petit S. & Durieux,C., (2007), « Explorer et tester : deux voies pour la recherche ». In : Thiétart, R.-A., (coll.), « *Méthode de recherche en management* », 3ème édition Dunod, Paris, chapitre 3, p.58-83
- Chassagnon A.,(1996), « Sélection Adverse: Modèle générique et Applications ». Doctorat Nouveau Régime, EHESS. In Couffignal A., (2000), « De l'anti sélection à la sélection en assurance santé : pour un changement de perspective », *Économie & prévision*, Numéro vol. 142, (2000) issue 1. p. 101.
- Chaouite A., (1997), « L'étranger, une figure mouvante », *Ecarts d'identité*, N°81 – Juin, pp.1-3.
- Cherif M., (1999), « Asymétrie d'information et financement des PME innovantes par le capital-risque », *Revue d'Economie Financière*, numéro 54, pp. 163-178.
- Chertok G., Mallerayet P-A de & Pouilletty P., (2009), « *Le financement des PME* »₂ Rapport, La Documentation française. Paris.
- Chevallier-Farat T., (1992), « Pourquoi Des Banques ? », *Revue D'économie Politique*, Vol. 102 (5), Sept-Oct., pp. 638-639. In : Nagel. O., (1996), « La Relation Banque-Entreprise : Analyse Du Risque-Crédit Entreprise », Mémoire De 3ème Cycle De “ Prospective Et Stratégie Des Organisations ”, Conservatoire National Des Arts Et Métiers, Paris, 1996.
- Chiappori P.-A. & Salanié B., (2000) « Testing for asymmetric information in insurance markets », *Journal of Political Economy*, Vol. 108, No. 1., Feb., 2000, pp. 56-78.
- Chiappori P.-A., Julien B., Salanié B. & Salanié F., (2006), « Asymmetric information in insurance : general testable implications », *RAND Journal of Economics*, Vol.37, pp.793-798.
- Cieply S. & Paranke B., (1997), “French manufacturing firms and the capital gap since 1985: a credit rationing approach”, *Bulletin de la Banque de France*, Working paper, June 1997, pp.1-36.

Bibliographie

Ciepli S. & Paraque, B., (1998), « Le rationnement des petites entreprises sur le marché du crédit : mythe ou réalité ? », *Banques & Marchés*, numéro 33 mars-avril.

Clark J. & Hollinger, R.C., (1983), "*Theft by employees in work organizations*", Lexington, Mass; Toronto : Lexington Books in Rioux P., Roberge M-E., Brunet L., Savoie A., & Courcy F., (2005), « Etablissement d'une nouvelle classification des comportements antisociaux au travail », *Interactions*, Vol.9, numéro 1, printemps 2005, pp.64-88.

Clark K. & James K., (1999), "Justice and positive and negative creativity", *Creativity Research Journal*, 12, pp.311-320

Cour de cassation arrêt n° 277, 7 février 2014, 12-85.107

Code des Assurances. 2004. Article 111-7

Code des Assurances, Article L113-2

Code des Assurances, Article L113-8

Code des Assurances. 2004. Article 111

Code Pénal, Article 225-1

Code Pénal, Article L113-2

Code Pénal, Article L. 132-26

Code Pénal modifié en 1991, Article 225-3 alinéa 1

Code De Déontologie.

<http://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17/tous>

Cohen A., (2005), « Asymmetric information and learning : Evidence from the automobile insurance market », *The Review of Economics and Statistics*, Vol.87, issue 2, pp.197-207.

Cohen A. & Siegelman P., (2010), « Testing for adverse selection in insurance markets », *Journal of Risk and Insurance*, Vol.77, issue 1, pp. 39-84.

Cohen E., (2001), « *Dictionnaire de Gestion* », Broché.

Comte A., (1844), « *Épistémologies constructivistes et sciences de l'organisation* », Paris, Économica, 1990. In : Bertacchini Y., (2009), « Petit Guide à l'usage de l'Apprenti-Chercheur en Sciences Humaines & Sociales essai Epistémologie & Méthodologie de Recherche en Sciences de l'Information & de la Communication », Collection Les E.T.I.C, Presses Technologiques, Toulon, p.31.

Conseil d'orientation pour l'emploi, (2011), « L'emploi dans les Très Petites Entreprises (TPE) », 7 juillet 2011, p.5.

Convention AERAS .2011. Nouvelle convention AERAS.2011

Lien : http://www.economie.gouv.fr/presse/dossiers_de_presse/110201AERAS.pdf

Coppé M. & Schoonbroodt C., (1992) « *Guide pratique d'éducation pour la santé: Réflexion, Expérimentation et 50 fiches à l'usage des formateurs* », Bruxelles: De Boeck Université, p. 296.

Chouty F., Chouty M. & Leman D., (2004), « Assurance : principes généraux, risques standards, risques aggravés, principes de tarification médicale », *Rev fr dommage corp*, 2004 ;30(4) :333-345.

Bibliographie

In : Dugardin B., « Accès à l'assurance de prêt des patients adultes ayant une cardiopathie congénitale », Université Joseph Fourier, Faculté De Médecine De Grenoble, thèse 2010, pp.44-47

Couffinhal A., (1999), (UPD. Université Paris Dauphine, Paris 9. France) ; Rochaix-Ranson, Lise (dir.), CREDES, Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé. Paris. France, Thèses et mémoires en ligne du CREDES, Irdes.

Couffinhal A., (1999), « La sélection en assurance santé », Irdes, espace enseignement. Thèse, partie 2, chapitre 6, p182-226.

Couffinhal A., (2000), « De l'anti sélection à la sélection en assurance santé : pour un changement de perspective », *Économie & prévision*, Numéro 142, (2000) issue 1. pp. 101-121.

Courrent J-M. & Mercier S., (2000), « La formalisation d l'éthique en gestion : une analyse critique », IXème Conférence Internationale de Management Stratégique, Montpellier 24-26 Mai 2000, pp.1-19.

Courrent J-M., (2003), « Éthique et petite entreprise », *Revue française de gestion*, 2003/3 numéro 144, pp. 139-152.

Coyte. P.C., (1984), "The market for medical services and physicians: An application of hedonic price theory", Research paper (Department of Economics, University of Alberta, Edmonton). In : Rochaix L., (1989), « Information asymmetry and search in the market for physicians' services », *Journal of Health Economic*, Vol.8, 1989, North-Holland, pp.53-84.

Croker K. & Moran J., (2003), « Contracting with limited Commitment : Evidence from employment-based life insurance contracts », *RAND Journal of Economics*, Vol.34, issue 4, pp.694-718.

Cusson M., (1992), « Déviance », Sous La Direction de Boudon R., « Traité De Sociologie », Chapitre 10, pp. 389-422. Paris: Les Presses Universitaires De France, 1992, 1re Edition, p.57.

Cutler D.M., (1994), "Public Policy for Health Care", NBER Working Papers series 5591, pp.1-54.

D

David A., (1999), « Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion ». Conférence de l'AIMS Mai 1999, p. 7.

Dalloz.actualité, (2014) « Assurances : importance du questionnaire et fausse déclaration intentionnelle », Publié sur Dalloz Actualité (<http://www.dalloz-actualite.fr>) et écrit par Thibault de Ravel d'Esclapon. 7 février 2014.

Davezies P., (1999), « Evolution du travail et atteintes à la santé ». *Travailler*, numéro 3, pp. 87-114.

Dalud-Vincent M., « Alceste comme outil de traitement d'entretiens semi-directifs: essai et critiques pour un usage en sociologie », *Langage et soci*, 2011/1 n 135, p. 9-28. DOI : 10.3917/ls.135.0009

Delavigne V., (2004), « Présentation d'Alceste », *Texte!* [en ligne], décembre 2004, vol. IX, n°4, (Extrait de Valérie Delavigne, Les mots du nucléaire : Contribution socioterminologique à une analyse de discours, Thèse, Université de Rouen, 2000, p. 324-329) Consultée le 17/12/2014), Disponible sur : <http://www.revuetexto.net/Corpus/Manufacture/pub/Alceste2.html>

Dejours C., (1993), « Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail », Paris, Bayard.

Bibliographie

- Dejours C., (1998), « Souffrance en France », collection Histoire immédiate, Le Seuil.
- Dejours C., (2000) « *Travail, usure mentale : de la psychopathologie à la psychodynamique du travail* », Paris, Bayard.
- Delattre P. & Théliier M. 1979. *Elaboration et justification des modèles*, Paris, Maloine in Méthodes De Recherche En Managenement, Thietart R.A. Et Al., Dunod, 2007.
- Delavigne V., (2000), « Les mots du nucléaire : contribution socioterminologique à une analyse de discours », Thèse Université de Rouen, p. 324-329.
- De Larosière de Champfeu J., (2011), « Le hasard moral ». Académie des sciences morales et politiques, séance du lundi 14 mars 2011.
- DeMezza D. & Webb D., (2001), « Advantageous selection in insurance market » *RAND Journal of Economics*, pp. 249-262
- Demore S. W., Fisher J. D. & Baron R. M., (1988), “ The equity-control model as a predictor of vandalism among college students”, *Journal of Applied Social Psychology*, 18, pp.80-91.
- Desforges F., (2001), « Histoire et philosophie : Une analyse de la Notion de santé ». In : « Histoire, Economie et Société ». (2001), 20^e Année, numéro 3, pp. 291-301.
- DGTPE, (2006), « Structures et comportement des entreprises exportatrices françaises, Revue Diagnostics, prévisions et analyses économiques, n° 102, mars 2006.
- Dion C., (2011), « Stigmatisation Ou Démystification? Représentations de la maladie mentale dans les principaux médias écrits francophones du Québec en 2007 », Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en communication, Chapitre 1 pp. 7-8, Novembre 2011
- Dionne G., St-Amour P. & Vencatachellum P., (2009), « Asymmetric information and adverse selection in Mauritian slave auctions », *Review of Economics Studies*, Vol.76, pp. 1269-1295.
- Dionne G., Michaud P-C. & Dahchour M., (2010), « Separating Moral hazard from adverse selection and learning in automobile insurance: Longitudinal from France », Centre interuniversitaire de recherche sur les réseaux d'entreprise, la logistique et le transport (CIRRELT), Sept., pp.1-51.
- Dintiman G. & Greenberg J.S., (1986), “*Health through discovery*”. New York: Random House.
- Dubos R.,(1972) « *L'homme Interrompu* ». Denoël, Paris. In C. Hammonet, T. Magalhaes, « La Notion de Santé », *La presse médicale*, 31 mars /30/No 12, 2001. p. 589
- Duchéneau B., (1995), « *Enquête sur les PME françaises* », Maxima, Laurent du Mesnil Éditeur.
- Duchéneau B., (1996), « *Les dirigeants de PME : Enquêtes, Chiffres, Analyse pour Mieux les Connaître* », Maxima, Laurent du Mesnil Éditeur
- Dubreuil C.,(1992), « L'assurance : un contrat de bonne foi à l'étape de la formation et de l'exécution », *McGill Law Journal*, 1 (37) R.D.McGill 1087.pp.1087-1092.
- Dugardin B., (2010), « Accès à l'assurance de prêt des patients adultes ayant une cardiopathie congénitale », Université Joseph Fourier, Faculté De Médecine De Grenoble, thèse de doctorat, p.44

