



CONSEIL NATIONAL DU SIDA
7 RUE D'ANJOU
75008 PARIS
T. 33 [0]1 40 56 68 50
F. 33 [0]1 40 56 68 90
CNS.SANTE.FR

AVIS ET RAPPORT
1ER FÉVRIER 1990

ASSURANCES
AVIS ET RAPPORT RELATIF AUX ASSURANCES

FR

AVIS

Compte tenu du rapport, le Conseil national du sida recommande aux pouvoirs publics :

- de veiller à ce que les sociétés d'assurances n'introduisent pas dans les formulaires soumis aux proposant des questions faisant référence, de façon explicite ou détournée, à leur style de vie ou à leur sexualité,
- d'interdire aux sociétés d'assurances de subordonner la conclusion d'un contrat au résultat d'un test de sérologie VIH du proposant. Cela étant, le Conseil national du sida s'engage à reconsidérer sa position dans deux ans sur ce point précis à la lumière des évolutions épidémiologiques et économiques qui auront été observées d'ici là,
- de demander à la CNIL (Commission nationale sur l'informatique et les libertés) de procéder à une réévaluation approfondie du fichier dit « des risques aggravés » dont le maître d'œuvre est La Réunion des Sociétés d'assurances sur la Vie, et ce, en relation avec la situation nouvelle créée par l'épidémie de sida,
- de s'assurer que la loi soit respectée en cas de conflit entre l'assureur et l'assuré ou ses ayants-droit : c'est en effet à l'assureur de faire la preuve du délit ou de la fraude, et ce, sans violer le secret médical.

RAPPORT

PRÉAMBULE

Le Conseil national du sida a été saisi du problème que pose cette nouvelle affection, à caractère épidémique, au regard de l'assurance. L'enjeu du débat réside dans la nécessaire conciliation des légitimes impératifs commerciaux des sociétés d'assurances qui opèrent au sein d'une économie de marché et ceux de la défense des libertés et droits des personnes, droits à la préservation de la vie privée, droits également au maintien d'une existence sociale aussi normale que possible en dépit d'un état de vulnérabilité physique et sociale accrue.

Au nom du gouvernement, M. Claude Evin, ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, est à l'origine de cette saisine en raison d'une convergence de faits qui a révélé que le sida soulève des problèmes particuliers au regard des assurances.

D'un côté, alors que les assurances ne sont, jusqu'à présent, soumises à aucune réglementation spécifiquement arrêtée en fonction de cette nouvelle maladie, elles ont entamé une réflexion sur les répercussions de l'épidémie de même qu'elles sont en train d'élaborer des stratégies pour y faire face. Elles souhaitent une concertation avec les pouvoirs publics afin qu'ils contribuent à leur réflexion et qu'ils se prononcent sur les mesures qu'elles envisagent de prendre, ou qu'elles prennent déjà. Un tel débat prend d'autant plus d'actualité que l'exercice de la profession de l'assurance doit prochainement être libéralisé dans le cadre de l'intégration économique européenne. Bien que cette échéance ne soit pas synonyme dans l'immédiat de grands bouleversements, elle inaugure toutefois la mise en place progressive d'un grand marché de l'assurance où la concurrence sera probablement à terme beaucoup plus sévère pour les grandes sociétés françaises d'assurances que sur les marchés où elles opèrent aujourd'hui. D'un autre côté, il a été noté l'apparition de conflits, notamment des refus d'exécution en fin de contrat, entre des particuliers et des sociétés d'assurances ayant pour motif le syndrome d'immuno-déficience acquise du contractant.

Trois principes ont servi de base à la réflexion du Conseil national du sida. Ces principes sont :

- 1) que les médecins sont tenus au secret médical, règle impérative qui ne saurait souffrir d'exception, même partielle, pour quelque motif que cela soit,

2) que la séropositivité ne doit pas être cause d'exclusion; et

3) que le sida déclaré est une maladie grave en accord avec la législation qui, depuis un décret du 31 décembre 1986, en fait une "affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse" (Article L. 322-3-3° du Code de la sécurité sociale).

Cette réflexion ne s'est également jamais départie du constat que, dans notre société contemporaine, les mécanismes de l'assurance individuelle assument une fonction d'insertion et de protection sociale de grande importance, fonction souvent méconnue en tant que telle. L'assurance se distingue de la solidarité et s'il n'existe pas un droit absolu à l'assurance, il reste que cette dernière intervient à de très nombreux moments de la vie des individus, lesquels sont en effet amenés à s'assurer afin de compléter leur couverture sociale, afin d'apporter certaines garanties de sécurité financière à leur proches, afin d'emprunter de l'argent dans le but de se loger, d'acquérir un outil de travail, etc. Il est ainsi rapidement apparu au Conseil qu'une exclusion, voire une limitation – dans des proportions qui certes restent matière à discussion –, de la possibilité de s'assurer pouvait dans certains cas être attentatoire à l'intégrité sociale de la personne, donc à sa liberté, autrement dit, qu'un refus d'assurance pourrait constituer une aliénation des libertés et précipiter le séropositif dans l'engrenage de l'exclusion sociale.

Diverses sources ont nourri la réflexion du Conseil.

a) L'audition de personnalités en séance plénière :

– Mme Jacqueline Rubellin-Devichi, professeur de droit à l'Université de Lyon, et Mlle Isabelle Sayn, respectivement directeur et chercheur associé au Centre de droit de la famille à Lyon, entendues à titre d'expert ;

– M. Jacques Lallement, de la Fédération française des assurances, et M. Patrick Peugeot, président directeur général de la SCOR (Société commerciale de réassurance), et M. Jean-Denis Champvillard, directeur de la SCOR VIE, branche de la SCOR spécialisée dans l'assurance-vie ; ces deux personnalités étant entendues au titre de représentants de la profession de l'assurance.

b) Un entretien, de caractère purement technique, avec M. Benoit Jolivet, directeur de la Direction des assurances auquel participaient Mmes Danièle Lochak et Michelle Perrot, conseillères, et M. Emmanuel Désveaux, rapporteur.

c) L'analyse de documents émanant de la profession de l'assurance, dont une grande partie avait été rassemblée par le CRIPS (Centre régional d'information et de prévention du sida), le Conseil ayant entendu à ce sujet les rapports internes de Mme Danièle Lochak et de MM. Jean-Pierre Davant, Daniel Defert, conseillers, et de M. Emmanuel Désveaux, rapporteur).

