



LA CONTRIBUTION DE L'ASSURANCE EMPRUNTEUR À LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION BANCAIRE ET SES LIMITES

PIERRE BAUDEZ*

En demandant à un médiateur plutôt qu'à un assureur de traiter de la contribution de l'assurance emprunteur à la lutte contre l'exclusion bancaire, les coordinateurs de ce numéro spécial n'ont sans doute pas souhaité initier le lecteur aux techniques actuarielles de tarification et autres secrets de fabrication de ces engagements à long terme. Oubliant à dessein que l'assureur n'a d'autre client que le prêteur, c'est à un témoin permanent des plaintes et réclamations de l'emprunteur qu'ils ont demandé de dire comment l'assurance peut faciliter l'accès au crédit et parfois lui faire obstacle.

L'inventaire des risques couramment assurés est connu. Il faut l'éclairer par un bref rappel des règles fondamentales de l'assurance et lui donner sa dimension par rapport au nombre de prêts en cours. Mais ce ne sont là que des réponses théoriques et générales à la question posée.

Je ferai donc référence à mon expérience de médiateur pour tirer la leçon des cas individuels des emprunteurs, expliquer pourquoi on ne peut exclure l'exclusion sans remplacer parfois un mal par le pire, chercher enfin comment réduire l'exclusion sans effets pervers.

Je remercie sans les nommer les professionnels des assurances collectives auxquels je dois ma propre information sur leurs capacités de réponse à la demande. Une demande dont il faut souligner d'entrée de jeu les ambiguïtés, car les exigences et les choix des prêteurs, souscripteurs des contrats en assurance de groupe, ne reflètent pas nécessairement les besoins et les attentes des emprunteurs, payeurs des cotisations et éventuels bénéficiaires des prestations.

Certes, l'emprunteur peut s'assurer sans l'intervention du prêteur par un contrat directement souscrit auprès d'un assureur de son choix et ce contrat peut être individuel et sur mesure. Nos voisins européens ont pour la plupart recours à cette solution, le contrat de l'emprunteur pouvant être conçu de telle sorte qu'il permette de rembourser le capital emprunté et puisse être présenté au prêteur comme un gage. Mais ces contrats indivi-

* Médiateur, Fédération française des sociétés d'assurance.



duels sont souvent limités à la garantie en cas de décès. En France, la très grande majorité des prêts sont couverts par adhésion des emprunteurs à des contrats collectifs qui ajoutent à la garantie en cas de décès des garanties en cas d'incapacité, invalidité et, dans une moindre mesure, perte d'emploi.

En théorie et hors de France, assurance emprunteur et assurance de groupe ne sont pas synonymes. Dans notre pays, qui dit assurance emprunteur pense assurance de groupe et les formules individuelles ne s'imposent aujourd'hui que par leurs différences et leur capacité à faire exception.

ASSURER L'EMPRUNTEUR RASSURE LE PRÊTEUR

Si les garanties contre les risques de perte d'emploi et d'incapacité temporaire de travail sont toujours facultatives et présentées comme un service supplémentaire proposé par le prêteur à son client, rares sont les prêts immobiliers consentis sans assurance en cas de décès.

De toutes les garanties pratiquées, l'assurance en cas de décès est donc la seule nécessaire à l'obtention du crédit, la seule qui puisse donc lui faire obstacle si le risque n'est pas accepté par l'assureur¹.

Le prêteur, qui connaît au moins l'âge de son client sinon son état de santé peut, le premier, faire de cet âge un critère d'admission ou d'exclusion. Mais en transférant à l'assureur les risques d'impayé par décès de l'emprunteur, il lui délègue la décision d'admettre ou d'exclure le demandeur de crédit.

Face à un effectif limité de candidats à l'emprunt, le prêteur serait contraint, s'il était son propre assureur, de placer assez bas la limite d'âge, sa marge d'incertitude étant d'autant plus forte que les segments par tranches d'âge seraient peu nombreux. Il ne pourra être certain de la solvabilité d'un groupe d'emprunteurs que s'il les a sélectionnés grâce à un scoring efficace, ce qui implique d'assez fréquentes exclusions. Prêter au-delà de cette sélection relèverait du pari si l'emprunteur hors normes n'offrait pas des garanties, qu'il s'agisse des cautions, de l'hypothèque ou de l'assurance.

En mutualisant non seulement les risques de décès des clients d'un même prêteur mais également ceux de plusieurs établissements de crédit, l'assureur réduit la marge d'incertitude et la fréquence des exclusions.

Cependant, à la différence de l'hypothèque ou de la caution, auxquelles le prêteur aura recours quelle que soit la cause du non paiement des mensualités, le risque d'impayé ne peut être couvert par une assurance que si l'insolvabilité de l'emprunteur a pour cause un événement aléatoire. Au décès, déjà cité, s'ajoutent les conséquences invalidantes, temporaires ou permanentes, de la maladie ou de l'accident, ainsi que la perte de l'emploi.

Un risque peut être certain avant même d'être réalisé. Assurable si la date de sa réalisation est aléatoire - c'est le cas du décès -, il ne peut l'être si cette date est elle-même certaine. Le meilleur exemple est celui du contrat à durée déterminée qui ne s'accompagne pas nécessairement d'une promesse de renouvellement et encore moins de transformation en CDI. La cessation d'un emploi temporaire est bien une certitude.

Dans un passé encore récent, plusieurs litiges étaient nés du refus de prise en charge des mensualités d'un prêt à la fin d'un CDD non renouvelé, alors que l'emprunteur était titulaire d'un CDI le jour de son adhésion au contrat et avait accepté le CDD à la suite de son licenciement. En pareil cas, les assureurs considèrent désormais que la période d'activité à durée déterminée n'a fait qu'interrompre la garantie à laquelle le licenciement ouvrait droit, celle-ci reprenant son cours à la fin du CDD.

La définition même du risque évolue. Le véritable risque auquel sont exposés l'emprunteur et, par ricochet le prêteur, se mesure à la durée d'inactivité qui fera suite au licenciement. S'ils conditionnent toujours la garantie à l'événement aléatoire qu'est le licenciement, certains contrats récents définissent la prestation en fonction de la perte de revenus, justifiée par l'assuré. A l'initiative de certains prêteurs et assureurs, la prestation strictement financière est même complétée par une aide à la recherche d'emploi.