Bibliographie

Dunn H-L., (1959), "What High-Level Wellness Means?", *Canadian Journal Public Health*, November, 50(11), pp. 447-457.

Dufresne J., Dumont F. & Martin Y., (1985). « *Traité D'anthropologie Médicale: L'institution De La Santé Et De La Maladie* », (Ed.), Sainte-Foy : Presses De L'université Du Québec, Québec : Institut Québécois De Recherche Sur La Culture; Lyon : Presses Universitaires De Lyon, pp.245.

Durkheim E., (2007), « Le suicide », Paris, PUF, 2007, 1^{ère} Edition 1897.

E

Eco U., (1990). « *I limiti dell'interpretazione* », Milan Gruppo Editoriale Fabbri, Bompiani Sonzogno, 1990. Trad.fr. : *les limites de l'interprétation*, Paris, Grasset. In : Thietart R.A. et Al., « *Méthodes De Recherche En Managenement* », Dunod, 2007.

Eco, U., (1992), « *Interprétation et surinterprétation* », Paris: PUF, 1996. In : Gaudes F., (2005), « De l'abduction créative comme méthode sémio-anthropologique au service de la sociologie et de la connaissance et des représentations », *Sociedade e Estado*, Brasília, Vol.20, numéro 1, pp. 13-22, jan/avril.

Emmanuelli X., (1995), « *Dernier avis avant la fin du monde* », **Espaces libres**, Albin Michel

Emmanuel W.,(2008) « *Trader : l'affaire Kerviel ou la folie du système financier* », Editions du Toucan,

Enquête semestrielle de la BDPME décembre 1998 p 16.

Evrard & al.(2009), (Sous la dir)« *Market : fondements et méthodes des recherches en marketing* », 4^{ème} édition, Dunod, Paris, pp.703.

Evrard P., Pras B. & Roux E., (2003), « *Market, études et recherches en marketing* », Dunod (3^{ème} éd.) Paris

Ernst & Young., (2006), « *L'ambition de grandir, paroles d'entrepreneurs* »

Etude TNS-SOFRES pour CARDIF (BNP-PARIBAS) « Protéger son budget, comportements et attentes des consommateurs dans 14 pays ». Mai 2005.

Euro Assurance. 2013. La grande histoire de l'assurance. Septembre, 2013, lien : <http://www.euro-assurance.com/actualites-assurance/grande-histoire-assurance.html>

Evans R.G., (1974), "Modelling the economic objectives of the physician". In: R., Fraser, (ed.), Health economics symposium, Proceedings of the First Canadian Conference, 4-6 Sept., 33-45.

Evans R.G., (1984), "*Strained mercy: The Canadian health care system*" (Brotherwell, Toronto).In : Rochaix L., (1989), « Information asymmetry and search in the market for physicians' services », *Journal of Health Economic*, Vol.8, 1989, North-Holland, pp.53-84.

Extrait du Bulletin de la commission bancaire (1998), « Le Risque PME et les engagements des banques françaises », numéro 18 - Avril 1998.

F

Fallery B. & Rodhain F., (2007), « Quatre approches pour l'analyse de données textuelles : lexicale, linguistique, cognitive, thématique », AIMS. XVIème Conférence Internationale de Management Stratégique.

Ferguson M., (1981), « *Les Enfants Du Verseau : Pour Un Nouveau Paradigme* ». Paris: Calman-Lévy, p.339.

Finkelstein A. & McGarry K., (2006), « Multiple dimensions of private information : Evidence from long-term care insurance market », *American Economic Review*, Vol.96, pp.938-958.

Fishbein M. et Ajzen I., (1975), « Belief, attitude, intention and behavior ». Reading, MA; Addison-Wesley.

Fisher C. D. & Locke E. A., (1992), “ The new look in job satisfaction research and theory ”, In C. Cranny, P. Smith & E. Stone (Eds.), *Job satisfaction: How people feel about their jobs and how it affects their performance*, (pp. 165 –194). NY: Lexington Books

Folger R. & Baron R.A., (1996), “Violence and hostility at work : a model of reactions to perceived injustice in Robinson S.L. & Greenberg J., (1998), “Employees Behaving Badly: Dimensions, Determinants, and Dilemmas in the Study of Workplace Deviance”, *Journal of Organizational Behavior* (1986-1998), pp. 1-30.

Folliard S., (2008), « Le financement bancaire des créateurs de Très Petites Entreprises : approche exploratoire de l'entretien entre un conseiller financier et un entrepreneur novice », Doctorat soutenue le 25 novembre 2008, Université Jean-Moulin Lyon 3, pp.488.

Fontana A. & Frey J.H., (1994), “Interviewing. The art of science”. In Denzin N.K. & Lincoln Y.S, (eds), “*Handbook of qualitative research*”, Beverly Hills, CA, Sage, pp.361-373. In Thiétart R-A & coll. 2007. *Méthodes de Recherche en Management*, 3^{ème} édition, DUNOD, p.243

Foucault M., (2001), « *Dits et écrits* », Édition publiée sous la direction de Defert D. et Ewald F. avec la collaboration de Jacques Lagrange, Collection Quarto, Gallimard, pp. 74-79.

Fox S., & Spector P.E., (1999), “A model of work frustration – aggression”, *Journal of Organizational Behavior*, 20, pp.915-931.

Frédy-Planchot A., (2002), « L'indiscipline au travail: une marque de compétence ? » *Revue de gestion des ressources humaines*, n° 44, pp. 35-44.

Freidson E., (1960), « Client control and medical practice », *American journal of sociology*, n° 65, pp. 374-382. In : Abecassis P. & Batifoulier P., (1999), « L'interaction médecin-patient : quelques enseignements de la théorie des jeux », pp. 1-13.

Friedlander F. & Pickle H., (1968), “Components of Effectiveness in Small Organisations”, *Administrative Science Quarterly*, Vol.13, pp. 289 - 304

Frisch F., (1999), « *Les Études qualitatives* », Éditions d'Organisation. In : Malhotra N., (2011) « Design d'étude exploratoire : l'étude qualitative », « *Etudes marketing* », Chapitre 5, 6^{ème} édition, Pearson Education France, pp.91-122.

Fromenteau M., Ruol V. & Eslous L., (2011), « Sélection des risques : où en est-on ? », *Les Tribunes de la Santé*, 2011/2n°31, p.63-71.

G

Gan L., Huang F. & Mayer A. 2011. « *A simple test of private information in the insurance markets with heterogeneous insurance demand* », NBER Working Paper Series, Working paper 16738, January 2011.

Gaudez F., (2005), « De l'abduction créative comme méthode sémio-anthropologique au service de la sociologie et de la connaissance et des représentations », *Sociedade e Estado*, Brasília, Vol.20, numéro 1, pp. 13-22, jan/avril 2005.

Gaumont D. & Zekri M., (2010), « *Is there any asymmetric of information in insurance cross-sectional data ? The impact of aversion to effort* », Université Panthéon Assas, Paris 2, vu le 03/10/2014, lien : <http://ermes.u-paris2.fr/doctrav/1002.pdf>.

Gauthier, B., (1990), (sous la direction de), « *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* », Montréal, Presses de l'Université du Québec, 1990. In Bertacchini Y., (2009), « *Petit Guide à l'usage de l'Apprenti-Chercheur en Sciences Humaines & Sociales Essai Epistémologie & Méthodologie de Recherche en Sciences de l'Information & de la Communication* », Collection Les E.T.I.C, Presses Technologiques, Toulon, p.31.

Gazengel A. & Thomas Ph.,(1992), « Les défaillances d'entreprises », ESCP, Cahiers de Recherche n° 92 – 105.

Germain A., (1997), « L'étranger et la ville » *Canadian Journal of Regional Science / Revue canadienne des sciences régionales*, XX:1,2 (Spring-Summer/Printemps-Été 1997), pp. 237-254.

Giacalone R.A. & Greenberg J., (1997), « Antisocial behavior in organizations, Thousand Oaks, CA: Sage in Robinson S.L. & Greenberg J., (1998), « Employees Behaving Badly: Dimensions, Determinants, and Dilemmas in the Study of Workplace Deviance », *Journal of Organizational Behavior* (1986-1998), pp. 1-30.