Le Conseil s'est efforcé de ne pas prendre en compte la seule situation actuelle mais son évolution probable, notamment dans les domaines de l'épidémiologie, (progression ou stagnation de la maladie) et celui de l'économie (modification sensible ou non du marché de l'assurance). Il est vrai qu'à la différence des représentants de la profession de l'assurance, le Conseil ne s'est pas résolu à n'envisager que les perspectives les plus alarmistes sur la maladie.

PHILOSOPHIE DE L'ASSURANCE : LA VOLONTÉ DE SAVOIR ET L'ANTI-SÉLECTION

Selon un manuel d'enseignement, « l'assurance est une opération par laquelle une personne (l'assureur) groupe en mutualité d'autres personnes (les assurés) afin de les mettre en mesure de s'indemniser mutuellement d'une perte éventuelle, le sinistre, à laquelle elles sont exposées par suite de la réalisation de certains risques, moyennant une somme appelée prime (ou cotisation) payée par chaque assuré à l'assureur qui la verse dans la masse commune.(...) L'assuré cherche dans l'assurance un remède contre le hasard qu'il appartient précisément à l'assureur d'éliminer »¹.

Une bonne gestion d'une société d'assurance, au bénéfice de ses actionnaires comme de ses clients, repose sur une réduction au minimum de l'aléa. Cette réduction de l'aléa repose sur deux principes, l'un positif, l'autre négatif. Le premier est celui que les assureurs mettent le plus volontiers en avant comme étant l'essence même de leur métier : disposer des meilleurs éléments de connaissance du risque à couvrir, notamment de son occurrence statistique, afin de pouvoir faire des projections dans l'avenir le plus fiable possible. C'est aux actuaires que revient la tâche de mesurer la probabilité future des risques. Le second principe de l'assurance découle de l'idée que le meilleur moyen de ne pas avoir à couvrir un risque est de ne pas le prendre au départ. L'effet de l'assurance jouant sur le grand nombre, l'intérêt de l'assureur est d'éviter à tout prix de se trouver d'une façon ou d'une autre avec une forte concentration dans son portefeuille – concentration supérieure aux moyennes établies par les calculs des actuaires – de personnes présentant un facteur de risques élevé. Son intérêt est donc de sélectionner ses clients au moment de la signature du contrat.

¹ L'Assurance, ENA (Ecole nationale d'Assurance) tome 1, p. 28.

La sélection ne peut toutefois pas toujours se donner comme telle, d'autant qu'à partir d'un certain niveau, en éliminant trop de proposant (personnes qui se proposent de signer un contrat pour s'assurer contre tel ou tel risque), elle contredit le principe même de l'activité commerciale que demeure l'assurance. Dans ce contexte, comprendre le concept d'anti-sélection qui hante la littérature interne à la profession, devient très éclairant sur sa philosophie et ses modes de raisonnement particuliers. A défaut en effet de pratiquer la sélection, l'assureur se doit d'éviter à tout prix l'anti-sélection, laquelle serait une tendance naturelle chez le proposant – qu'il s'agisse d'un individu ou d'une collectivité – à soustraire à l'assureur les éléments d'information dont celui-ci pense devoir disposer pleinement pour la juste évaluation des risques qu'il s'engage à couvrir et cela parce que le proposant, se jugeant lui-même un mauvais risque pour l'assureur, suppose que celui-ci, par sélection, va chercher systématiquement à le refuser. En poussant jusqu'au paradoxe, ne pourrait on pas dire que le proposant idéal aux yeux de l'assureur serait celui qui n'aurait aucunement besoin de s'assurer et sur lequel il saurait par ailleurs pratiquement tout ? Il est tout-à-fait significatif à cet égard que les assureurs dénoncent « le poids du secret médical » comme l'une des principales entraves au bon exercice de leur métier dans notre pays².

Une bonne illustration de la volonté de savoir des assurances est l'existence dans notre pays d'un fichier dit « des risques aggravés » dont le maître d'oeuvre est La Réunion des Sociétés d'assurances sur la Vie. Il s'agit d'un organisme à vocation purement technique émanant de la branche vie de la Fédération Française des Sociétés d'assurances, laquelle compte parmi ses adhérents la plupart des sociétés d'assurances sur la vie et de capitalisation. Conçu comme un « fichier d'alerte », l'objet en est de faciliter l'appréciation des risques assurables afin de mieux lutter contre la fraude ou les erreurs des souscripteurs en permettant un partage de l'information entre sociétés d'assurances. Lorsque l'une d'elles refuse, ajourne ou accepte avec surprime un proposant, cette mesure est signalée à ce fichier sous forme codée. Dans le cas où cette personne se présente à un autre assureur, ce dernier peut alors consulter le fichier et savoir quelle décision antérieure a déjà été prise³.

L'ASSURANCE FACE AU SIDA

Le sida est une nouvelle maladie virale à caractère épidémique dont la transmission s'effectue par contact sanguin ou par voie sexuelle. Elle reste à ce jour incurable, bien que des progrès thérapeutiques aient été accomplis qui permettent de prolonger la vie des malades. Pour la première fois, les assureurs, à la suite des médecins, sont contraints à remettre en question l'idée d'une diminution constante de la morbidité à laquelle des décennies de progrès médicaux et sanitaires ininterrompus les avaient accoutumés. Cette remise en cause est d'autant plus grave que la catégorie démographique la plus touchée jusqu'à ce jour par la maladie est précisément celle qui représente traditionnellement pour l'assurance, notamment pour l'assurance-vie, la meilleure part du marché : celle des hommes compris entre 30 et 40 ans.

Mais le problème que soulève le sida aux yeux de l'assurance réside également, sinon plus, dans le grand nombre d'incertitudes qui demeurent à son sujet, et notamment, en ce qui concerne sa progression à venir. Si l'on connaît, du moins pour les pays industrialisés, le nombre de personnes atteintes par la maladie depuis le début de l'épidémie, de même que son évolution chez l'individu, on a en revanche des difficultés pour estimer le nombre de personnes séropositives, c'est-à-dire contaminées par le VIH mais non malades, de même qu'on manque de recul temporel pour présager le destin de ces personnes séropositives. Quel pourcentage d'entre elles développera un sida ? A quel terme, compte tenu d'une date de contagion⁴ en règle générale inconnue ?