Si le risque de perte d'emploi est considéré comme aléatoire et pesant également sur tous les membres du groupe assuré, la probabilité de retrouver avant le terme du prêt un revenu suffisant pour payer les mensualités est à la fois inégale selon les assurés et très dépendante du comportement de chacun. Plus l'assuré se révèle actif dans sa recherche, plus on peut considérer comme aléatoire la durée de son chômage. Plus il est passif, moins on peut admettre qu'elle constitue un risque assurable.

Le risque peut être aléatoire mais avec des degrés variés de probabilité, celle-ci évoluant jusqu'à la quasi certitude de réalisation du risque et la disparition de l'aléa.

L'exemple le plus médiatisé est celui du sida, maladie jusqu'à présent incurable et mortelle à plus ou moins brève échéance, mais précédée d'une phase de séropositivité dont la durée, variable selon les individus et selon l'évolution des thérapeutiques, s'avère en fin de compte imprévisible. Risque quasi certain, aujourd'hui, en cas de sida déclaré. Risque aggravé mais qui demeure aléatoire en cas de séropositivité.

Quelle que soit sa probabilité de réalisation, tout risque demeure assurable tant qu'il n'est qu'aggravé. En revanche, s'il fallait assurer un risque certain, la cotisation demandée à l'assuré devrait peser le même poids que la prestation garantie. Même étalée sur deux ou trois ans, si la réalisation de ce risque n'était pas immédiate, ce ne serait plus une opération d'assurance, ce serait de l'amortissement. Pour que l'assureur puisse se substituer à l'emprunteur en difficulté, après avoir perçu des cotisations qui se comptent en millièmes des enjeux assurés, il faut bien qu'une majorité des risques couverts ne se réalisent jamais. Et pour que chaque emprunteur accepte de cotiser, il faut que cette assurance lui paraisse aussi utile à lui qu'aux autres, c'est-à-dire qu'il ait conscience d'être exposé aux risques et de ne pas payer seulement pour les autres.

Dès lors que l'assureur est capable de gérer des ensembles de risques plus nombreux que ne le pourrait le prêteur, il fait reculer les frontières de



l'exclusion. Il en est d'autant plus capable qu'il se réassure et que la réassurance mutualise entre eux les risques des assureurs.

Peut-on, pour autant, espérer réduire l'exclusion aux seuls risques dont la réalisation est avérée certaine à bref délai ? Non, car l'équilibre économique de l'opération d'assurance peut être compromis si l'affluence des porteurs de risques à forte probabilité, obligeant l'assureur à réviser ses tarifs à la hausse, entraîne la fuite des porteurs de risques à faible probabilité. En baptisant ce phénomène « *antisélection* », les assureurs expriment explicitement l'obligation où ils se trouvent de sélectionner dès lors que l'assurance est facultative.

Un phénomène d'antisélection affecte depuis quelques années l'assurance perte d'emploi, les sociétés d'assurances étant touchées à des degrés divers. Le rapport du Comité consultatif du Conseil national du crédit, exercice 1996-1997 constatait le déséquilibre financier de cette branche et l'expliquait ainsi : « tous les emprunteurs ne sont pas concernés et, parmi ceux qui le sont, s'assurent principalement les personnes exposées aux risques les plus lourds ». Les travaux préalables de la Commission consultative de l'assurance avaient permis d'évaluer à 10 % seulement des emprunteurs les souscripteurs de cette garantie, les professionnels estimant qu'il faudrait tripler la diffusion de la garantie perte d'emploi pour rétablir l'équilibre.

SOLIDARITÉ OU JUSTE PRIX ?

216

Exerçant leur activité sur un marché concurrentiel, les assureurs ne peuvent se montrer compétitifs et néanmoins solvables qu'en sélectionnant les risques sur lesquels ils s'engagent. Mais sélectionner ne veut pas dire rejeter. Il s'agit de répartir des risques de gravité différente dans des groupes suffisamment homogènes pour qu'au sein de chaque groupe l'individu paye le juste prix de son risque.

Si la sélection médicale peut entraîner l'exclusion de certains porteurs de risques, elle permet aussi aux assureurs d'acquérir une connaissance statistique suffisante des risques propres à certains facteurs de vulnérabilité tels que l'âge ou certaines affections déclarées.

C'est ainsi que les assureurs de groupe sont aujourd'hui capables de proposer à des diabétiques, à des seniors, dans le cadre de contrats collectifs spécifiques, des garanties dont la tarification pourrait être prohibitive en assurance individuelle. Dans le contrat spécifique destiné aux diabétiques, 95 % des personnes candidates à l'assurance emprunteur sont acceptées.

Tout prêteur était déjà en mesure de proposer l'adhésion à l'assurance décès à son client jusqu'à 70 ans et ce dernier la paiera généralement le même prix quel que soit son âge. L'assurance emprunteur est aujourd'hui accessible aux septuagénaires dans le cadre de contrats de groupe spécifiques, l'adhésion étant proposée à partir de 60 et jusqu'à 80 ans, la garantie en cas de décès pouvant rester acquise jusqu'à 85 ans. Il n'est cependant pas certain que tous les établissements de crédit soient actuellement en mesure de proposer l'adhésion à un contrat de ce type.

De telles pratiques évitent l'exclusion sans échapper à la critique des partisans d'une solidarité totale, adversaires de toute discrimination. Les exigences et les conduites de solidarité ne sont pourtant pas compatibles avec les exigences et les conduites de consommation auxquelles l'offre est bien obligée de s'adapter si le marché est libre et concurrentiel.

Une enquête de l'Institut national de la consommation, publiée par *50 Millions de consommateurs* dans un hors-série de janvier-mars 1989 révélait cette incohérence entre le souhait de solidarité et la quête du juste prix, à la lumière de deux réponses des lecteurs de cette publication.

Ils étaient 73 % à trouver anormal que les jeunes conducteurs payent leur assurance auto deux à trois fois plus cher que leurs aînés et 72 % à refuser de payer plus cher pour éviter aux jeunes conducteurs cette tarification discriminante.