Giannelloni J-L & Vernet E., (2001), « *Étude de marché* », Editions Vuibert, Paris, pp.145-149. In : Sous la direction de Evrard & al., (2009), « *Market : fondements et méthodes des recherches en marketing* », 4^{ème} édition, Dunod, Paris, p.703.

Girin, J., (1986), « L'objectivation des données subjectives. Eléments pour une théorie du dispositif dans la recherche interactive », communication présentée au colloque Qualité des informations scientifiques en gestion, ed. ISEOR.

Girod-Séville M. & Perret V., (2007), « Fondements épistémologiques de la recherche ». In : Thiéart R-A & coll. 2007, « *Méthodes de Recherche en Management* », 3^{ème} édition, DUNOD, pp.13-33.

Girod-Séville M. & Perret V., (2003) in Thiéart et coll., « *Méthodologie de recherche en Management* », 2003, p.13.

Gissler E., Taillardat O., Ientile D., Le Ru N. & Alix P., (2013), « Assurance-Emprunteur. Inspection générales des finances », Rapport numéro 2013-M086-02, Novembre 2013, pp.1-47.

Bibliographie

Gjesdal F., (2007), « Moral hazard with hidden information ». In: *“Essays in accounting theory in honour of Joel S. DEMSKY”*, Edited by Ankle, Gjesdal & Liang, Chapter 5, pp.97-122, Springer.

Glaser B.G. & Strauss A.L. 1967. *The discovery of theory of grounded: Strategies for qualitative research*, New York, Aldine Publishing Company. In : Evrard & al., (2009), « *Market : fondements et méthodes des recherches en marketing* », 4^{ème} édition, Dunod, Paris, pp.57-60.

Goffman E., (1975), « *Stigmate, les usages sociaux des handicaps* », Paris, Les Éditions de Minuit.

Gold R. L., (1970), “Role in sociological Field Work”. In Denzin N.K., (ed.), “Sociological Methods” Chicago, Alcanine Publishing Company, pp. 370-380. In : Thiétart R-A & coll. (2007), « *Méthodes de Recherche en Management* », 3^{ème} édition, DUNOD, p.244

Gollac M. & Volkoff S., (2006), « Santé et travail : déni, visibilité, mesure », *Actes de la recherche en sciences sociales*, numéro 163, pp. 4-17. In : Douguet F. & Muñoz J. 2008. Santé au travail et travail de santé, Editions de l'école de hautes études en santé publique, p.1-16

Gori R. & Del Volgo M-J., (2009), « L'idéologie de l'évaluation : un nouveau dispositif de servitude volontaire ? », *Nouvelle revue de psychosociologie* , 2009/2 n° 8, pp. 11-26.

Grawitz M., (1996), « *Méthodes des sciences sociales* », Dalloz, 10^{ème} édition, 920 pp. In Thiétart, R.-A., (coll.), « *Méthode de recherche en management* », 3^{ème} édition Dunod, Paris, chapitre 3, pp.58-83.

Grawitz M., (2000), « *Méthodes des sciences sociales* », Dalloz, 11^{ème} édition, 900 pp. In : Thiétart, R.-A., (coll.), « *Méthode de recherche en management* », 4^{ème} édition, 2014, Dunod, Paris, Partie 1, chapitre 4, pp.118-121.

Greenberg, J.S., (1985), “Health and wellness: A Conceptual differentiation”, *Journal of School Health*, 55 (10), pp.403-406

Green J.R & Shoven J.B., (1982), “The effects of financing opportunities and bankruptcy on entrepreneurial risk bearing”, *Revue Entrepreneurship*, pp.49-74

Gueguen G., (2001), « Environnement et management stratégique des PME : le cas du secteur Internet », Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université Montpellier I, 587 pp.

Gumpert D. E. & Boyd D. P., (1984), « The Loneliness of the Small Business Owner », *Harvard Business Review*, Nov/Dec 62 issue 6, pp.18-24.

Grun-Rehomme M. & Benlagha N., (2007), « Choix de contrat et sinistralité chez les jeunes conducteurs », *Insurance and Risk management*, Vol. 74, issue 4, pp. 505-532.

Gutek B., (1985), “*Sex in the workplace*”, Jesse Bass, San Francisco

H

Hammonet C. & Magalhaes T., (2001), « La Notion de Santé », *La presse médicale*, 31 mars /30/No 12, 2001. pp 587-590.

Bibliographie

Haut Comité de la santé publique, (1994), « La santé en France », rapport général. *La Documentation française*. Paris, 1994, p.335.

Harvey G., (2003), « Concepts et définitions de l'éducation à la santé », Lien : <http://www.uquebec.ca/edusante>

He D., (2009), « The life insurance market: asymmetric information revisited », *Journal of Public Economics*, Vol.93, pp.1090-1097.

Henderson V., (1960), « *Principes fondamentaux des soins infirmiers* », Conseil international des infirmières, édition révisée en 1969.

Hendel I. & Lizzeri A., (2003), « The role of commitment in dynamic contracts : Evidence form life insurance », *Quarterly Journal of Economics*, Vol.118, pp.299-327.

Hippocrate., « *Des épidémies* », t.4, section 5, p.307

Hirigoyen G. & Mériot J-G., (1988), « La transmission des PME familiales : constat et suggestions », *La Revue du financier*, n°55, Juillet-août, pp.37-48.

Hodgman D.R., (1960) "Credit risk and credit rationing", *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 74, Issue 2 (May, 1960), pp.258-278.

Hogan J. & Hogan R., (1989), "How to measure employee reliability", *Journal of Applied Psychology*, 74, 273-279
Hollinger R.C. & Clark J.P., « Employee deviance : a response to the perceived quality of the workplace », *Work and Occupations*, n°10, 1982, pp.97-114.

Honoré L., (1999), « Eléments pour une théorie de la discipline organisationnelle : Réflexion à partir de l'étude de la prise en compte du comportemental dans les banques », Thèse soutenue le 17 décembre 1999, Université Montpellier I, pp.1-421.

Honoré L., (2000), « Figures de la transgression des règles dans l'entreprise ». *Annale des Mines, Gérer et Comprendre*, numéro 61.

Honoré L., (2002), « Déviance, discipline et gestion du risque comportemental », *Revue Sciences de Gestion*, numéro 35, pp.111-136.

Honoré L., (2006), « Déviance et contrôle des comportements », *Revue finance-contrôle-stratégie*, Numéro 2, Vol. 9, juin 2006.

Husserl E., (1950), « Les idées directrices pour une phénoménologie et une philosophie phénoménologique pures. Livre premier, Introduction générale à la phénoménologie pure », traduction de Ricoeur P. Gallimard Bibliothèque de Philosophie. In : Evrard & al., (2009), « Market : fondements et méthodes des recherches en marketing », 4^{ème} édition, Dunod, Paris, pp.57-60.

I

Idler E.L & Angel R.J., (1990), "Self-Rated Health and Mortality in the NHANES-I Epidemiologic Followup Study". *American Journal of Public Health*, Vol. 80, no 4, p. 446-452.

IFOP., (2010), *Baromètre des TPE*, Juillet -Septembre 2010.

Bibliographie

Igalens J. & Roussel P., (1998), « *Méthodes de recherche en gestion des ressources humaines* », Economica, Paris in Ilama I.I., (2013), « GRH et service à la personne. Qualité de l'emploi, implication organisationnelle et engagement au travail des aides à domicile : représentations et pratiques », Thèse soutenue le 20 février 2013, Université Montpellier II Sciences et Techniques du Languedoc, Laboratoire MRM-CREGOR, pp. 198.

Ilama I.I., (2013), « GRH et service à la personne. Qualité de l'emploi, implication organisationnelle et engagement au travail des aides à domicile : représentations et pratiques », Thèse soutenue le 20 février 2013, Université Montpellier II Sciences et Techniques du Languedoc, Laboratoire MRM-CREGOR, pp. 470

Illich., (1992). In : Coppé, M., Schoonbroodt, C. (1992), « *Guide pratique d'éducation pour la santé: Réflexion, Expérimentation et 50 fiches à l'usage des formateurs* », Bruxelles: De Boeck Université, 293pp.

INSEE, Répertoire des entreprises et des établissements - SIRENE, activités marchandes hors agriculture – chiffres 2009

Ivancevich J. M., Donnelly J. H., Gibson J. L., (eds.), (1989), « *Management, principes and functions* » Il., Homewood, 1989. In Babeau O. & Chanlat J. F., (2008), « La transgression, une dimension oubliée de l'organisation », *Revue Française de Gestion*, numéro 183, pp. 201-219.

J

Jaffee D. M. & Modigliani F., (1969), "A theory and test of credit rationing", *The American Economic Review*, Dec. 1969, 59 (5), p.850-872

Jaffee D.M. & Modigliani F., (1976), "Imperfect information, uncertainty, and credit rationing", *The Quarterly Journal of Economics*, Vol.90, Issue 4 (Nov., 1976), pp.651-666.

Jaouen A., (2005), « Les alliances stratégiques entre très petites entreprises : un cadre d'analyse », thèse soutenue en Juillet 2005, Université Montpellier I, 406 pp.

Jaouen A. & Torrès O., (2008), « Les très petites entreprises, un management de proximité », Hermès Lavoisier, London. In : Jaouen A. & Tessier N., (2008), « Les pratiques de GRH des très petites entreprises », pp.1-18.

Jeanneret O. & Gutzwiller., (1999), « *Médecine sociale et préventive, santé publique* ». Chapitre 1 : Concepts et définitions de base. Editions Hans, Huber, Berne. p. 23- 29.

Jensen M. & Meckling W., (1976), «Theory of the Firm, Managerial Behaviour, Agency Costs and Ownership Structure». *Journal of Financial Economics*, Vol. 3, n°4, p.305-360.

Julien P-A., (1990), « Vers une typologie multicritère des PME », *Revue Internationale PME*, 3(3/4), pp. 411-425.