Ici, le discours des assureurs tient du syllogisme. Ils déclarent voir dans le sida, auquel ils assimilent la séropositivité, une maladie grave comme une autre. Le sida doit donc relever de la même technique d'assurance que ces autres maladies, autrement dit être porté à la connaissance de l'assureur. Ils illustrent leur propos en citant le cas d'une autre maladie grave, le cancer. Aujourd'hui, 90% des personnes guéries d'un cancer sont assurables, certes moyennant surprime. Cela est dû au fait que l'on dispose aujourd'hui d'une excellente connaissance de cette maladie et de ses suites, statistiquement favorables. Les assureurs font de même la comparaison avec les personnes cardiaques, qui sont elles aussi assurables avec surprime, dans la mesure où, là encore, les assureurs pensent disposer de données statistiques fiables. On pourrait faire remarquer que les connaissances acquises sur les maladies cardiaques et le cancer, comme les procédures qui en découlent ne sont pas nécessairement comparables à l'infection VIH en raison de la latence asymptomatique alors que la transmissibilité existe à tout moment, en raison de la durée de parcours et de l'âge des personnes concernées. En tout état de cause, dans le cas du sida il

² Résumé de l'intervention de M. Champvillard dans Sida et assurances des personnes, atelier sida animé par SCOR-VIE aux entretiens de l'Argus 1989, publication n°10/ avril 1989, (p. 7). Ce document, cité à plusieurs reprises par la suite, a été adressé au Conseil national du sida par M. P. Y. Bertin de la SCOR VIE (courrier daté du 29 novembre 1989) à la suite de l'audition de M. Peugeot. Cet envoi était une réponse à un engagement de la part de ce dernier, faite au cours de son audition, de fournir aux conseillers un complément d'information sur divers points.

³ La CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) a effectué le 16 juin 1988 une mission de contrôle de ce fichier. Si dans son rapport elle considère que "les données traitées paraissent adéquates, pertinentes et non excessives par rapport à la finalité pour laquelle elles sont enregistrées" elle émet toutefois quelques réserves sur ce fichier, notamment sur la durée, 10 ans, durant laquelle les informations sont préservées, durée que la Commission souhaite voir ramenée à cinq ans. La Commission émet également des réserves sur l'impossibilité faite actuellement à tout contractant d'avoir accès au fichier et d'avoir ainsi connaissance des informations qui y figurent le concernant.

⁴ Le contagion est l'événement au cours duquel un individu est contaminé.

est clair que la connaissance par l'assureur de la séropositivité d'un proposant ne peut que le conduire à ne pas l'assurer, donc à l'exclusion, puisque par ailleurs il voit dans le sida une maladie inéluctablement fatale. L'aléa, sur lequel repose le principe de l'assurance, n'existe plus.

Aux yeux de l'assureur, le sida présente un problème particulièrement aigu parce que les individus ne peuvent pas être classés avec certitude. Ces derniers se répartissent en effet en trois catégories, les malades du sida, les séropositifs et, enfin, tous les clients de l'assurance. Si d'un côté, l'assureur assume que les individus de la deuxième catégorie ont toutes les chances de passer dans la première, il n'a aucune garantie, vu le caractère transmissible de la maladie (et qui la différencie radicalement des maladies cardio-vasculaires par exemple), que ceux de la troisième ne passent pas dans la deuxième, et donc à terme, dans la première. Face au sida, l'assureur ne peut pas se contenter d'une sérologie dont la valeur n'est indicative qu'à un moment donné ; il doit également être en mesure d'évaluer les risques de séroconversion future et pour ce faire doit avoir recours à des critères d'appréciation sociologiques. Face à un proposant, l'assureur doit rechercher des « indices » de risques. C'est ce qu'affirme un intervenant du séminaire restreint organisé par la société SCOR-VIE le 23 janvier 1988, lequel cite comme indices pertinents :

- « – le montant du capital souscrit (en particulier garanties facultatives dans les dossiers collectifs en relation avec la situation de famille, adéquation avec les revenus déclarés),
- la multiplicité de polices antérieures ou en cours de souscription,
- l'âge et le sexe de l'assuré,
- la catégorie socio-professionnelle,
- certains antécédents d'affection ou de traitements,
- les antécédents de test MST (maladies sexuellement transmissibles) ou viraux,
- le bénéficiaire désigné,
- ... ? »⁵

Il est incontestable qu'à défaut, ou en complément, de critères médicaux sûrs ou accessibles, on observe chez les assureurs une forte tentation d'apprécier les risques de sida en termes sociologiques... tentation ou réflexe que traduit une rhétorique des « groupes à risque » et qui suscite une certaine inquiétude sur ces éventuelles dérives⁶.

L'assurance est un contrat de droit privé. Pour les assureurs, la liberté de contracter doit être totale. Aucune entrave ne devrait, en théorie, venir empêcher les sociétés d'assurances d'appliquer les pratiques de sélection qu'elles jugent les plus appropriées en fonction de l'état du marché. Ainsi, selon M. Peugeot, à l'heure actuelle, la plupart des sociétés françaises ne demanderaient pas de test de dépistage sérologique pour des montants de garantie sur la vie inférieurs à 1 000 000 francs en fonction uniquement de préoccupations commerciales. Une bonne image publique demeure en effet l'une des préoccupations majeures des sociétés d'assurances. Dans le même ordre d'idées, M. Peugeot explique que si une société demande à un proposant de passer un test sérologique VIH et que ce dernier refuse, nul ne peut contraindre alors la société d'accepter de contracter.

A cet argument tiré de l'autonomie de la volonté et du caractère privé du contrat d'assurance on peut toutefois opposer le principe selon lequel la liberté contractuelle n'interdit nullement au législateur d'encadrer cette liberté, principe qu'illustrent par exemple le droit du travail ou celui relatif aux rapports entre bailleurs et locataires. Il s'agit là aussi de contrats de droit privé ; pourtant ils sont sans nul doute fortement réglementés. La Direction des assurances, rattachée au ministère des Finances, est l'organisme précisément chargé de surveiller et de valider les types de contrats ayant cours. En matière d'assurance-vie, l'aval de la Direction des assurances est une obligation absolue avant la mise sur le marché d'un produit, à laquelle seuls quelques assurances de groupe échappent.