Cette exigence du consommateur d'assurance automobile ne se rencontre pas - du moins pas encore - en matière d'assurance emprunteur. L'assurance de groupe, souscrite par le prêteur et à laquelle adhère son client organise une mutualisation des risques plus proche de la solidarité entre les emprunteurs que de l'ajustement tarifaire. La plupart des contrats en cours prévoient une tarification uniforme pour tous les emprunteurs acceptés, quel que soit leur âge et leur sexe, alors qu'à dix ans de différence d'âge correspond un doublement de la probabilité de décès et que l'écart est de 8 ans entre l'espérance de vie d'un homme et celle d'une femme. Non seulement les cotisations sont nivelées de manière à rester constantes pendant toute la durée du prêt, mais leur taux est uniforme pour tous les assurés répondant aux critères d'acceptation par l'assureur, et, à la seule exception de celle correspondant à la garantie perte d'emploi, ces cotisations sont fixées une fois pour toutes lors de l'adhésion et, sauf acceptation préalable de l'emprunteur, ne pourront être modifiées ultérieurement (article L 312-9,2° du Code de la consommation).

Pour l'assureur qui, dans de nombreux cas, apporte non seulement la garantie en cas de décès et de perte totale et irréversible d'autonomie², imposée par le banquier pour les prêts immobiliers, mais des garanties en cas d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité permanente partielle, l'équilibre s'établit dans la durée entre des risques dont le coût moyen (fonction du capital restant dû) diminue en même temps que la probabilité de réalisation s'accroît.

Si l'on observe une solidarité de fait, au sein du groupe assuré, entre jeunes et moins jeunes, hommes et femmes, professions abritées et professions exposées, il faut reconnaître que cette solidarité joue dans un cercle plus ou moins fermé, compte tenu des critères d'admission imposés en premier lieu par le banquier, en second lieu par l'assureur.

Cette solidarité a été acceptée jusqu'à présent par la grande majorité des emprunteurs, que l'assurance leur soit imposée (prêts immobiliers) ou seulement proposée (crédit à la consommation). Dans son rapport sur l'assurance de groupe des emprunteurs (juillet 1996), la Commission con-

sultative de l'assurance constatait que « 90 % des emprunteurs prennent l'assurance de groupe qui leur est proposée par le prêteur ou le vendeur » pour se garantir contre le risque de décès.

Le comportement des emprunteurs est ici moins consumériste qu'en matière d'assurance automobile.

ASSURÉS SANS LE VOULOIR, ASSURÉS SANS LE SAVOIR

Il ressort d'une étude récente de l'Observatoire Cetelem (octobre 1999) que « la démarche comparative est rare dans les comportements de souscription » d'un crédit à la consommation ; l'un des obstacles rencontrés étant « une certaine incapacité des consommateurs à calculer eux-mêmes le coût global de leur crédit ».

Si les données sont plus précises (TEG, tableau d'amortissement), les interlocuteurs plus qualifiés (personnel bancaire) et les enjeux plus importants quand il s'agit de prêts immobiliers, la démarche comparative entre les prêteurs est également rare. *A fortiori*, elle l'est encore plus entre les assureurs susceptibles de garantir le prêt.

L'assurance est un service accessoire au crédit, lui-même accessoire à la transaction immobilière. Sa nécessité (garanties imposées par le prêteur) ou son utilité (garanties proposées) ne sont souvent découvertes qu'à l'occasion de l'opération de crédit et seulement lorsque tout est décidé. Editeur de nombreuses brochures d'information pratique, le Centre de documentation et d'information de l'assurance avait fait mesurer, lors d'une enquête effectuée en 1993 (« Répondre aux attentes d'information des assurés »), l'intérêt accordé par un échantillon représentatif de la population aux différents thèmes traités. Classé 1^{er} : « Comment être indemnisé après un accident de la circulation ? ». Classé 23^{ème} : « Les assurances demandées quand on emprunte ».

Plus récemment, un hebdomadaire spécialisé³ présentait les résultats d'un sondage effectué à l'initiative d'un assureur et soulignait la faible fréquence de négociations sur le volet assurance. Plus significatif encore de la méconnaissance de cette assurance : « à peine plus d'un souscripteur sur deux sait que son assurance de prêt le garantit en cas de décès ».

C'est en fait la baisse des taux du crédit qui attire progressivement l'attention des emprunteurs sur le coût de l'assurance. En juillet 1996, dans son rapport sur l'assurance de groupe des emprunteurs, la Commission consultative de l'assurance observait que « le coût total de l'assurance peut représenter jusqu'à 20 % du coût total du crédit : ainsi, pour un emprunt de 500 000 F sur 15 ans à mensualités constantes et à taux d'intérêt global hors frais de 8 %, un coût d'assurance décès-invalidité et chômage de respectivement 0,45 % et 0,60 % du capital emprunté représente 1,49 point de TEG, soit 15 % du coût total dit crédit, assurance comprise ».

Les taux du crédit immobilier ayant encore baissé depuis cette observation, l'incidence du coût de l'assurance n'en est que plus sensible.

Les comparatifs sont alors bienvenus dans les colonnes des journaux, tant à leur propre initiative qu'à celle d'organisations de consommateurs ou de courtiers. Les comparaisons les plus récentes mêlent les contrats individuels et les contrats de groupes (*Budget & Droits* avril-mai 1999, *Le Figaro Economie*, 20 décembre 1999). Elles mettent ainsi en évidence qu'avant la trentaine, l'emprunteur paiera moins cher l'assurance de son prêt grâce à un contrat individuel tarifé sur mesure, que s'il adhère au contrat de groupe proposé par le prêteur.

A contrario, l'assurance de groupe lui coûtera moins cher dès qu'il atteindra la quarantaine. On voit déjà apparaître sur le marché des offres de contrats individuels d'assurances emprunteurs, nécessairement ciblées sur les jeunes. En assurance de groupe, certaines sociétés mettent en oeuvre des solutions médianes, abandonnant le tarif uniforme pour des taux adaptés à l'âge de l'emprunteur.