Julien P-A., (2001), « *Les PME à forte croissance* », Édifice Le Delta I.

Julien P-A., (2001), « Les PME à forte croissance au Québec : comment gérer l'improvisation de façon cohérente ? », Conférence Internationale sur le Dynamisme des Entrepreneurs, Portoros, Slovénie. In : Jaouen A. 2005. Les alliances stratégiques entre très petites entreprises : un cadre d'analyse, thèse Juillet 2005, Université Montpellier I, p.21.

Junker B.H., (1960), « *Field work: an introduction to the social science* », Chicago, University Press, pp.207. In Thiétart R-A & coll. 2007, « *Méthodes de Recherche en Management* », 3^{ème} édition, DUNOD, p.244

K

Kant E., (1798), « *Conflit des facultés en trois sections* » p. 4. In : Rauch A. *Que sais-je ? Histoire de la santé*, 1995, pp. 3-37

Kant E. 2004. *Leçons d'éthique*. In Mai Lequan, « Existe-t-il un droit de mentir ? Actualité de la controverse Kant/Constant », *Etudes*, février 2004.

Kerviel J., (2010), « *L'engrenage : mémoires d'un trader* », Editions Flammarion, Paris,

Kim H., Kim D. & Im S., (2009), « Evidence of asymmetric information in the automobile insurance market: Dichotomous versus multinomial measurement of insurance coverage », *Journal of Risk and Insurance*, Vol.76 issue 2, pp. 343-366.

Saito K., (2009), « *Testing for asymmetric information in the automobile insurance market under rate regulation* », *Journal of Risk and Insurance*, vo.73, p.335-356.

Knight F., (1921), "Risk, Uncertainty and Profit". In : Martin P., (2011), « L'anti sélection : Hyde Assurancielle, Hyde Sociale ? », *Risques : Les Cahiers De L'assurance* , numéro 85, FFSA, Mars 2011.

Koenig G., (1993), « Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles », *Revue de l'AGRH*, numéro 9, novembre. In : David A., (1999), « Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion ». Conférence de l'AIMS Mai 1999, p. 7.

Koenig G., (1993), « Connaissances Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, Vol.91, Nov., pp.4-17.

Kotler P. & Dubois B., (2003), « *Marketing Management* » 11^{ème} édition, Edition française réalisée par Manceau D., Pearson Éducation.

Kotter J., (1973), "The psychological contract: managing the joining-up process", *Californinan Management Review*, numéro 15.

Koyré A., (1943), « *Réflexions sur le mensonge* ». Editions Allia Paris 2004, p.8. Lien : books.google.fr/books?isbn=2911188128

Krause N. & Lund T., (2004), "Return to work after occupational injury". In: Barling, J., Frone, M.R. (Eds.), "The Psychology of Workplace Safety", *American Psychological Association*, Washington, DC.

Kuhn T., (1983), « *La structure des révolutions scientifiques* », Paris, Flammarion, 1983. In Bertacchini Y., (2009), « Petit Guide _a l'usage de l'Apprenti-Chercheur en Sciences Humaines & Sociales ESSAI Epistémologie & Méthodologie de Recherche en Sciences de l'Information & de la Communication », Collection Les E.T.I.C, Presses Technologiques, Toulon, p.31.

L

Laboureix & Laurin A., (1994), « Le risque PME », Bulletin de la Banque de France, Supplément « Etudes », 2ème trimestre 1994.

La Dépêche, (2009), « Un prêt refusé parce qu'il est « trop gros » 28/08/2009.

Lalonde M., (1975), « Nouvelle perspective de la santé des Canadiens », Ottawa : Ministère de la Santé Nationale et du Bien-être Social.

Landel J. & Charré-Serveau M., (2000), « Lexique des termes d'assurance », L'Argus, p. 36. In : Martin P., 2011. « L'anti sélection : Hyde Assurancielle, Hyde Sociale ? », *Risques : Les Cahiers De L'assurance*, numéro 85, FFSA, Mars 2011.

La déviance : normes, transgression et stigmatisation, *Sciences Humaines*, 1999, n° 99, pp. 20-25.

Laudy J., (1992), « Les stratégies financières », Commission des Communautés Européennes.

Lefilleur J., (2009), « Financer les PME dans un contexte de forte asymétrie », Secteur Privé et Développement, *La Revue de Proparco*, numéro 1, Mai 2009, le financement des PME en Afrique Subsaharienne, p.14-16.

Lemercier C., (2013), « La santé environnement : concept, enjeux et appropriation par les acteurs », Mémoire Master Professionnel 2ème année, sous la direction de Richard C. Septembre 2013, Université Montpellier III-Paul Valéry, 156 pp.

Le Moci., (2005), « PME : le match de l'export », numéro 1791- 5 avril.

Le Moigne, J.-L., (1993), « Sur l'incongruité épistémologique des sciences de gestion », *Revue Française de Gestion*, numéro 96, pp. 123-135.

Levasseur M.,(1995), « Perception de l'état de santé », sous la direction de Bellerose & al., « Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? », Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume I. Chapitre 11, p.199-209. Québec : Santé Québec, Ministère de la Sante et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 412pp.

Levratto N., (2009), « Les PME. Définition, rôle économique et politiques publiques », Bruxelles, De Boeck Université, 191 pp.

Lowe J., McKenna J. & Tibbits G., (1990), « Small Firm Growth and Failure: Public Policy Issues and Practical Problems ». In : K. M. Renfrew and R. D. Back (eds.), "Conference Series no. 17", Newcastle: University of Newcastle, pp. 175 - 190.

M

Macaire R., (1839). In : Pouilloux D., (2011), « Mémoires d'Assurances, Recueil de sources francaises sur l'histoire des assurances du XVIème au XIX siècle », extrait de l'ouvrage humoristique « Les cent et un Robert Macaire » repris par Daumier et Philipon, XIXème siècle, p.3. Editions Broché

Bibliographie

- Macho-Stadler I. & Perez-Castillo D. J., (2001), « *Introduction to the economics of information incentives and contracts* », 2nd Edition, Oxford. In Matis C. & Matis E. 2013. « Asymmetric information in insurance field : some general considerations », *Annales Universitatis Apulensis Series Oeconomica*, 15 (1), 2013, pp.194-204.
- Mahé de Boislandelle H., (1998), « *Gestion de ressources dans les PME* ».Editions Economica, 2^{ème} édition, 486pp.
- Malherbe., (199). In: Coppé M. & Schoonbroodt C., (1992), « *Guide pratique d'éducation pour la santé: Réflexion, Expérimentation et 50 fiches à l'usage des formateurs* », Bruxelles: De Boeck Université. p. 293
- March, J.G., & Simon, H.A. (1969), *Organisations*. Dutch translation of the book *Organizations*. H.E. Berg, trans. Amsterdam: J.H. deBussy in Tosi H.L., "James March and Herbert Simon, *Organizations*", chapitre , pp. 93-101.
- March, J.G., & Simon, H.A., (1999), « Les organisations. Problèmes psychosociologiques », , éd. *Dunod*, in http://www.alternatives-economiques.fr/james-march_fr_art_633_36951.html Consulté le 10/06/2015
- March, J.G., (1999), « Décisions et organisations », éd. d'*Organisation* in http://www.alternatives-economiques.fr/james-march_fr_art_633_36951.html consulté le 10/06/2015
- Marchesnay M. & Messegheem K., (2011), « *Cas de stratégie de PME* », pp.6-25, Editions EMS.
- Marchesnay M., (1991), « La PME : une gestion spécifique ». In: *Économie rurale*, numéro 206. « Nouvelles approches en gestion de l'entreprise agricole », Session des 29 et 30 Novembre 1990 organisée par Jean-Marie Attonaty (INRA-ESR), Jacques Clément (DGER) et Louis-Georges Soler (INRA-SAD) pp. 11-17.
- Martin P., (2011), « L'anti sélection : Hydre Assurancielle, Hydre Sociale ? », *Risques : Les Cahiers De L'assurance*, numéro 85, FFSA, Mars 2011
- Martinet, A-C., (1990), « *Épistémologies et sciences de gestion* », Economica, Paris. In Ilama I.I. 2013. GRH et service à la personne. Qualité de l'emploi, implication organisationnelle et engagement au travail des aides à domicile : représentations et pratiques. Thèse soutenue le 20 février 2013. Université Montpellier II Sciences et Techniques du Languedoc. Laboratoire MRM-CREGOR, 470 pp.
- Maslow. A. H., (1943), "A theory of human motivation", *Psychological Review*, Vol 50(4), Jul, 1943. pp. 370-396. Publisher: American Psychological Association
- Matis C. & Matis E., (2013), « Asymmetric information in insurance field : some general considerations », *Annales Universitatis Apulensis Series Oeconomica*, 15 (1), 2013, pp.194-204.
- Mbengue A. & Vandangeon-Derumez I., (1999), « Positions épistémologiques et outils de recherche en management stratégique ». Colloque AIMS 1999.
- McClean Parks J. & Kidder D.L., (1994), "Till death us do part..." Changing work relationships in the 1990's. In: C.L. Cooper & D.M. Rousseau (Eds.), *Trends in Organizational Behavior*, 1
- Merton, R. K., (1959), "Social Conformity, Deviation, and Opportunity-Structures: A Comment on the Contributions of Dubin and Cloward." *American Sociological Review* 24 (1959), pp. 177-189.
- Merton, R.K., (1965), « *Eléments De Théorie Et De Méthode Sociologique* », Paris: Plon.