LES QUATRE TYPES D'ASSURANCE CONCERNÉS

Quatre types de contrat d'assurance sont concernés par le problème du sida, (1) l'assurance maladie, (2) l'assurance invalidité, (3) l'assurance-vie et (4) l'assurance responsabilité civile. Il est apparu que la dernière, relevant de la compétence de tribunaux, ne relève par exactement de celle du Conseil, l'essentiel du débat se concentrant par ailleurs sur l'assurance-vie ; toutefois, en dépit de la qualité du système de sécurité sociale en vigueur dans notre pays, le sida peut engendrer quelques problèmes au regard de l'assurance maladie et de l'assurance invalidité, lesquelles doivent être d'abord évoquées.

⁵ Les points de suspension et le point d'interrogation font partie de la citation (Sida et Assurances de personnes, atelier sida animé par SCOR-VIE aux entretiens de l'Argus 1989, publication n° 10/avril 1989, p. 4.)

⁶ Dans un rapport (différent du précédent) signé à Paris par M. Chuffart de la Compagnie suisse de réassurance, daté du 10.3.87 et intitulé Sida et assurance de personnes, sous la rubrique « acceptation des risques (19) », on découvre la recommandation suivante : une société bien gérée ne doit pas seulement détecter – pour les refuser – les proposants séropositifs actuels ou potentiels, c'est-à-dire « appartenant à des groupes à risque » mais doit également s'assurer de la loyauté de ceux de ses propres agents qu'elle soupçonne d'appartenir à ces mêmes groupes à risque. Ces derniers seraient en effet susceptibles, par solidarité, de faire preuve d'une certaine complaisance envers précisément les candidats qu'ils ont à charge d'écarter. Le Conseil national du sida est tout à fait conscient qu'un tel raisonnement n'est pas nécessairement repris par tous les assureurs.

- L'assurance maladie offerte par le régime général de la sécurité sociale ouvre droit à deux types de prestations : les prestations en espèces et les prestations en nature.

Les prestations en espèces consistent dans le versement d'une indemnité journalière destinée à remplacer les revenus du travail disparus du fait de la maladie. Elles représentent environ la moitié des revenus habituellement tirés du travail, puis deux tiers de ces revenus après 31 jours d'arrêt de travail, si l'assuré a au moins trois enfants⁷. En principe, l'indemnité peut être versée au maximum pendant 360 jours répartis sur 3 années, à moins que l'assuré ne soit déclaré atteint d'une « affection de longue durée ». L'indemnité peut alors être versée pendant trois années consécutives, auxquelles s'ajoute encore une année si le malade peut reprendre son activité de façon intermittente et si cette reprise est reconnue comme un moyen de réadaptation. Un malade du sida sera éventuellement amené à bénéficier de ces dispositions.

Les prestations en nature équivalent au remboursement des frais médicaux avancés par le malade, qui conserve à sa charge au moins l'équivalent du « ticket modérateur ». Celui-ci est supprimé au profit des malades atteints d'une « affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse ». Le sida avéré étant l'une de ces affections, les frais médicaux qu'il suscite sont remboursés à 100%. L'exonération du ticket modérateur vise seulement le remboursement des soins directement liés à l'affection « comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse », et non les soins justifiés par une autre maladie.

Enfin, en guise de conclusion sur l'assurance maladie, il faut rappeler que celle-ci est limitée quant aux montants des indemnités allouées, et quant au délai pendant lequel elles peuvent être versées. Ces limites montrent l'utilité d'une assurance maladie complémentaire, mutuelle ou assurance privée⁸.

- L'assurance invalidité est due à l'assuré devenu inapte à se procurer des revenus suffisants issus de son activité professionnelle ; elle peut donc succéder à l'assurance maladie. Pour bénéficier de l'assurance invalidité, il faut être médicalement reconnu invalide aux 2/3, c'est à dire incapable d'obtenir un salaire supérieur au tiers de la rémunération normalement perçue pour la profession en cause. Le versement de cette indemnité donne droit aux avantages de l'assurance maladie, mais son montant est toujours limité : si l'assuré continue une activité professionnelle, elle sera de 30% du revenu professionnel antérieur, calculé sur les dix meilleures années. Si l'assuré n'a plus aucune activité, le taux passe à 50%, dans la limite générale de 59 700 F par an⁹.

Si l'assurance invalidité n'est pas limitée quant à la période pendant laquelle elle peut être versée, elle suppose de remplir les conditions propres à cette assurance, et elle est très limitée quant à son montant. On voit alors tout l'intérêt qu'il y a, là comme dans le cas de l'assurance maladie, à recourir aux mutuelles ou aux assurances complémentaires privées. Cette assurance devra pourtant faire l'objet d'une grande attention car elle a une importance considérable : elle assure aux malades un confort matériel sans doute beaucoup plus important que le capital attribué au bénéficiaire désigné dans la plupart des contrats d'assurance-vie. Jusqu'à présent le caractère relativement rapide de l'évolution de la maladie chez l'individu faisait que les malades décédaient avant d'avoir à recourir à une pension d'invalidité. Mais, les progrès thérapeutiques actuels tendent justement à prolonger la vie des personnes atteintes. A terme le problème de la pension invalidité se posera donc. Les assureurs s'en préoccupent. Selon une intervention lors du séminaire restreint déjà mentionné, la charge des sinistres-invalidité dus au sida devrait s'accroître de 25% d'ici une dizaine d'années, à moins que les assureurs ne sélectionnent les proposant par rapport à ce risque précis¹⁰.

- L'assurance-vie est certainement le champ de l'assurance que l'apparition et la progression de l'épidémie du sida semblent avoir le plus déstabilisé.