Des deux formes d'assurance, l'individuelle et la collective, laquelle oblige davantage à sélectionner les risques ? Quelle est la plus génératrice d'exclusions ? Compte tenu des phénomènes déjà décrits de l'antisélection, ce sera nécessairement l'assurance individuelle dont la souscription résulte d'un choix réfléchi et motivé de l'emprunteur. Réfléchi parce qu'il a fait son marché ; mais motivé parce qu'il est conscient, plus que d'autres, des risques dont il demande la couverture. Après comparaison dans le temps de deux cohortes différemment motivées pour s'assurer, l'observation révèle que la plus motivée des deux était aussi la plus exposée car c'est elle qui présente la plus forte fréquence de sinistres. Une des sociétés *leaders* en matière d'assurances emprunteurs observait en 1994 que l'entrée en chômage était plus fréquente chez les emprunteurs qui avaient demandé cette garantie en cours de prêt que chez ceux qui l'avaient acceptée à la souscription. Ainsi s'explique qu'il soit devenu quasiment impossible aujourd'hui d'obtenir cette garantie en cours de route après l'avoir refusée au départ.

Le manque de maturité de l'emprunteur français, constaté par l'Observateur Cetelem, la relative passivité dont il fait preuve, face au banquier ou au vendeur à crédit qui lui imposent ou lui proposent d'adhérer à une assurance, ont une contrepartie positive : permettre de recruter pour l'assureur un ensemble de risques, *a priori* bien préservé des phénomènes d'antisélection, et dont la gestion sera d'autant moins coûteuse que ces risques feront l'objet d'une tarification standardisée sinon absolument uniforme.

Ce sont pourtant la réduction des coûts ainsi que la standardisation de la tarification et de l'acceptation des risques qui peuvent générer des phénomènes d'exclusion.

ENGAGÉS SANS S'ÊTRE JAMAIS RENCONTRÉS

Alors qu'il est nécessaire pour l'assureur de connaître le risque qu'il accepte et que le législateur, reconnaissant cette nécessité, fait obligation à l'assuré de le déclarer, le premier facteur de réduction des coûts est l'écono-



mie du dialogue assureur/assuré. Non seulement ils ne se rencontrent pas, mais aucun échange direct de questions et de réponses n'est organisé entre eux, pas même sur le web ou le minitel. C'est par écrit que l'emprunteur s'acquitte de ses obligations déclaratives.

Du côté de l'assureur, la nécessité de se montrer compétitif l'oblige à faire l'impasse sur une quête trop exigeante d'informations sur l'état de santé du candidat à l'assurance. L'examen médical est réservé, selon les assureurs, à des prêts égaux ou supérieurs à 1 000 000 F. Pour les moins de 40 ans certains contrats portent même ce seuil à 2 millions.

Dans la majorité des cas, en crédit immobilier, et dans la quasi totalité des cas, en crédit à la consommation, la déclaration du candidat à l'assurance n'est même pas transmise à l'assureur. L'acceptation est automatique dès lors qu'il satisfait aux critères d'assurabilité convenus lors de la mise au point du contrat de groupe entre la société d'assurances et l'établissement de crédit, souvent par les soins du courtier d'assurances. Encore faut-il préciser que cet emprunteur est seulement censé satisfaire aux critères d'assurabilité, l'assureur ne pouvant que se fier à ses déclarations.

Si du côté de l'assureur, il est nécessaire d'arbitrer entre les objectifs techniques de meilleure connaissance du risque et les objectifs commerciaux, du côté des établissements prêteurs, les objectifs de productivité et les objectifs commerciaux s'additionnent.

Le prêteur n'a pas intérêt à sensibiliser trop tôt son éventuel client aux problèmes d'assurance, si des problèmes sont à prévoir. La tentative commune de l'Association française des banques et du CDIA⁴, lancée en 1994, de faire distribuer par le réseau bancaire un dépliant d'information générale sur les assurances emprunteurs a tourné court. Officiellement, 50 000 exemplaires de ce dépliant auraient été commandés par l'AFB par des banques adhérentes. On peut douter qu'ils aient jamais été mis en place sur les présentoirs des agences. Je peux personnellement témoigner que, dans une grande banque AFB, ni les responsables du service assurances ni ceux des relations avec la clientèle n'en avaient eu connaissance.

C'est généralement lors de la signature de l'offre préalable que l'emprunteur est invité à signer également la demande d'adhésion à l'assurance et à s'acquitter de ses obligations déclaratives vis-à-vis de l'assureur.

J'ai rarement constaté, à l'examen des dossiers litigieux instruits dans le cadre de la médiation, un décalage dans le temps entre la signature de l'offre et celle de la déclaration de santé. Dans la quasi totalité des cas, les demandeurs de médiation, dont on ne peut présumer qu'ils soient tous de mauvaise foi, affirmaient avoir signé en même temps l'offre de prêt, la demande d'adhésion à l'assurance et la déclaration de santé, en face à face avec le prêteur ou le vendeur à crédit.

Il y a bien échange d'informations entre l'assureur et l'assuré, mais il se réduit à peu de choses. L'article L113-12 du Code de la consommation stipule que « Lorsque l'offre préalable est assortie d'une proposition d'assu-



rance, une notice doit être remise à l'emprunteur, qui comporte les extraits des conditions générales de l'assurance le concernant, notamment les nom et adresse de l'assureur, la durée, les risques couverts et ceux qui sont exclus ». J'ai plusieurs fois dénoncé le manque de lisibilité de certaines de ces notices, imprimées pour des raisons évidentes d'économie, sur un tiers de page en corps 6 et sans un alinéa. Mais il ne suffit pas qu'une information soit lisible pour être lue. La notice la plus lisible que je connaisse, imprimée en corps 8 sur deux pages et en deux couleurs, compte 4 500 mots.

Quand on sait que 70 % des Français sont incapables de lire plus de 10 000 mots à l'heure, on en conclut qu'il faudrait 25 minutes, à l'emprunteur qui n'a pas fait d'études supérieures ni suivi de stages de lecture rapide, pour assimiler le contenu de la notice. Il n'en sera pas moins invité à signer une déclaration selon laquelle il reconnaît avoir reçu et pris connaissance de la notice, voire d'en avoir approuvé les termes, avant même de signer sa demande d'adhésion.