Bibliographie

- Merton R.K., (1961), « Social problems and social theory », in Merton R. K. et Nisbet R. A., *Contemporary Social Problems* (New York, Harcourt, Brace and World INC., 1961), pp. 697-737.
- Merton R. K., Fiske M. & Kendall P.L, (1990), "*The focus Interviews: A Manual of Problems and Procedures*", New York, 2nd ed., Free Press.
- Milde H. & Riley J.G., (1988), « Signaling in credit markets », *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 53, numéro 1, Février.
- Miles M.B. & Huberman A.M., (2003), « *Analyse des données qualitative* », traduction de la 2ème édition américaine, De Boeck, Bruxelles.
- Milgrom P. & Roberts J., (2005) « *Economie, organisation et management* » PUG, deBoeck, pp 223-280. Page consulté le 18/11/2014, lien : http://books.google.fr/books?id=Vs_oHqxNc9kC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbg_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Moberg D., (1997), "On employee vice", *Business Ethics Quarterly*.
- Molinié A-F., (2005), « Se sentir capable de rester dans son emploi jusqu'à la retraite ? », *Pistes*, Vol. 7, 1, 2005
- Morfaux L-M., (1980), « *Vocabulaire de la philosophie et de sciences humaines* », Paris, Armand Colin. In : Thiétart R-A., (coll.), « *Méthode de recherche en management* », 3ème édition Dunod, Paris, chapitre 3, pp.58-83.
- Morin E., (1990), « *Introduction à la pensée complexe* » Paris, Le Seuil .In Babeau O. & Chanlat J. F.,(2008), « La transgression, une dimension oubliée de l'organisation », *Revue Française de Gestion*, numéro 183, pp. 201-219.
- Morin M., (2006), « Nouvelles définitions de la santé : un regard psychosocial », *Spirale* 1/ 2006 (n° 37), p. 29-41 Lien : www.cairn.info/revue-spirale-2006-1-page-29.htm.
- Mondelus R.M et Torrès O., (2011), « Le rôle et la place de la santé dans l'octroi de crédit aux Très Petites Entreprises : une analyse descriptive des questionnaires de santé », 7ème congrès de l'Académie de l'Entrepreneuriat et de l'Innovation, 12-15 octobre, Paris
- Mondelus R.M et Torrès O.,(2013), « Le rôle de la santé des dirigeants dans l'octroi de crédit au PME ». In : La santé du dirigeant : De la souffrance patronale à l'entrepreneuriat salutaire. Chapitre 7. De Boeck, 224 pp.
- Mondelus R.M, Honoré L. & Torrès O., (2012a), « Les questionnaires de santé dans le financement des PME : Entre déviance, mensonge et asymétrie informationnelle », Colloque I.P&M : Mensonge, Dissimulation, Déni, Dénégation et Oubli ? Les discours du management entre réalité et illusion
- Mondelus R.M & Torrès O., (2012b), « Les questionnaires de santé dans l'octroi de crédit aux PME : quels sont les effets de la sélection médicale ? » Conférence CCSBE, Halifax, Canada.
- Moscovici S., (1979), « *Psychologie des minorités actives* » Paris, PUF. In Babeau O. & Chanlat J. F.,(2008), « La transgression, une dimension oubliée de l'organisation », *Revue Française de Gestion*, numéro 183, pp. 201-219.
- Mougeot M., (1999), « Régulation du Système de Santé, Conseil d'Analyse, Economique », *La Documentation Française*.

Bibliographie

Mucchielli A., (1993), « *Les Méthodes Qualitatives* », Paris, Puf, Dir., 1996, Dictionnaire Des Méthodes Qualitatives En Sciences Humaines Et Sociales, Paris, Armand Colin.

Murphy R., (1990), « *Vivre à corps perdu* », Terre humaine, Plon.

N

Nagel O., (1996), « La Relation Banque-Entreprise : Analyse Du Risque-Crédit Entreprise », Mémoire De 3ème Cycle De « Prospective Et Stratégie Des Organisations, Conservatoire National Des Arts Et Métiers, Paris, 1996.

Nakamura J-L., (1999), « La relation Banque-PME », *Revue d'économie financière*, Vol.54, numéro 54, pp.39-58.

Newhouse J.P., (1996), « Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection », *Journal of Economic Literature*, vol. XXXIV (vol. 34), September, issue 3, p.1236-1263.

O

O'Leary-Kelly A.M., Griffin R.W. & Glew D.J., (1996), "Organizations motivated aggression: a research framework", *Academy of Management Review* (21), pp.225-253.

Ogien A., (1995), « *Sociologie de la déviance* ». Armand Colin Editeur, Paris, 230 pp.

P

Pacitto J.-C., P-A J. & Meier O., (2002), « Les TPE sont-elles spécifiques ? », *Piccola Impresa/Small Business*, avril-mai, pp .35-61.

Paillé P. & Mucchielli A., (2008), « *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* », Paris, Armand Colin (chap. 9), Lien : <http://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=37Rpa7PEqTUC&oi=fnd&pg=PT10&dq=L%E2%80%99analyse+qualitative+en+sciences+humaines+et+sociales&ots=HSra24smRY&sig=pwKbf2cNA9YyGmmpMq0FyeuXio#v=onepage&q=L%E2%80%99analyse%20qualitative%20en%20sciences%20humaines%20et%20sociales&f=false>

Pannequin F.,(2010), « Risque et asymétrie d'information », *Risques* numéro 81 - numéro spécial 20 ans - 81/82 - mars - *Risques : Les Cahiers De L'assurance* », FFSA, Juin.

Park E.R., (1952), « La ville phénomène naturel ».

Parsons T., (1951), "*The social system*", Routledge sociology classics, Editor Bryan S. Turner, First published in England 1951 by Routledge & Kegan Paul Ltd, New edition first published 1991 by Routledge 11 New Fetter Lane London EC4P 4EE

Bibliographie

- Parsons T., (1973), *“Le système des sociétés modernes”*, Dunod, Paris in Xiberras M., (1993), *« Les théories de l'exclusion »*, Méridiens Klincksieck, 203 pp.
- Peacock R., (1987), “Small Business in South Australia: 1985 Survey Part 1”, *Small Enterprise Series no. 6* (May, 1987). In: Peacock R., (2000), “Failure and assistance of small firms”, Page visitée le 29/04/2014, Lien: www.sbeducation.info/downloads/sbfail.pdf.
- Peacock R., (2000), “Failure and assistance of small firms”, Page visitée le 29/04/2014 www.sbeducation.info/downloads/sbfail.pdf, pp.1-26
- Peirce C-S., (1955) *“Philosophical writings of Peirce”*, Edited by Justus Buchler, New York: Dover Publications.
- Pelisse J., (2002), « A la recherche du temps gagné. Les 35 heures entre perceptions, régulations et intégrations professionnelles », *Travail et Emploi*, numéro 90, avril.
- Peretti J. M., (2002), (ed.), « *La gestion des ressources humaines* » Vuibert. In Babeau O. & Chanlat J. F., (2008), « La transgression, une dimension oubliée de l'organisation », *Revue Française de Gestion*, numéro 183, pp. 201-219.
- Pender.N.J., (1982), *“Health Promotion in nursing practice”*, Norwalk: Appleton – Century - Crofts, p.438. In MILGROM ET J. ROBERTS « Economie, organisation et management » Grenoble, PUG, 1997, 827 pp.
- Perseil S. & Pesqueux Y., (2014), « *L'organisation de la transgression. Formaliser l'informel ?* », (dir.), Coll. Perspectives organisationnelles, chapitre 1 « Economie informelle », Yvon Pesqueux, L'Harmattan, pp.271.
- Phung T., (2009), « Le rationnement du crédit des PME », Thèse soutenue le 17 décembre 2009, Université Montpellier 1.
- Piotet F.,(1988), « L'amélioration des conditions de travail entre échec et institutionnalisation », *Revue française de sociologie*, pp.19-33.
- Piotet F., (1990), « Conditions de travail : mode d'emploi » Les analyses du travail, enjeux et formes CEREQ, Col. des Études, numéro 54, mars.
- Pouilloux D., (2011), « *Mémoires d'Assurances, Recueil de sources françaises sur l'histoire des assurances du XVIème au XIX siècle* », Editions Broché, p.1-18.
- Poupart, Deslauriers, Groulx, Lasperrière, Mayer, Pires (Sous la dir.) [Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives] « *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* » Morin G., 1997. In Laurent SPANG, « la modélisation de l'évolution du contrôle de gestion dans une organisation », Thèse de doctorat soutenue en 2002.
- Pourtois J.P. & Desmet H., (1988), « *Epistémologies et instrumentation en sciences humaines* », Liège –Bruxelles, Pierre Mardaga.
- Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

Bibliographie

Puelz R. & Snow A., (1994), « Evidence on adverse selection: Equilibrium signaling and cross-subsidization in the insurance market », *Journal of Political Economy*, Vol.102, pp.236-257.

Puffer S.M., (1987), "Prosocial behavior, noncompliant behavior, and work performance among commission sales people", *Journal of Applied Psychology* (72), pp.615- 621

R

Rabelais F., (1993), « *Le Quart livre* », Flammarion, Paris.

Rammstedt O., (1994), « L'étranger de Georg Simmel », *Revue des Sciences Sociales de la France de l'Est*, pp.146-153.

Rapport Conseil National Du Sida. 1999. Rapport Suivi D'un Avis Et De Recommandations, « Pour une assurabilité élargie des personnes et une confidentialité renforcée des données de santé », 20 Septembre 1999, CNS, p.57.

Rapport final de la Commission OMS des Déterminants sociaux de la Santé, (28 août 2008), « Comblé le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé ».

Rapport au parlement sur les « Les personnes à risques aggravés de santé », 2007

Rapport de la Commission PME du Comité National des Conseillers du Commerce Extérieur de la France « Comment améliorer les performances des PME françaises à l'international », septembre 2007

Rauch A., « *Que sais-je ?* », Histoire de la santé, 1995, pp. 3-37

Reimann B. & Weiner Y., (1988), "Ignorance at the top : why bad news may never reach the boss", *International Journal of Management*, Vol.5.