En France, à l'instar de la majorité des pays industrialisés, l'assurance-vie recouvre des types de contrats très diversifiés. Les assureurs distinguent les contrats de « Grande Branche » des contrats « groupes ». Les premiers correspondent à l'image classique que l'on se fait de l'assurance-vie. Il s'agit de contrats souscrits par les individus auprès d'agents ou des représentants des sociétés d'assurances. Ces contrats ne représentent qu'un faible pourcentage autant en nombre qu'en volume de la totalité des contrats sur la vie souscrits. Encore faut-il distinguer au sein de cet ensemble, deux types de contrats, les contrats épargne, retraite, combinés ou vie entière dont les montants de garantie s'avèrent très faibles, en général inférieurs à 100 000 francs, et qui, de fait, s'apparentent plus à des formes d'épargne qu'à de l'assurance proprement dite. Dans la mesure

⁷ Ces prestations font l'objet d'un plafonnement.

⁸ Signalons enfin le fait que les remboursements concernent exclusivement les assurés sociaux. Le sida pose donc une nouvelle fois le problème de ceux qui échappent au système de la sécurité sociale. Cependant des palliatifs existent, dont celui de l'aide médicale gratuite ou le recours à la qualité d'ayant droit. Le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) apporte lui aussi une solution, en donnant la qualité d'assurés sociaux à ses bénéficiaires.

⁹ Plafond au 1er janvier 1988.

¹⁰ Sida et assurances des personnes, atelier sida animé par SCOR-VIE aux entretiens de l'Argus 1989, publication n°10/avril 1989, p. 6-7.

où les assureurs ne prennent pratiquement aucun risque sur de tels contrats, ils ne posent pratiquement aucune condition à la souscription.

Dans le secteur Grande Branche, c'est donc plutôt lors de la signature ou du renouvellement de contrats temporaires, signés pour des périodes allant en général de 15 à 20 ans à un taux de prime fixe, que les assureurs souhaitent obtenir le maximum d'informations sur l'état de santé d'un proposant, voire déterminer son appartenance à un groupe à risque. Il apparaît, selon un tableau transmis au Conseil par M. Peugeot, que le montant moyen du capital assuré des contrats souscrits de ce type est nettement supérieur aux précédents, soit de 400 000 francs, les montants supérieurs à cette somme représentant 30% des contrats et, ceux supérieurs à 1 000 000 francs, 6,4%. C'est sans nul doute sur ce type de contrat que l'assureur prend le plus de risques, notamment au regard du sida, puisqu'il s'engage pour une longue période durant laquelle, théoriquement, toutes les évolutions de la maladie sont envisageables, en particulier une grande croissance de la mortalité dans la population générale comme dans les portefeuilles des sociétés.

Pour souscrire un contrat d'assurance-vie Grande Branche, le proposant doit répondre à un questionnaire. Selon les sociétés et en fonction du montant de la garantie désiré il doit également remplir un questionnaire médical avec l'aide d'un médecin. Ce questionnaire constitue la pièce essentielle du dossier médical du proposant. Le médecin de l'assurance peut exiger à sa lecture des examens complémentaires, tels électrocardiogramme d'effort, examen sanguin, test de dépistage sérologique, etc... D'après les résultats de ces examens, le médecin de compagnie d'assurance indique si le proposant présente un risque aggravé au non, recommandant ainsi l'acceptation du contrat, avec ou sans surprime, ou son ajournement. Cette transmission d'informations doit se faire en principe dans le respect absolu du secret médical.

Lors de son audition devant le Conseil national du sida, M. Peugeot a fait remarquer à ce sujet que plus le montant de sa garantie augmentait, plus l'assureur tendait à s'entourer de précautions et à approfondir sa connaissance du proposant, en particulier de son état de santé. A partir d'un certain niveau, le dialogue entre le proposant et l'assureur prend rapidement l'aspect d'une véritable consultation médicale. M. Peugeot précisait que ce sont les sociétés de réassurance qui ont recommandé aux assureurs d'exiger un test sérologique à partir d'un seuil de 1 000 000 francs de montant de garantie. Il ajoutait que ce seuil paraissait élevé et qu'il était probable qu'il devrait être abaissé jusqu'aux alentours de 600 000 à 500 000 francs prochainement.

On peut estimer que le nombre total des contrats de ce type constitue 15% de la totalité des contrats d'assurance-vie. On notera que les assureurs ne semblent pas en mesure de fournir une évaluation du surcoût global de l'impact du sida sur cette forme d'assurance. M. Lallement a parlé devant le Conseil d'une augmentation de 50% de la mortalité à cause du sida dans la classe d'âge des 25-40 ans, – chiffre qui a surpris de nombreux conseillers par son ampleur. Faut-il en inférer que cette augmentation devrait se répercuter dans les mêmes proportions sur le montant des primes ?

Les autres contrats d'assurance-vie sont des contrats dits de groupes, appellation générique qui recouvre un ensemble supérieur au précédent en masse monétaire mais qui, en fait, renvoie à deux types de souscriptions bien distinctes, les unes liées au statut de salarié des individus, les autres à leur statut d'emprunteur.

L'immense majorité des salariés de notre pays est assurée sur la vie par le biais de son travail, au titre d'une garantie incluse dans une assurance complémentaire de prévoyance. Contrairement aux idées reçues, même les salariés des petites entreprises ont accès à ces types de garanties, proposés dans le cadre de conventions collectives signées par entreprises ou par branches. Différents organismes pratiquant l'assurance (mutuelles ou sociétés d'assurances) interviennent ici. Il est entendu que les montants de garantie sont en général relativement modestes, mais tel n'est pas nécessairement le cas, en particulier lorsque ces assurances s'adressent aux cadres supérieurs des entreprises¹¹. En ce qui concerne la prise de risque, le contrat de type entreprise présente de grands avantages pour l'assureur puisque son taux est réactualisable tous les ans. La répartition des coûts dus aux sinistres éventuels se faisant non pas dans le temps comme avec un contrat individuel mais sur l'ensemble des salariés d'une entreprise ou d'un réseau d'entreprises. A l'heure actuelle, résultat d'une vive concurrence entre sociétés pour obtenir ces marchés, les primes des contrats groupes sont à la baisse, ce qui n'est pas le cas pour la Grande Branche où elles sont stables. En règle générale, les questionnaires soumis aux proposant en vue de ce type de contrats sont beaucoup moins détaillés que ceux de la Grande Branche et, semble-t-il, jamais un test sérologique VIH n'a été jusqu'ici exigé.