C'est aussi le texte de cette notice qu'on lui opposera si, par exemple, il a dépassé 55 ans le jour de son licenciement et se trouve dès lors exclu du groupe d'emprunteurs assurés contre ce risque.

Quant à ses obligations déclaratives, tout sera fait pour que leur exécution soit aussi facile et rapide que possible.

En dessous d'un certain âge, 50 ans par exemple, ou d'un certain montant, 200 000 F par exemple, le demandeur d'assurance est dispensé de répondre à un vrai questionnaire. Mais il signe une déclaration qui l'engage et lui vaudra d'être accepté par l'assureur s'il en ressort qu'il est présumé conforme aux normes du groupe assuré. Depuis la loi du 31 décembre 1989, l'assureur doit poser des questions précises, l'article L11'2-3 du Code des assurances lui interdisant de « se prévaloir du fait qu'une question exprimée en termes généraux n'a reçu qu'une réponse imprécise ». Demander à l'emprunteur de se déclarer en bonne santé serait poser une question en termes généraux. Lui demander de signer une déclaration négative attestant que son passé est vierge de tout événement tel qu'arrêt de travail, octroi d'une pension d'invalidité ou traitement médical de longue durée confère à la demande d'information de l'assureur la précision nécessaire et limite les effets de la subjectivité du déclarant, qui se croit généralement en meilleure santé qu'il ne l'est.

Au-delà des seuils négociés entre l'assureur et le prêteur, ou si l'emprunteur se refuse à signer une déclaration non conforme à la réalité dont il est conscient, ce dernier sera invité à remplir un questionnaire, voire seulement à le signer. Ce n'est pas pour rien que certains imprimés comportent la mention : « A remplir de la main de l'adhérent ».

*POUR CONNAÎTRE LE RISQUE PROPOSÉ, L'ASSUREUR
NE PEUT COMPTER QUE SUR L'EMPRUNTEUR*

Le prêteur est nécessairement moins motivé que l'assureur, et le vendeur à crédit moins encore⁵, pour obtenir de l'emprunteur des réponses sincères,



précises et complètes, que ce soit par des mises en garde, peu commerciales, contre les sanctions possibles en cas de fausse déclaration, ou en invitant l'emprunteur à emporter le questionnaire chez lui pour prendre le temps de la réflexion et consulter ses dossiers ou son médecin.

La première cause des déclarations incomplètes est bien connue des organismes qui effectuent périodiquement les enquêtes sur la morbidité des Français. Ils doivent en effet tenir compte d'un taux d'oubli parfois surprenant mais qui, dans le cadre de telles enquêtes, ne peut relever de la mauvaise foi. Lors de la dernière enquête nationale de 1991, le Credes⁶ a précisément mesuré les écarts entre la déclaration sincère et la réalité. La réalité était le pronostic effectué par des médecins à partir d'une analyse objective des données recueillies sur les individus composant l'échantillon. Pour 16 % d'entre eux, soit un effectif extrapolé de quelque 4,5 millions de Français âgés de 25 à 65 ans, les médecins avaient pronostiqué un risque possible sur le plan vital. Or plus de la moitié de cette population à risque, si l'on extrapolait de même les réponses de l'échantillon, se déclarait sincèrement en bon ou très bon état de santé.

Pour pallier cet obstacle à leur collecte d'informations, les assureurs substituent à des questions qui font appel à l'opinion du déclarant d'autres questions auxquelles la consultation de son agenda ou de ses dossiers de prestations sociales permettrait de répondre objectivement s'il en avait le temps. Le meilleur remède a été préconisé par la Commission consultative de l'assurance dans son rapport de 1996 : c'est l'instauration, pour les questionnaires de santé des prêts immobiliers, d'un « délai de réflexion de 48 heures ». Certaines banques l'ont déjà mis en pratique. Le Conseil national du sida l'a récemment recommandé, pour une autre raison, le respect de la confidentialité nécessitant à son avis que le questionnaire de santé devienne « un document toujours séparé matériellement du reste du dossier d'assurance, ou d'assurance et de prêt s'il y a lieu », soit « rempli toujours hors la présence d'un tiers lié à l'établissement de crédit ou de l'assurance » et soit « toujours renvoyé directement sous enveloppe cachetée par la poste ordinaire à un service de médecin conseil d'assurance, et ce, dans un délai de 24 ou 48 heures ».

Une deuxième cause d'omissions dans les déclarations doit être recherchée dans les outils de l'interrogation, d'une infinie variété. Autant de contrats de groupe, autant de formules et formulaires. Autant de litiges traités en médiation, autant de modèles différents, et autant de sujets de contestation. En la matière, le zéro défaut est inaccessible car l'interrogation écrite ne peut remplacer le questionnement oral du médecin. Voici quelques exemples révélateurs des défaillances du système.

Les mêmes mots n'ont pas le même sens pour, d'un côté l'assureur et son médecin conseil, de l'autre l'emprunteur et le préposé du prêteur. Le demandeur d'assurance, qui ne mémorise vraiment, pour les avoir éprouvés, que les symptômes des affections dont il est porteur, ne se sentira pas nécessairement



interpellé par les mots maladie, anomalie, traitement médical, avec lesquels on l'interroge. Le mal de dos, marronnier des magazines et cause première des incapacités, est-il une maladie, tant qu'un diagnostic n'a pas été porté ? L'automédication est-elle un traitement médical ? Et où est donc la frontière entre la déprime et la pathologie diagnostiquée par le psychiatre ?

Prié de déclarer s'il s'est trouvé en incapacité de travail pendant une période donnée, l'emprunteur comprend-il toujours qu'on lui demande de faire le compte de ses jours d'arrêt de travail ?

Encore un exemple : il va de soi qu'un emprunteur à qui il manquait un rein n'aurait jamais dû être accepté sans réserves et au tarif normal par l'assureur. Dans ce cas de médiation, l'ablation d'un rein, nécessitée dans la petite enfance par un accident de la voie publique, n'avait pas été déclarée. Mais aucune question n'avait été posée appelant la déclaration de l'accident, de l'hospitalisation, de l'intervention chirurgicale ou de la perte de cet organe. Pour justifier, une fois découverte cette aggravation du risque, une annulation du contrat, il fallait faire grief à l'adhérent de n'avoir pas donné à une question précise la réponse qu'elle appelait. L'assureur n'a trouvé qu'une question, sur le formulaire d'adhésion, à laquelle il a estimé que l'emprunteur aurait dû répondre affirmativement. C'était : avez-vous une infirmité ? Mais son grief était mal fondé car, si la perte d'un oeil handicape la fonction visuelle et engendre une infirmité, la perte d'un rein est compensée par le second ; la fonction est assumée normalement ; l'absence d'un rein ne répond pas à la définition de l'infirmité.