Reinert M. (1990), « Une méthode d'analyse des données textuelles et une application : Aurélia de G. de Nerval », *Bulletin de méthodologie sociologique*, 26, p. 24-54. In Dalud-Vincent M., « Alceste comme outil de traitement d'entretiens semi-directifs: essai et critiques pour un usage en sociologie », *Langage et soci*, 2011/1 n 135, p. 9-28. DOI : 10.3917/lis.135.0009

Reinert M., (1990), *Une méthodologie d'analyse des données textuelles présentée à l'aide d'une application*, JADT, Barcelone. In Dalud-Vincent M., « Alceste comme outil de traitement d'entretiens semi-directifs: essai et critiques pour un usage en sociologie », *Langage et soci*, 2011/1 n 135, p. 9-28. DOI : 10.3917/lis.135.0009

Reinert M.,(1993), « Les mondes lexicaux et leur logiques ». *Langage et sociétés*, 66, pp.5-39. In : Blanchet et Gotman sous la dir. De François de Singly. 2010. « *L'entretien et ses méthodes : L'entretien* », 2ème édition refondue, Armand Colin.

Reynaud J.-D., (1989), « *Les règles du jeu* » Paris, Armand Colin. In Babeau O. & Chanlat J. F.,(2008), « La transgression, une dimension oubliée de l'organisation », *Revue Française de Gestion*, numéro 183, pp. 201-219.

Bibliographie

Reynaud J.-D., (1995), « *Le conflit, la négociation et la règle* » Paris, Octares édition, Revue française de gestion – N° 183/2008 .

Rice T., (1983), « The Impact of Changing Medicare Reimbursement Rates on Physician-Induced Demand », *Medical Care*, vol. 21, n° 8, pp. 803-815. In Rochaix L. & Jacobzone S., (1997) « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique ». In: *Économie & prévision*. Numéro 129-130, 1997-3-4. Nouvelles approches micro-économiques de la santé. pp. 25-36.

Richaudeau D., (1999), « Automobile insurance contracts and risk of accident: an empirical test using French individual data », *Geneva papers on Risk and Insurance Theory*, vol.24, pp.97-114.

Rioux P., Roberge M-E., Brunet L., Savoie A., & Courcy F., (2005), « Etablissement d'une nouvelle classification des comportements antisociaux au travail », *Interactions*, Vol.9, numéro 1, printemps 2005, pp.64-88.

Rivaud-Dansey D., (1991), « La relation banque-industrie, une approche comparée », *Revue d'Economie Financière*, numéro 16.

Rivaud-Dansey D., (1996), « Les contrats de crédit dans une relation de long terme. De la main invisible à la poignée de main », *Revue Economique*, Vol. 47, n°4, 1996, pp.937-962.

Robinson S.L. & Bennett R.J., (1995), « A typology of deviant workplace behaviors: a multidimensional scaling study », *Academic Management Journal* (38), pp. 555-572.

Robinson S.L. & Greenberg J., (1998), "Employees Behaving Badly: Dimensions, Determinants, and Dilemmas in the Study of Workplace Deviance", *Journal of Organizational Behavior* (1986-1998), Chapter 1, Vol. 5, pp. 1-30.

Rochaix L., (1989), « Information asymmetry and search in the market for physicians' services », *Journal of Health Economic*, Vol.8, 1989, North-Holland, pp.53-84.

Rochaix L. & Jacobzone S., (1997) « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », *Économie & prévision*, numéro 129-130, 1997-3-4. Nouvelles approches micro-économiques de la santé, pp. 25-36.

Rogel T., (1997), « La stigmatisation », *DEES* 107/Mars 1997, pp.54-60.

Romain J., (1933), « *Knock ou le Triomphe de la médecine* », I, Knock, Gallimard, Paris.

Romelaer P. (2005), « L'entretien de recherche ». In Roussel P. & Wacheux F. , (sous la coord. de Jean- Michel Plane, « *Management des ressources humaines -Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales* », de Boeck, pp.101-137. Page visitée le 11/12/14

Lien : https://books.google.fr/books?id=sZ4vPscOZZwC&pg=RA2-PA4&lpg=RA2-PA4&dq=l%27entretien+de+recherche+romelaer&source=bl&ots=kIqSq_iKd_&sig=j4bylqTFmPfTz0gym9YzE71gBk&hl=fr&sa=X&ei=3lCJVLzRLoHpUuqzg_gC&ved=0CCEQ6AEwAA#v=onepage&q=l%27entretien%20de%20recherche%20romelaer&f=false

Rothschild M. & Stiglitz J S., (1976), "Equilibrium in Competitive Insurance Markets : An Essay On the Economics of Imperfect Information" *The Quarterly Journal of Economics*, pp.629- 650.

Rothschild M. & Stiglitz J.S., (1997), "Competition and Insurance Twenty Years Later", *Geneva Papers on Risk and Insurance Theory* 22, pp.73-79.

Bibliographie

- Roussillon S. & Bournois F., (1998), « *Préparer les dirigeants de demain : une approche internationale de la gestion des cadres à haut potentiel* », Editions d'Organisation, (Coord. F.Bournois).
- Rubin, H. & Rubin I., (1995), "Qualitative interviewing: The art of hearing data", Thousand Oaks, CA: Sage. In : Thiétart R-A & coll. 2007. *Méthodes de Recherche en Management*, 3^{ème} édition, DUNOD, p.243.

S

- Savall H. & Zardet V., (2004), « *Recherche en sciences de gestion : approche qualimétrique. Observer l'objet complexe* », Economica, 2004. In : Foliard S., (2008), « Le financement bancaire des créateurs de Très Petites Entreprises : approche exploratoire de l'entretien entre un conseiller financier et un entrepreneur novice », soutenue le 25 novembre 2008, Université Jean-Moulin Lyon 3, p.154.
- Segovia J., Roy F., Bartlett A. C., (1989b), "An Empirical Analysis of the Dimensions of Health Status Measures", *Social Science and Medecine*, Vol. 29, no 6, pp. 761-768.
- Silem A., (1994), « *Encyclopédie de l'Economie et de la Gestion* », Hachette, Paris 1994, 607pp.
- Simmel G.(1990), Digressions sur l'étranger, in l'Ecole de Chicago, Ed. Aubier 1990.
- Skarlicki D.P. & Folger R., (1997), "Retaliation in the workplace: the roles of distributive, produceral and interactional justice", *Journal of Applied Psychology* (82), pp.416-425
- Small A., (1891), "*Introduction to the Science of Sociology* ", Waterville, the Mail office of Colby University.
- Smith A., (1964), "*Lectures on justice, police, revenue and arms*", Edwin Cannan, ed., New- York : Augustus M. Kelley
- Smith A., (1998), « *Théorie des sentiments moraux* », PUF, Paris,
- Smith A., (1998), « *La richesse des nations* », Garnier-Flammarion, n° 598-626
- Smondel A., (2011), « Comment les banques octroient-elles les crédits aux PME », Thèse soutenue le 05 décembre 20011, Université Paris Dauphine, pp. 44-62
- Snow C.C & Thomas J.B., (1994), "Field Reasearch Method in Strategic Management: Contributions to Theory Bulding and Testing", *Journal of Management Studies*, Vol.31, n°4, pp.457-479.
- Soulé B., (2007), « Observation parcipante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales », *Recherches Qualitatives*, Vol. 21, Issue 1, pp. 127-140
- Spindler M., Winter J. & Hagmayer S., (2011), «*Asymmetric information in automobile insurance : Evidence from Germany*», Working paper, Ludwig-Maximilian University, Munich in Matis C. & Matis E. 2013. « Asymmetric information in insurance field: some general considerations ». *Annales Universitatis Apulensis Series Oeconomica*, 15 (1), 2013, pp.194-204.
- Spindler M., (2012), «Asymmetric information and unobserved heterogeneity in the accident insurance», Working paper, Ludwig-Maximilian University, Munich. In: Matis C. & Matis E., (2013),

Bibliographie

« Asymmetric information in insurance field: some general considerations ». *Annales Universitatis Apulensis Series Oeconomica*, 15 (1), 2013, pp.194-204.

Spengler O., (1948), « *Le déclin de l'Occident*, Gallimard », Paris in Xiberras Martine.1993. Les théories de l'exclusion, Méridiens Klincksieck, 203 pp.

Spector P., (1975), "Organizational frustration: a model and review of the literature", *Personnel Psychology*, numéro 31, pp.815-829.

Spector P., (1978), "Relationships of organizational frustration with reported behavioural reactions of employees", *Journal of Applied Psychology*, n°60, pp.635-637.

Stiglitz J.E & Weiss A., (1981), *Credit rationing in markets with imperfect information*", *The American Economic Review*, Vol. 71, numéro 3, juin, pp.93-110.

Stiglitz J.E & Weiss A., (1987), "Credit rationing: reply", *The American Economic Review*, Vol. 77, Numéro 1, Mai.

Szasz T.S., (1985). In : Becker H., (1985), « *Outsiders. Essai de sociologie de la déviance* », Paris, Métailié, p.30

T

Tallon J-M., (1988), « Taux d'intérêt, rationnement du crédit et déséquilibres macroéconomiques ». In: Observations et diagnostics Economiques, *Revue de l'OFCE* , Numéro 24, 1988, pp. 125-161.

Tachlian E., (2009), « L'efficacité de la catégorisation des contrats de la commande publique ». In : Brousseau E., (1993), « Les théories des contrats: une revue », *Revue d'Economie Politique*, Vol 103, numéro. 1, janvier-février, pp. 1-82.

Taylor S.J. & Bogdan R., (1984), "Introduction to qualitative research methods: the search for meanings", 2nd EDN, New York : John Wiley

Temporary National Economic Committee, *Problems of Small Business*, Monograph no. 17, Washington: Government Printing Office, 1941.