L'autre type de contrats groupes concerne les assurances vie liées aux prêts bancaires ; ils sont donc souscrits par l'intermédiaire des banques, d'où leur classification dans la catégorie groupes. Le montant de garantie correspond au capital emprunté. En cas de décès, la société d'assurance paye à la banque le restant de l'emprunt non encore remboursé. On remarquera que dans ce cas, le montant de la garantie tend à diminuer régulièrement au fur et à mesure que l'assuré avance en âge et devient plus exposé aux risques de décès. Mais on remarquera également que ce type d'assurance prend un caractère quasi vital pour les personnes jeunes dans la période de leur existence où elles sont contraintes d'emprunter pour bâtir leur avenir et celui de leur famille en se lançant dans des opérations d'importance tel l'achat d'un véhicule ou d'un logement ou encore leur installation professionnelle dans le cas d'artisans et de certaines professions libérales. En dépit de son aspect

¹¹ Il est à noter d'ailleurs qu'à ce niveau ce type d'assurance peut rejoindre celui du contrat individuel Grande Branche, c'est-à-dire que l'assureur peut proposer un aménagement personnel des clauses, des primes et des montants à tel ou tel salarié en fonction de ses « besoins » particuliers.

collectif au regard des circonstances de la souscription, ce type de contrat renvoie d'une certaine manière aux contrats individuels Grande Branche, d'autant que les montants de capitaux empruntés peuvent parfois représenter des sommes du même ordre de grandeur. Dans quelle mesure les méthodes de sélection préconisées pour la Grande Branche ont-elles, ou auront elles, cours ici ?

Que les sociétés d'assurances s'inquiètent à propos de l'impact du sida sur leur portefeuille vie est parfaitement légitime. Le sida ne paraît toutefois pas devoir mettre en cause leur solvabilité, tout au plus risque-t-il d'affecter leur rentabilité financière, notamment en leur imposant d'augmenter leurs charges de provisionnement spécifique. Pour M. Peugeot, le sida représente avant tout un risque de développement, du fait d'une anti-sélection qui résulterait de comportements quasi frauduleux de la part des proposant, telle la souscription multiple. C'est là, à son sens, le principal danger que le sida fait courir aux sociétés d'assurances dans les prochaines années et sur lequel elles doivent se montrer particulièrement vigilantes.

LA DIMENSION EUROPÉENNE

Se pose également la question de l'espace économique européen qui, dans le cadre de la libre prestation des services, conduira à la confrontation de méthodes et de traditions fort différentes, sur un marché théoriquement unifié de l'assurance. La tradition des assureurs britanniques est par exemple beaucoup plus sélective que celle de leurs homologues français. Il semblerait en effet que dans ce pays le recours à des tests de dépistage sérologiques VIH et à des questions explicites sur la sexualité des proposant soit admis. Il existerait même des contrats d'assurance-vie avec clauses d'exclusion (si le décès est imputable au sida, l'indemnité ne serait pas versée), type de contrats impensable en France aujourd'hui compte tenu des impératifs de la préservation du secret médical.

M. Peugeot a admis que l'internationalisation du marché de l'assurance ne signifierait pas la suspension des lois de chaque pays, notamment au regard de la confidentialité ; il a toutefois insisté sur le fait que tôt ou tard les techniques, sinon même les idéologies les plus efficaces en termes de rentabilité financière, parce que les plus agressives du point de vue commercial et les moins contraignantes du point de vue déontologique, s'imposeront partout.

Un ensemble de directives européennes sur les assurances a fait l'objet récemment d'un accord politique par le Conseil des ministres de la CEE¹². En ce qui concerne l'assurance-vie, ces textes doivent entrer en application au plus tôt au 1er janvier 1993 ; ils ne comportent du reste aucune référence au sida ou à la séropositivité. On retiendra toutefois pour la présente discussion un de leurs principes fondamentaux : c'est la loi du pays de résidence du proposant qui prévaut dans les rapports entre les parties contractantes. Autrement dit, dans le cas où, par exemple, un assureur britannique ou allemand chercherait à s'implanter sur le marché français, il sera soumis aux mêmes règles que ses concurrents autochtones déjà en place. Il est à noter également que, si la réglementation française s'avérait être plus restrictive au regard des possibilités de sélection que celle des autres pays membres, les assureurs français ne seraient pas pour autant particulièrement exposés à l'éventuelle menace d'anti-sélection que constituerait l'intention de nombreuses personnes originaires de ces pays de venir s'assurer chez eux.

Enfin, il faut rappeler que des institutions européennes ont à plusieurs reprises insisté sur la nécessité de protéger les personnes séropositives de toute exclusion, soit en général, soit, précisément, dans le cadre de l'assurance.

Ainsi, en annexe de la recommandation (indexée N° R (87) 25) adoptée le 26 novembre 1987 (lors de la 81e session) du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, recommandation "concernant une politique européenne commune de santé publique de lutte contre le syndrome d'immunodéficience acquise (sida)" est écrit-il (article 2.2.1) que :

« aucun dépistage obligatoire ne devrait être introduit ni pour la population en général, ni pour des groupes particuliers ».

De même, le Parlement européen, lors de la séance du vendredi 26 mai 1989, a adopté un certain nombre de résolutions relatives à la lutte contre le sida. L'une d'entre elles (article 3, p. 4 du procès-verbal de la séance)

« demande aux États membres et à la Commission de prendre, dans le cadre de leurs compétences respectives, des mesures visant à mettre en place une réglementation qui interdise aux sociétés d'assurances de traiter différemment diverses catégories de la population, en ce qui concerne l'accès au remboursement des frais de maladie, à l'incapacité de travail et aux assurances-vie ».

Il est clair que, s'agissant d'un texte portant sur les problèmes liés au sida, les parlementaires européens visent ici, sous une tournure différenciatrice générique (« diverses catégories »), les personnes séropositives ou celles supposées appartenir à des groupes "à risque".

¹² Cf. Le Monde du 25 janvier 1990, p.12.