Les fausses déclarations dont j'ai connaissance ne sont pas toutes, loin de là, imputables aux phénomènes naturels d'occultation ou aux ambiguïtés inévitables des questions écrites. L'examen du dossier m'a souvent convaincu du caractère volontairement mensonger de certaines déclarations lacunaires et répétitives à l'occasion de prêts souscrits en série. Mais la tentative de fraude à la souscription n'est pas la dernière explication de ces déficits d'information qui conduisent l'assureur à accepter des risques qu'il devrait exclure.

FORMALITÉS ALLÉGÉES POUR L'EMPRUNTEUR : DÉFICIT D'INFORMATION POUR L'ASSUREUR

Dans plusieurs cas que j'ai analysés, l'adhésion à l'assurance avait été l'ultime épisode de la souscription d'un prêt ou d'un achat à crédit et, à ce stade, les deux acteurs de l'opération, prêteur ou vendeur à crédit et emprunteur, étaient aussi soucieux l'un que l'autre d'éviter tout délai, tout retard.

Quand on constate, sur certains documents d'adhésion, qu'en cochant seulement une case l'emprunteur peut « certifier pouvoir adhérer sans questionnaire de santé joint », on se demande comment il pourrait résister à la tentation même si le temps lui est donné de lire attentivement les 95 mots imprimés plus haut qui définissent très précisément tous les antécédents de santé dont il se déclare exempt en cochant la bonne case.



Face à un emprunteur impatient, les objectifs commerciaux du prêteur l'emportent à l'évidence sur les objectifs techniques de l'assureur.

Quel peut être le dialogue entre l'emprunteur et le préposé du prêteur ? Qu'est-ce que je risque si je signe et que se passera-t-il si je ne signe pas ? La réponse à la première question figure toujours sur les documents⁷. Mais en matière de communication sinon en droit, la réponse orale l'emporte toujours sur la réponse écrite. Il n'y a pas toujours de réponse écrite à la deuxième question. La réponse orale sera le refus du prêteur d'accepter immédiatement et par délégation de l'assureur l'adhésion à l'assurance. Il faudra transmettre la demande d'adhésion et attendre.

Dans de nombreux cas, les conditions mêmes dans lesquelles l'emprunteur est invité à s'acquitter de ses obligations déclaratives à l'égard d'un assureur qu'il ne choisit pas, ne connaît pas, ne rencontre pas, font obstacle à une collecte rigoureuse des informations nécessaires.

On ne saurait pour autant accuser l'emprunteur d'être un fraudeur ni le préposé du prêteur d'être son complice. Leurs comportements respectifs tiennent davantage de l'ignorance ou du pari que de la fraude organisée. La sincérité avec laquelle bien des emprunteurs assurés déclarent au médecin expert qui les examine en cas de sinistre, les antécédents non déclarés à la souscription, révèle une incohérence de comportement que le vrai fraudeur aurait su éviter.

224

Les conséquences pour l'assureur n'en sont pas moins les mêmes : trompé sur le risque, il assure l'inassurable. Faute d'avoir refusé l'adhésion demandée, cas rare, ou d'avoir seulement exclu de ses garanties certains risques dont la réalisation est déjà prévisible ou pour le moins très probable, il sera en droit de pratiquer une exclusion totale par annulation de l'adhésion, s'il découvre, à la première déclaration de sinistre, qu'il a été trompé.

Si la bonne foi et le bon sens étaient partagés, l'assuré admettrait que la maladie qui le frappe aujourd'hui ne peut lui ouvrir droit aux prestations garanties puisqu'il avait déjà été soigné pour la même pathologie avant de s'assurer. L'assureur, de son côté, ne refuserait pas sa garantie s'il est avéré que la cause de l'incapacité d'aujourd'hui était imprévisible à la souscription et qu'elle n'a rien de commun avec les antécédents de santé non déclarés par l'assuré.

N'étant saisi que de conflits, j'ignore si ces comportements pacifiques sont rares ou fréquents. Je ne connais que les cas dans lesquels l'assuré menace d'assigner tandis que l'assureur fait usage d'une arme conçue par le législateur pour le protéger du fraudeur et punir ce dernier. En effet, l'article L 113-8 du Code prévoit non seulement la nullité du contrat mais la conservation par l'assureur des cotisations versées « à titre de dommages et intérêts ».

Le même Code met pourtant à la disposition de l'assureur une arme plus légère qui évite l'annulation de l'assurance. La prestation sera servie mais elle sera réduite en proportion des cotisations effectivement payées par rapport à celles qui auraient été dues si les risques avaient été correctement déclarés



et assurés à leur juste prix. Cette solution, aussi bien fondée techniquement que juridiquement, quand la tentative de fraude n'est pas avérée, est rarement mise en oeuvre en assurance de groupe. L'assureur objecte que s'il avait connu le risque, il l'aurait exclu plutôt que tarifé à un prix plus élevé. Si l'on creuse un peu, on s'aperçoit que le prêteur est le premier à faire obstacle à toute adaptation de la cotisation au risque. Exclure à la souscription toute affection de la colonne vertébrale est sans incidence sur la gestion du prêteur. Multiplier par 2 le taux de cotisation est d'abord un handicap commercial et cela introduit un paramètre supplémentaire dans le calcul des cotisations d'assurance que le prêteur a intérêt à percevoir lui-même et qu'il est tenu de mentionner dans les tableaux d'amortissement.