Thiétart R-A., (1999), « *Méthode de recherche en management* », Dunod, Paris.

Thiétart R-A (coll.), (2007), « *Méthodes de Recherche en Management* », 3^{ème} édition, DUNOD.

Thiétart R-A., (coll.), (2014), « *Méthode de recherche en management* », 4^{ème} édition, 2014, Dunod, Paris, Partie 1, chapitre 4, pp.118-121. Page visité le 11/12/2014, Lien :

<https://books.google.fr/books?id=KlvkAwAAQBAJ&pg=PA118&lpg=PA118&dq=Faut-il+encore+parler+d%E2%80%99approche+qualitative+et+d%E2%80%99approche+quantitative&source=bl&ots=AV5uNlGBqu&sig=Nqm5KY7IVod9QpFRZiFsM6Lx4tQ&hl=fr&sa=X&ei=ZjqJVP39CcauU8SagPgO&ved=0CDQQ6AEwAg#v=onepage&q=Faut-il%20encore%20parler%20d%E2%80%99approche%20qualitative%20et%20d%E2%80%99approche%20quantitative&f=false>

Tocqueville A., (De), 1848, « *De la démocratie en Amérique* », Paris, Garnier-

Bibliographie

Flammarion, 198 in Gori R. & Del Volgo M-J., (2009), « L'idéologie de l'évaluation : un nouveau dispositif de servitude volontaire ? », *Nouvelle revue de psychosociologie* , 2009/2 n° 8, pp. 11-26.

Toucas-Truyen P., (1998), « *Histoire de la mutualité et des assurances : l'actualité d'un choix* », Editions La Découverte Et Syros, Paris, 1998, pp.170-174

Torres O., (1997), « Pour une approche critique de la spécificité de gestion des PME : application au cas de la globalisation », Thèse de doctorat, Université Montpellier I, 352 pp,

Torres O., (1998), « *PME De Nouvelles Approches* », Editions Economica

Torres O., (1999), « *Les PME* », Editions Flammarion, Collection Dominos, 128 pp.

Torres O., (2000), "The proximity law of small business management : between closeness and closure", ICSB, pp.1-23.

Torres O. 2002. *Essai de conceptualisation proxémique de la petitesse des entreprises*
6ème Congrès International Francophone PME (CIFPME 2002). 30 octobre-1 novembre 2002, HEC Montréal

Torrès O., (2003a), « Petitesse des entreprises et grossissement des effets de proximité », *Revue Française de Gestion*, 29(144), pp. 119-138.

Torrès O., (2009), « *L'inaudible souffrance patronale* », Le Monde, 15 Janvier.

Torrès O., (2010), « Quelques pistes provisoires de réflexion sur la santé des commerçants et artisans en France ». 10ème CIFPME.

Torrès O., (2011), « Proxémies financières des PME : Les effets collatéraux de la financiarisation des banques », *Revue française de gestion*, 37 (213), pp.189-240.

Torrès O., (2013), « **La santé du dirigeant : De la souffrance patronale à l'entrepreneuriat salutaire** » De Boeck, p. 224

Tsoukas H. « The missing Link : A Transformational View of Metaphors in Organizational Science », *Academy of Management Review*, vol.16 n°3, pp.566-585. In : Thietart R.A. & coll., « *Méthodes de recherche en management* » Dunod, 2007, p.81.

Turgot A.R.J., (1970), « *Écrits Économiques* », Paris : Calmann-Levy.

U

Ugrešić D., (1994), « La culture du mensonge », *Les temps modernes*, 49, avril 1994, p. 64. In Jihad César Nammour, « Lutter contre le mensonge politique dans une société multiculturelle: l'(in)expérience libanaise ? », Chaire UNESCO d'études Comparées des religions, de la méditation et du dialogue, Université Saint Joseph, Beyrouth, Liban. p.1.

Ulmann J., (1977), « *De la gymnastique aux sports modernes* », Vrin, 1977, pp.9-82

V

Vardi Y. & Wiener Y, (1996), « Misbehavior in Organizations: A Motivational Framework », *Organization Studies*, vol. 7, n° 2, 1996, pp.151-165

Vas A. & Lejeune C., (2008) « La gestion du changement à l'université : une approche interprétativiste », Working paper 07/08, Louvain School of Management, p.6

Velten M. & Binder-Foucard F., « Etat de santé : Définition, concept de santé, déterminants, états de santé de la population française, inégalités de santé ».

Vermes, J-P., (1999), « *L'accès des PME au financement bancaire comment l'améliorer ?* », Rapport, au nom de la Commission économique et financière et adopté par l'Assemblée Générale du 18 février 1999.

W

Wacheux F., (1996), « *Méthodes qualitatives et recherche en gestion* », Economica, Paris

Williamson S. D., (1987), "Costly Monitoring, Loan Contracts, and Equilibrium credit Rationing", *The Quarterly Journal of Economics*, MIT Press, vol. 102(1), pp.135-145, February.

Wilson T., (1970), "Conceptions of Interaction and Forms of Sociological Explanation", *American Sociological Review*, 35(6), 1970

Wissler A., (1989). In : Courpasson D., « *La modernisation bancaire: sociologie des rapports professions-marchés* ». Livre numérique Google. Editions L'Harmattan, 256 pp.

Wissler A., (1989), « Les jugements dans l'octroi de crédit ». In Boltanski L. et Thévenot L (eds), « Justesse et justice dans le travail », *Cahiers du Centre d'Etudes de l'Emploi*, n°33, P.U.F Série Protée, Paris, pp.136-207.

Whitehead, M. & Dahlgren G., (1991), " What can we do about inequalities in health". *The lancet*, numéro 338, pp. 1059–1063

Whitehead M., Dahlgren L. & Gilson L., (2001), "Developing the policy response to inequities in health : a global perspective in Challenging inequities in health care : from ethics to action". New York, Oxford University Press, pp.309-323.

Wolfe J.R. & Goddeeris J.H., (1991), «Adverse selection,moral hazard, and wealth effects in the medigap insurance market », *Journal of Health Economics*, Vol. 10 (4), pp. 433-459.

X

Xiberras M., (1993), « *Les théories de l'exclusion* », Méridiens Klincksieck, 203 pp.

Y

Yin R.K, (2009), “*Case Study Research : Design and Methods*”, Fourth Edition, Applied social research methods series, Vol.5. Page visité le 11/12/14 lien : http://books.google.fr/books?id=FzawIAdilHkC&pg=PA24&hl=fr&source=gbv_toc_r&cad=3#v=onepage&q&f=false

Youngblood S. A., Trevino L. K. & Favia M., (1992), “Reaction to unjust dismissal and third-party dispute resolution: A justice framework”, *Employee Rights and Responsibilities Journal*, 4, pp. 283-307

Z

Zazzara C., (2008), « Determinants of Credit Rationing for Manufacturing Firms Any Potential Effects from Basel 2? », *Journal of Entrepreneurial Finance and Business Ventures*. In Smondel A, (2011), « Comment les banques octroient-elles les crédits aux PME », Thèse soutenue le 05 décembre 2011, Université Paris Dauphine, pp. 44-62

Figures

Introduction générale

1. Objet de la recherche
2. Design de la recherche

Chapitre I : Cadre conceptuel de la recherche

1. Les déterminants de la santé
2. Les quatre dimensions de l'état de santé d'après Lalonde, dans Concepts et définitions de base Jeanneret O. & Gutzwiller F., 1999.
3. Les interactions des déterminants de la santé
4. Modèle des déterminants de la santé de Dahlgren and Whitehead (1991, p.314)
5. Principales catégories de déterminants et liens entre eux (Issue du Rapport final de la Commission OMS des Déterminants sociaux de la Santé, 28 août 2008)
6. Pyramide des besoins de Maslow

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

3. Typologie des comportements déviants au travail (Robinson et Benett, 1995, p.73)
4. Cadre conceptuel de la recherche

Chapitre IV: Résultats

5. Classification des risques et leurs impacts

Tableaux

Chapitre 1 : Cadre conceptuel de la recherche

1. récapitulatif des seuils
2. Tableaux des contraintes des PME
3. Tableau : Récapitulatif des risques garantis par les contrats d'assurance emprunteur (Révision de l'encadré 2 de Gissler & al., 2013, p.13)
4. Les principaux acteurs de l'assurance emprunteur
5. Les dispositions de la convention AERAS

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

6. Les auteurs de l'asymétrie d'information (Adapté de Matis et Matis, 2013)
7. Les causes explicatives au rationnement du crédit (Adapté de Phung, 2009, p. 39)
8. Typologie du déviant selon Becker
9. Les thématiques de la déviance (Adaptation tableau Lionel Honoré, 2006, p.3-4)
10. Les représentations collectives et les formes du lien social (Xiberras, 1993, p.76)
11. Définition de la déviance au travail selon Robinson et Greenberg, (1998, p.4)

Chapitre III : Choix épistémologiques et méthodologiques

12. Les courants épistémologiques (Bertacchini, 2009, p.47)
13. Regard sur les trois grandes approches épistémologiques (d'après Allard-Poesi et Maréchal, 2007)
14. Le paradigme interprétativiste (Adaptation de Girod-Seville & Perret, 1999)
15. La déduction et sa démarche
16. L'induction et sa démarche
17. L'abduction et sa démarche
18. Étude qualitative et étude quantitative
19. Caractéristiques de la recherche scientifique
20. Le statut des entretiens (Adaptation de Blanchet et Gotman, 2007)

Chapitre IV: Résultats

21. Description des acteurs interviewés
22. Etude des questionnaires médicaux
23. Variables prises en compte dans le questionnaire de santé
24. Tableau des formalités d'adhésion à l'assurance
25. Tableau : Les dispositions particulières en couverture de prêt en assurance
26. Pathologies recensées dans les questionnaires de santé
27. Tableau : Répartition des classes
28. La classification ascendante de la classe 1
29. La classification ascendante de la classe 2
30. La classification ascendante de la classe 3
31. Les marques du discours selon les classes
32. Analyse factorielle en coordonnées