CONCLUSIONS DU CONSEIL NATIONAL DU SIDA

En l'état actuel de sa réflexion, le Conseil national du sida montre une préoccupation particulière à propos de quatre points essentiels au regard des assurances et des conséquences de l'épidémie du sida : (1) les questionnaires ; (2) les exigences de test de sérologie VIH lors de la signature du contrat ; (3) l'existence du fichier dit « des risques aggravés » et (4) les conflits au moment de l'exécution des contrats.

1) Nul doute que l'épidémie du sida suscite chez les assureurs un réflexe d'analyse en termes sociologiques, avec notamment la définition implicite ou explicite de « groupes à risque ». Le Conseil ne peut qu'être très préoccupé par les dérives dont un tel réflexe pourrait être le germe. Il redoute que les assureurs n'aient recours de plus en plus à des questionnaires comportant des références, explicites ou détournées, au style de vie ou à la sexualité.

2) Les assureurs revendiquent la liberté d'exiger du proposant un test sérologique VIH selon leurs propres choix stratégiques.

Pourtant plusieurs arguments – arguments d'ordre statistique, médical et juridique – conduisent à douter de l'utilité et de l'opportunité d'un test demandé dans ces conditions.

Le sida ne représente pas à l'heure actuelle une menace pour l'équilibre financier des sociétés d'assurances, ce que reconnaissent d'ailleurs les représentants de la profession auditionnés par le Conseil. Les estimations du ministère de la Santé font état actuellement d'un nombre probable de séropositifs compris entre 150 000 et 200 000 personnes en France, dont, au demeurant, on ignore la date de contagion. Selon les connaissances actuelles sur la maladie on peut penser que d'ici 1995 environ la moitié, soit 75 000 à 100 000 commenceront à avoir des problèmes de santé (50% dans les dix ans à partir de la date de contagion). Sur ce nombre combien sont demandeurs d'un contrat d'un montant de garantie de plus de 500 000 francs – seuil à partir duquel les assureurs estiment souhaitable un test de dépistage ? et surtout combien seront délibérément fraudeurs¹³ sur les millions de contrats signés ou renouvelés chaque année ?¹⁴

Disposer des résultats négatifs d'un test de dépistage ne prémunit évidemment pas les assureurs contre une séroconversion ultérieure du proposant, laquelle adviendrait durant la période où court le contrat. On se trouve confronté ici de nouveau à un dilemme, soit céder à la tentation sociologique, c'est-à-dire sélectionner ou exclure les proposants selon des critères sociologiques, soit s'engager dans une logique du test qui se transformerait inévitablement en une quête sans fin. Le sida étant une maladie sexuellement transmissible, l'assureur chercherait alors à connaître qui sont le ou les partenaires du proposant et, en définitive, à exiger d'eux également un test, ce qui, bien entendu, est impossible.

L'exigence d'un test de sérologie VIH de la part des assureurs n'est pas cohérent avec leur attitude face à d'autres risques de santé et aux examens médicaux disponibles afin de les détecter. Pour ne prendre qu'un exemple, on sait en effet qu'entre 50 et 60 ans environ une femme sur dix a un cancer du sein ou un cancer du col de l'utérus, ce qui représente 50 000 nouveaux cas chaque année, qui s'expriment sous diverses formes pathologiques. La grande majorité de ces affections sont curables, à la condition toutefois d'avoir été dépistées à temps. Exiger frottis vaginaux et mammographie lors de la signature d'un contrat serait autrement plus utile aux assureurs que d'exiger une sérologie VIH. Au vu de cette incohérence, le Conseil s'est demandé dans quelle mesure l'exigence de test de la part de l'assureur ne renvoyait pas plus à la dimension symbolique de la maladie qu'à sa réalité : dans le cas du sida, la population présumée à risque est celle des hommes jeunes entre 30 et 40 ans qui constitue le marché traditionnellement considéré comme étant celui par excellence de l'assurance-vie, alors que dans le cas des cancers du sein ou de l'utérus, la population des femmes âgées de 50 à 60 ans concernée au premier chef, représente certainement, peut-être à tort, une catégorie de la clientèle nettement moins valorisée aux yeux des assureurs.

Du point de vue médical, et plus particulièrement du point de vue d'une politique raisonnée de santé publique, l'exigence de test – et d'une façon plus globale l'exigence absolue de connaissance – dans le contexte de la souscription d'un contrat d'assurance-vie entre en contradiction avec la préservation de l'intérêt général. Le test ne doit pas être un outil de contrôle ni de ségrégation mais un outil de prévention et de responsabilisation personnelle. L'intérêt de chacun réside dans la connaissance de sa sérologie VIH afin d'adopter un comportement responsable vis-à-vis des autres mais aussi – par exemple dans le cadre de stratégies thérapeutiques récemment développées en direction des séropositifs asymptomatiques à « hauts risques » – afin de recevoir les meilleurs soins et d'espérer ainsi un allongement de sa vie sans dégradation notable de son état de santé. Dans ces conditions, l'acceptation par un individu de subir un test de dépistage, examen médical aux enjeux considérables, doit être l'aboutissement

¹³ Les assureurs ont d'autres moyens que l'exigence de test pour détecter la fraude, qui prend surtout la forme de la souscription multiple.

¹⁴ Il a été impossible au Conseil national du sida de disposer d'une compilation statistique du nombre global d'assurés sur le vie en France. La Direction des assurances lui a confirmé qu'une telle statistique n'existe nulle part. Après enquête, il a pu être estimé toutefois que, si l'on inclut les mutualistes du secteur public, plus de deux salariés sur trois sont couverts par des contrats collectifs, soit quelque 12 millions de personnes; que par ailleurs 4 millions de personnes ont souscrit un contrat de type Grande Branche. En revanche, l'estimation du nombre de contrats liés à l'emprunt reste impossible, sinon à le rapporter précisément au nombre d'emprunts en cours. Rappelons que, dans ce tableau, les différents types de contrats ne sont pas exclusifs les uns des autres mais, pour probablement la majorité des individus, cumulatifs.

d'un dialogue de confiance avec un médecin. Aussi le recours au test dans un contexte, banalisé, de non-prévention risque-t-il de ruiner à terme l'image volontaire et la connotation positive que les pouvoirs publics se sont efforcés de lui conférer avec succès jusqu'à ce jour.