SOURIRE AU DÉPART, GRIMACE A L'ARRIVÉE

La simplicité et la facilité d'adhésion à l'assurance de groupe en facilite la distribution. L'allègement des formalités déclaratives aussi. Les mailles du filet sont aussi larges que le souhaite le prêteur et que l'accepte l'assureur, mis en concurrence. Celle-ci paraît jouer en faveur du consommateur et, de fait, elle profite à la majorité des emprunteurs. Mais par ses effets pervers, elle nuit à une minorité qui, pour avoir échappé sans intention frauduleuse à des exclusions partielles à l'entrée, se trouve bel et bien exclue, à la sortie, du bénéfice des prestations espérées, voire de toute garantie jusqu'au terme du prêt.

Dans les analyses de réclamations et de litiges, les plaintes suscitées par des refus d'acceptation ou des exclusions à la souscription sont moins nombreuses que les litiges suscités par les annulations en cas de sinistre.

S'il est vrai que les refus d'assurance ne relèvent pas de la médiation alors que le médiateur peut être saisi d'un refus de garantie, le public ignore ce distinguo. Or j'ai reçu en cinq ans 2 plaintes d'emprunteurs éconduits par l'assureur du prêteur et 80 plaintes pour annulation de l'adhésion et refus des prestations, motivées par la non déclaration d'antécédents de santé⁸.

Les motivations des demandeurs de médiation diffèrent sans doute de celles des plaideurs si l'on en croit l'analyse, effectuée par un assureur, des litiges soumis au tribunal : 21 seulement opposaient l'assuré à l'assureur à propos des déclarations à la souscription alors que dans 31 % des affaires ils demandaient au juge de dire si l'incapacité totale de travail était ou non justifiée.

L'assurance emprunteur et les litiges qu'elle suscite sont depuis 20 ans un leitmotiv des organisations de consommateurs. A l'initiative de plusieurs associations régionales et locales s'appuyant sur le Centre technique régional de la consommation de Bretagne, un colloque a été organisé sur ce thème le 13 décembre 1997 à la Faculté de droit de Rennes.

Pour préparer ce colloque, deux juristes du CTRC ont procédé à un état des lieux de la jurisprudence de la Cour d'appel de Rennes et d'Angers. Sur



6633 arrêts rendus en 14 mois (1996 et 1997), ils en ont recensé 73 concernant les assurances liées au crédit, dont 8 relatifs à la fausse déclaration, et 7 à des clauses d'exclusion.

Lorsque, dans la région PACA, 9 associations de consommateurs ont signé le premier numéro d'une lettre trimestrielle en juin 1999, elles ont choisi le crédit comme thème de ce « Dire ensemble » parce que « les litiges liés au crédit occupent une partie non négligeable de l'action des associations ».

Les rapports du médiateur de l'ASF⁹ qui font état de 659 « questions posées » en quatre ans, en comptent 125 relatives à des problèmes d'assurances, soit 19 % des cas.

La majorité de ces problèmes d'assurance trouvent leur origine dans la déclaration inexacte ou incomplète qui a permis à l'emprunteur, de bonne ou de mauvaise foi, d'éviter une éventuelle exclusion.

Préconiser, comme je l'ai entendu dire à certains représentants des consommateurs, l'intervention à la souscription d'un préposé de l'assureur n'est pas moins utopique que de vouloir donner au préposé du prêteur les mêmes compétences et motivations que celles d'un professionnel de l'assurance. On ne peut cumuler les vertus de l'assurance collective et celles de l'assurance individuelle.

Renoncer à la relation assuré/assureur n'interdit pas de recommander une bonne relation de l'assuré avec son contrat d'assurance. Cette bonne relation demande un gros effort à l'assuré et une implication réelle du prêteur; implication efficace tant qu'il assume sa fonction de prescripteur de l'assurance, implication dangereuse pour lui comme pour son client s'il se substitue à l'assureur.

Les malentendus générateurs de litiges en cas de sinistre seraient moins fréquents si le professionnel du crédit combattait avec succès la tentation de son client, enclin à confondre en une seule opération la souscription du prêt et celle de l'assurance.

L'emprunteur devrait être averti que pour l'assurance de son prêt, il ne doit compter que sur les écrits échangés avec l'assureur et le médecin conseil. Exactes ou erronées, les réponses de son interlocuteur, banquier ou vendeur à crédit, sont orales et il n'en restera rien en cas de litige. La meilleure réponse qu'ils pourraient donner à un emprunteur, inquiet des conditions de l'assurance, serait l'adresse du service compétent de la société ou du courtier, pour autant que l'on puisse compter sur une réponse rapide et claire de ce service.

Malheureusement, les pratiques semblent plus souvent contraires, à en juger par les litiges rencontrés.

Si les textes relatifs à l'assurance emprunteur sont généralement bien séparés des textes relatifs au contrat de prêt immobilier, il n'en est pas de même quand il s'agit de crédit à la consommation. Le client signe sur la même page l'acceptation de l'offre de crédit et la demande d'adhésion à l'assurance, face à un interlocuteur auquel il prête les deux casquettes. En



outre, les responsabilités en matière d'information et de conseil ne sont pas clairement réparties entre celui qui fournit le crédit et celui qui fournit l'assurance. A titre d'exemple, une banque et une société d'assurances se trouvent concernées par un même litige, l'assuré contestant l'opposabilité d'une exclusion signifiée par l'assureur dans une réponse qu'il affirme n'avoir jamais reçue. Par contrat, l'assureur s'est engagé à adresser ce genre de réponse à la banque et je détiens la preuve qu'il l'a fait. En revanche, le contrat ne fait pas mention d'un engagement du banquier de communiquer une telle réponse à son client.

PLUS SOUPLE EST LA GESTION, PLUS RARE EST L'EXCLUSION

Les statistiques de sélection médicale de certains assureurs montrent qu'une déclaration conforme à la réalité du risque n'entraîne pas nécessairement un rejet.

Sur un peu plus de 40 000 prêts immobiliers couverts en groupe par le même assureur, plus des deux tiers sont acceptés sans étude préalable en fonction des déclarations des emprunteurs. Mais près de 29 % des demandes sont soumises au médecin conseil de l'assureur. Dans 17 % des cas, des renseignements complémentaires sont demandés à l'emprunteur, voire des analyses ou examens. Il n'y a de refus, sur avis du médecin conseil, que dans 1,1 % des cas. L'adhésion est acceptée, moyennant une cotisation majorée, dans 2,5 % des cas, ou avec exclusion d'un risque déterminé, dans 8,3 % des cas, avec à la fois une exclusion et une majoration de la cotisation, dans 2,6 % des cas.