Graphiques

Chapitre 1 : Cadre conceptuel de la recherche

1. Graphique : Les PME : principaux employeurs de France (Juin, 2008)
2. Graphique : Décomposition de la chaîne simplifiée de la chaîne de valeur et du rôle des acteurs (Gissler & al., 2013, p.26)
3. Graphique : Marché de l'assurance emprunteur en 2012 (en % du chiffre d'affaire du secteur, *ibid*, p.18)

Schémas

Chapitre 1 : Cadre conceptuel de la recherche

1. Schéma les effets de microsome
2. Schéma Le diamant de Marchesnay
3. Schéma les contraintes organisationnelles et stratégiques
4. Schéma interactif de la maladie (modification du schéma du handicap de Hamonet & Magalhaes, 1999, p.589)

Chapitre II : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

5. La régulation conjointe, compromis entre les régulations de contrôle et autonome (Babeau & Chanlat, 2008, p. 208)

Chapitre III : Choix épistémologiques et méthodologiques

6. Schéma de l'abduction selon Peirce
7. Schéma des Techniques de récolte de données qualitative

Chapitre IV: Résultats

8. Schéma : Circuit du questionnaire de santé
9. Interactions des parties prenantes
10. Schématisation des résultats

Annexe I : Questionnaire médical banque Courtois

Annexe II : Questionnaire médical banque Palatine

Annexe III : Questionnaire médical banque Populaire

Annexe IV : Questionnaire médical banque BNP-PARIBAS

Annexe V: Questionnaire médical banque Caisse d'Epargne

Annexe VI : Questionnaire médical banque Crédit Agricole

Annexe VII: Questionnaire médical banque Crédit Mutuel

Annexe VIII : Questionnaire médical banque HSBC

Annexe IX : Questionnaire médical banque LCL

Annexe X : Questionnaire médical banque CIC

Annexe XI : Questionnaire médical banque Société Générale

Annexe XII : Questionnaire médical April Assurance

Annexe XIII : La Convention AERAS

Annexe XIV : Accès des malades au crédit bancaire

Remerciements

Sommaire

Introduction générale

Première partie : Cadre théorique de la recherche

Chapitre 1 : cadre conceptuel de la recherche

Section 1. Contexte de la recherche

1. Le financement des PME : une problématique récurrente

1.1 Caractéristiques et spécificités des PME françaises

1.2 La bancarisation des PME : un chemin parsemé d'embûches

2. L'assurance emprunteur : le sésame pour accéder au crédit

2.1 La santé au cœur de l'assurance emprunteur

2.2 Mensonge en assurance : de bonne foi ou de mauvaise foi ?

Section 2. Le risque santé et l'assurance emprunteur

1. Concept de santé : état des lieux

1.1 De la définition officielle aux définitions de la santé

1.2 Les déterminants de la santé

2. Santé et financement : une relation ambiguë

2.1 Les outils de sélection en assurance: Focus sur le questionnaire de santé

2.2 La convention AERAS : dernier recours en assurance emprunteur

Conclusion du chapitre 1

Chapitre 2 : L'asymétrie d'information et la déviance comme méthode d'analyse du rôle de la santé dans l'octroi de crédit aux PME

Section 1. Les approches de l'asymétrie d'information

1. L'asymétrie d'information : une constante omniprésence entre banques -compagnies d'assurances emprunteurs et entreprises
 - 1.1 L'anti sélection ou le talon d'Achille des assureurs
 - 1.2 L'aléa moral : difficulté d'évaluer le comportement du client après signature du contrat
2. La relation banque- PME : une relation asymétrique
 - 2.1 Le rationnement du crédit
 - 2.2 Pour quoi les banques rationnent-elles ?

Section 2. Les approches de la déviance

1. La déviance ou la théorie de l'exclusion
 - 1.1 Définition de la déviance
 - 1.2 Déviance : Normes, transgressions et sanctions
 - 1.3 De la sociologie classique aux deux écoles de Chicago : Les vicissitudes de la théorie de la déviance
2. La déviance organisationnelle : une transgression à double visage
 - 2.1 Les comportements déviants au sein de l'organisation
 - 2.2 La maladie du stigmat aux stigmatisés
 - 2.3 Cadre de réflexion de la recherche selon l'approche théorique

Conclusion du chapitre 2

Conclusion de la partie

Deuxième partie : Méthodologie et résultats

Chapitre 3 : Choix épistémologique et méthodologique

Section 1. Positionnement épistémologique et choix méthodologiques

- 1. Positionnement épistémologique de la recherche**
 - 1.1 Les différents positionnements paradigmatiques**
 - 1.2 Un positionnement interprétativiste**
 - 1.3 Caractéristiques des principales démarches de raisonnement**
 - 1.4 La démarche choisie : l'abduction**

- 2. Choix méthodologiques**
 - 2.1 Qualitatif et quantitatif : présentation des deux approches**
 - 2.2 Justification d'une étude qualitative**
 - 2.3 Techniques de récolte des données qualitative**
 - 2.4 Flexibilité et orientation de la recherche**

Section 2. Le protocole de la recherche et traitement des données

- 1. Introduction au terrain de la recherche**
 - 1.1 Les motifs du choix du terrain**
 - 1.2 Présentation de la population**
 - 1.3 Le guide d'entretien et le déroulement de l'entretien**
- 2. Traitement des données**
 - 2.1 Les différents types d'analyses de discours**
 - 2.2 L'analyse textuelle par la méthode ALCESTE : Présentation du logiciel**
 - 2.3 Résultat de l'analyse préliminaire d'ALCESTE**

Conclusion du chapitre 3

Chapitre 4 : Résultats

Section 1 : Présentation des résultats bruts de l'étude empirique

1. Analyses descriptives des questionnaires de santé
 - 1.1 Présentation des questionnaires de santé
 - 1.2 Présentation des entretiens analysés par ALCESTE

Section 2 : Discussion des résultats et implications de la recherche

1. Questionnaire de santé ou questionnaire de maladie ?
 - 1.1 Quel est le rôle du questionnaire de santé ?
 - 1.2 Le questionnaire de santé porte d'entrée du mensonge
 - 1.3 Le cas particuliers des dirigeants emprunteurs malades : la convention AERAS est-elle désuète ?
 - 1.4 La maladie : entre déviance et asymétrie informationnelle
2. Fracture entre les réalités du terrain et les réalités administratives
 - 2.1 Le rationnement du crédit
 - 2.2 La transgression : un moyen pour faire entendre sa voix ?
 - 2.3 Décalages entre la réalité des entrepreneurs et celle des banquiers et des assureurs
 - 2.4 L'état de santé des dirigeants : un risque rationné

Discussion

Conclusion du chapitre 4

Conclusion partie 2

Conclusion générale

Bibliographie

Tableaux et figures

Annexes

Tables des matières

Résumé

Résumé

La santé et le financement des PME sont des sujets conjointement liés mais qui pourtant soulèvent bien des interrogations. En effet, la santé est une dimension importante dans les différentes interactions entre les banques, les compagnies d'assurance et les dirigeants des PME. Si le but affiché de sociétés bancaires et assurantielles en administrant le questionnaire de santé est de diminuer les risques de défaut de paiement, le but pour les chefs d'entreprise est de trouver le financement nécessaire afin de développer leurs entreprises. L'enjeu pour chacun des acteurs est important et conduit à l'asymétrie d'information dont la conséquence première est l'opportunisme.

Cet opportunisme, responsable des comportements déviants adoptés par ces trois parties prenantes, trouve sa genèse dans l'anti sélection une des effets de l'asymétrie d'information. La triangulation déviante et asymétrique faite entre les dirigeants de PME, les banques et les compagnies d'assurance sur la santé physique est un facteur important dans la gestion du risque.

Cette recherche a pour but de montrer que la sélection opérée sur la santé des dirigeants dans le cadre de l'octroi de crédit crée des effets pervers sous l'influence de l'asymétrie d'information. C'est ainsi que des comportements opportunistes font leur apparition ce qui se vérifie avant et après l'accès au crédit et donnent lieu à des déviations mensongères. L'incomplétude des contrats étant difficilement vérifiables, chacune des parties concernées cherche à maximiser son profit en faisant appel à plusieurs formes de tricheries. La survie des très petites structures étant étroitement liée à leur financement, il apparaît donc intéressant de mettre en lumière la nature des mensonges existant entre ces organisations au travers des théories de la déviance et de l'asymétrie d'information.

Mot clefs : Santé, PME, asymétrie d'information, déviance, crédit bancaire

Summary

Health and SMEs financing are jointly related topics but raise many questions. Indeed, health is an important dimension in the different interactions between banks, insurance companies and executives of SMEs. If the explicit aim of Bank and insurance companies by administering the health questionnaire is to reduce the risk of non-payment, the goal for business leaders is to find funding to expand their businesses. The challenge for each actor is significant and leads to informational asymmetry which the first consequence is opportunism.

This opportunism in charge of deviant behaviors adopted by the three stakeholders found its genesis in the anti selection one of the effects of informational asymmetry. The deviant and asymmetric triangulation made between SMEs leaders, banks and insurance companies on physical health is a main aspect in risk management.

This research aims to show that the selection made on the health of leaders through the provision of credit creates perverse incentives under the influence of asymmetric information. That's how opportunistic behaviors make their appearance what is checked before and after the access to credit and gives rise to fallacious deviances. The incompleteness of contracts are hard to verify, each of the stakeholders seek to maximize profit by using several forms of cheating.

Key words: Health, SMEs, information asymmetry, deviance, bank credit