Du point de vue juridique, dans le cas où les assurances obtiendraient formellement le droit de subordonner la conclusion d'un contrat au résultat d'un test de sérologie VIH, le Conseil national du sida redoute deux effets, l'un par rapport à l'assurance elle-même, l'autre intéressant l'ensemble de la société. Premièrement, une fois le principe du test admis, toutes les sociétés seront progressivement amenées à s'aligner sur celles qui le pratiquent pour ne pas supporter seules les risques les plus importants. Le test sera alors systématiquement « proposé », c'est-à-dire qu'il deviendra de fait obligatoire pour souscrire une assurance, même d'un montant limité. Deuxièmement, ce droit accordé aux assureurs constituera inévitablement un précédent auquel pourront se référer d'autres instances publiques, parapubliques ou privées (employeurs, établissements d'enseignement ou de soins, clubs sportifs, prestataires de services, etc.) pour formuler une exigence similaire. Le Conseil ne pense pas que la situation de l'assurance soit à tel point menacée que se justifie la prise d'un pareil risque pour l'ensemble de la société civile. Il rappelle à ce propos que les pouvoirs publics sont parvenus à défendre une éthique volontariste du recours au test face à des campagnes d'opinion qui préconisaient des mesures systématiques en la matière. Il serait regrettable que l'incontestable acquis pédagogique de cette politique soit remis en cause par la recherche d'un intérêt privé immédiat.

En conclusion, au regard de la question du test de dépistage de sérologie VIH, le Conseil national du sida constate qu'actuellement les assurances ne sont pas réellement menacées mais qu'en revanche les libertés individuelles le seraient si les sociétés d'assurances étaient autorisées à avoir recours à ce moyen de sélection des postulants. Ce qui est vrai pour des assurances vie individuelles de type Grande branche, l'est plus encore pour les assurances-groupes, véritable complément du système de sécurité sociale dans notre pays.

En prenant cette position, le Conseil national du sida a conscience d'être en accord avec les textes internationaux cités précédemment et avec la recommandation N°R (89) 14 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe adoptée le 24 octobre 1989 (lors de la 429e réunion des Délégués des Ministres) et consacrée aux « Incidences éthiques de l'infection VIH dans le cadre sanitaire et social ». Cette recommandation déclare en ses articles 4 et 5 que le Comité est

« conscient en particulier des problèmes éthiques dans le cadre sanitaire et social découlant de la nécessité d'assurer un équilibre entre les droits et les devoirs de l'individu et ceux de la collectivité dans la lutte contre l'infection »

de même qu'il est

« convaincu que le respect des droits fondamentaux et des droits sociaux des individus contaminés par le virus VIH et les malades atteints du Sida est indispensable à la réussite d'une politique de santé publique visant la prévention ».

En ce qui concerne le dépistage systématique (annexe à la Recommandation) il est écrit (article 29) que :

« en l'état actuel des connaissances et en l'absence de traitement curatif, (il faut) considérer le dépistage systématique comme non conforme à l'éthique et contraire aux droits des individus s'il est effectué automatiquement sur les groupes de populations sans consentement éclairé et sans prestation de conseils, étant donné qu'en transgressant les principes d'autonomie et d'intégrité corporelle, il constitue une intrusion dans le vie privée et risque de provoquer d'importances conséquentes sur les plans psychologique, social et financier des individus ».

L'avis du Conseil national du sida demandant aux pouvoirs publics d'interdire aux assureurs de subordonner la conclusion d'un contrat au résultat d'un test de dépistage sérologique VIH devra toutefois être soumis à un nouvel examen dans un délai de deux ans. Cette nouvelle considération du problème se fera à la lumière de plusieurs éléments, notamment de l'évolution de la maladie et de l'observation de ses éventuelles conséquences sur les comptes de sociétés d'assurances, de même qu'aux modifications du marché qui résulteraient de son européanisation. Cependant puisqu'à l'heure actuelle les assurances refusent de couvrir un postulant dont elles connaissent la séropositivité – ce qui revient à une forme d'exclusion –, un autre élément sera certainement déterminant aux yeux du Conseil national du sida lors de sa reprise du dossier. Il s'agira des propositions qu'auront formulées d'ici là les métiers de l'assurance afin de proposer des solutions techniques acceptables (surprimes accessibles à des budgets moyens, contrats temporaires, etc...) qui permettent de répondre aux besoins d'assurance qu'une personne séropositive peut légitimement éprouver, à l'instar de n'importe quel autre citoyen de ce pays.

Enfin s'il advenait que l'épidémie du sida prenait une extrême ampleur, le Conseil national du sida se prononcera en faveur d'une intervention des pouvoirs publics afin qu'ils relaient les sociétés d'assurances dans ce qui devra alors être la mise sur pied d'un véritable programme de solidarité nationale.

3) Le Conseil national du sida se montre extrêmement préoccupé par l'existence du fichier dit "des risques aggravés" dont le maître d'oeuvre est La Réunion des Sociétés d'assurances sur la Vie. Le Conseil craint l'usage abusif qui pourrait être fait de cet instrument contenant à l'évidence des données particulièrement sensibles. Cette difficulté dépasse d'ailleurs celui du sida, c'est la raison pour laquelle le Conseil se propose de demander au Conseil national d'éthique et à la CNIL (Commission nationale sur

l'informatique et les libertés) d'engager une réflexion commune sur l'ensemble des problèmes soulevés par la pratique des questionnaires.

4) Le Conseil est attaché, comme l'est le législateur¹⁵, à ce qu'en cas de conflit entre l'assureur et l'assuré (ou ses ayants-droit), soit lors de l'exécution du contrat (refus d'indemniser de la part de l'assureur), soit au cours de sa validité (velléité de dénonciation de la part de l'assureur), il appartienne bien à l'assureur de faire la preuve du délit ou de la fraude. L'objet du conflit porte en règle générale sur l'état de santé de l'assuré à la date où le contrat a été signé. L'assureur doit justifier son attitude et dévoiler l'origine des informations qui la motivent, étant entendu que celles-ci ne peuvent en aucun cas avoir été obtenues en violation du secret médical.

¹⁵ L'alinéa de l'Article 3 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 « renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques » rappelle également cette obligation.