D'autres assureurs interrogés confirment ces chiffres. La fréquence des refus n'excède pas 1,5 % des cas soumis au médecin conseil.

L'exclusion totale de l'assurance de groupe est donc rare et il n'est pas impossible à l'emprunteur de pallier ce défaut d'assurance en offrant au prêteur d'autres garanties dont certaines relèvent encore de l'assurance :

- mise en gage d'un contrat d'épargne dont le montant permet de rembourser au terme, le capital emprunté,
- affectation des garanties d'un contrat de prévoyance complémentaire à la couverture de l'emprunt,
- souscription auprès d'un spécialiste des risques aggravés d'un contrat individuel.

Cette dernière solution peut présenter évidemment l'inconvénient d'un double surcoût, en fonction de la gravité du risque couvert d'abord, de la mise au point et de la gestion du contrat individuel et sur mesure ensuite. Enfin elle risque de se heurter à la réticence du prêteur qui ne pourra contrôler, comme il le fait en percevant les cotisations à l'assurance de groupe, le maintien en cours d'un contrat individuel.

Parce que ce sont les prêteurs et non les emprunteurs qui mettent les assureurs en concurrence, les établissements de crédit peuvent être freins ou moteurs d'une contribution efficace de l'assurance emprunteurs à la lutte



contre l'exclusion. Freins s'ils privilégient non seulement les taux les plus compétitifs mais une simplification encore accrue des actes de distribution et de gestion, au risque d'appauvrir les garanties, de multiplier les exclusions et les litiges. Moteurs s'ils investissent davantage dans la formation des personnels chargés de proposer cette assurance, s'ils encouragent l'assureur à sélectionner par la tarification du risque évalué, plus souvent que par l'exclusion du risque hors normes, en préférant la dérogation et la modulation tarifaire à l'exclusion ou à la fausse déclaration.

NOTES

1. *Extrait du JO « Questions écrites » Assemblée nationale dit 24 mars 1997, 16 septembre 1996 - Mme Catherine Nicolas attire l'attention de M. le ministre de l'Équipement, du Logement, des Transports et du Tourisme sur l'utilisation, par les groupes d'assurances et leurs médecins-conseils, des dossiers médicaux pour décider, sans motiver leurs refus, de ne pas assurer les prêts immobiliers des particuliers. En effet, nombre de couples souhaitent placer leurs économies dans l'acquisition d'un bien immobilier. L'octroi d'un prêt bancaire complémentaire, souvent nécessaire, est cependant soumis à l'acceptation par les assureurs du dossier médical. Or, les personnes cancéreuses, dont l'état après intervention chirurgicale n'est plus évolutif, se voient opposer, sans justification ni explication, une décision définitive de rejet. Dans de telles circonstances, peut-on légitimer la maladie comme élément discriminatoire ? Les médecins conseil peuvent-ils, discrétionnairement et en totale impunité, exclure de tout projet d'avenir des personnes payant déjà un lourd tribut à la souffrance ? En conséquence, elle lui demande de bien vouloir lui préciser quelles mesures il entend prendre à ce sujet.*

Réponse - *Les établissements de crédit accordent les prêts immobiliers sous leur seule responsabilité. Aucun texte ne peut les contraindre à prêter. Il leur appartient en particulier d'apprécier la solvabilité de l'emprunteur en raison des risques de non-remboursement dont la charge leur incombera. La maladie de l'emprunteur peut représenter à cet égard un risque qui les met en droit d'exiger des garanties particulières voire de refuser le financement. L'assurance décès-invalidité est l'une de ces garanties : bien qu'elle n'ait pas été rendue obligatoire par la loi, aucun établissement de crédit n'acceptera, en pratique, de prêter en l'absence d'assurance-décès, dans un souci de protection de ses propres deniers mais aussi de l'emprunteur et de ses héritiers. Aucun texte n'oblige l'accédant à souscrire une assurance auprès de la compagnie d'assurances proposée par la banque, mais en pratique celle-ci peut refuser un prêt si l'accédant souhaite s'adresser à un autre assureur ou si l'assureur de la banque refuse d'assurer le risque. L'assureur est en effet lui-même libre de choisir la nature des risques qu'il accepte de couvrir et de fixer le contenu du contrat d'assurance, dans le respect du droit des assurances. En revanche, si la banque motive par écrit son refus de prêt par le fait que son assureur refuse de couvrir un risque aggravé (maladie grave par exemple), et si l'accédant trouve de son côté une compagnie qui accepte d'assurer le risque aggravé qu'il représente, le refus de la banque n'est plus fondé. Il pourrait en être de même si l'accédant apporte une caution personnelle. Dans ce cas, il est prudent de raccourcir autant que possible la durée du prêt.*

2. Expression recommandée par le Groupement des assurances de personnes de la FFSA en remplacement de « invalidité absolue et définitive ».

3. L'argus 12 mars 1999.

4. Centre de documentation et d'information de l'assurance.

5. Par dérogation au Code des assurances, le prêteur n'est pas tenu de donner une formation spécifique à ceux de ses collaborateurs qui présentent à la clientèle des formules d'assurance emprunteur. Comme l'a confirmé la Commission consultative de l'assurance dans son rapport de juillet 1996, des actions de formation ont été menées, certains assureurs ou courtiers dispensant « une véritable formation en matière d'assurance aux guichetiers bancaires ». Mais la Commission n'en a pas moins dénoncé « des dysfonctionnements importants lorsque l'assurance est diffusée par le vendeur du bien, ce qui est souvent le cas du crédit à la consommation » et a conclu sur ce point à la nécessité de « préciser le champ d'application des obligations réglementaires de formation applicables aux intermédiaires ».

6. Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé.

7. C'est la référence à l'article L 113-8 du Code des assurances qui sanctionne par la nullité la fausse déclaration intentionnelle.

8. Il convient de préciser que ma compétence est limitée au tiers du marché des assurances emprunteurs, plusieurs sociétés pratiquant cette branche ayant institué des dispositifs de médiation autonome.

9. Association française des sociétés financières.