



HAL
open science

Des pratiques générales de sélection au ”délit de sale gueule”, les frontières de la discrimination

Nicole Licht

► **To cite this version:**

Nicole Licht. Des pratiques générales de sélection au ”délit de sale gueule”, les frontières de la discrimination. Prévenir - Cahiers d'étude et de réflexion, 1993, Sida et société, 25 (Sida et société), pp.67-77. hal-01442498

HAL Id: hal-01442498

<https://hal.science/hal-01442498>

Submitted on 20 Jan 2017

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

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

Des pratiques générales de sélection au "délit de sale gueule", les frontières de la discrimination

Des pratiques de sélection arbitraire basées sur l'apparence physique des futurs contractants, comme substrat de déficiences immunologiques acquises, pourraient-elles intervenir dans la conclusion d'un contrat d'assurances ?

En l'état des questions sociales et éthiques soulevées par l'infection à V.I.H., telle était l'une des interrogations des membres du Conseil national du sida dans leur appréciation des problèmes soulevés par l'assurabilité des personnes.

Le risque de dérives possibles des pratiques de sélection des contractants par une "recherche d'indices de risques" fondée sur une analyse sociologique des "groupes à risque" ou sur des données plus insidieuses était une préoccupation nettement affirmée¹ et son évaluation participait des discussions et négociations². Dans ce cadre, l'étude réalisée début 91, à la demande du conseil, permet d'apprécier la capacité d'action des compagnies d'assurance dans un rapport de force où les intérêts économique-financiers laissent planer des incertitudes quant à l'acceptation stricte des principes éthiques³.

Méthode et organisation de la recherche.

L'enquête a été menée à Aix-en-Provence, Marseille et Paris, dans deux régions particulièrement touchées par l'épidémie.

Elle a été réalisée en février et mars 1991 auprès de salariés de compagnies d'assurances, d'agents et de courtiers, de médecins-conseils ou experts en assurances c'est-à-dire de personnes en contact régulier avec la clientèle susceptible de s'assurer auprès d'une compagnie d'assurance ou d'une banque et également auprès d'avocats ou de personnes ayant eu à connaître à titre personnel ou associatif des litiges avec les compagnies d'assurances.

*Nicole Licht, Laboratoire d'Ecologie Humaine et d'anthropologie
Université d'Aix-Marseille III*

Les entretiens avaient pour but de mettre en évidence les possibilités d'une sélection basée sur l'apparence des candidats à l'assurance à partir du discours sur les pratiques quotidiennes de souscription et de gestion des contrats, sur les principes assurentiels en matière de santé, sur la perception du sida à titre personnel et professionnel.

L'analyse de pratiques à partir du discours des acteurs posent le problème de la distorsion entre le "dire" et le "faire". Notre objectif a donc consisté à cerner le mécanisme de gestion des contrats et ses logiques afin d'apprécier les marges de liberté d'action des acteurs dans leur activité professionnelle quotidienne.

I. Représentations et perceptions du sida par le personnel des assurances.

Le sida concerne les assureurs⁴ dans la mesure où des individus séropositifs ou sidéens peuvent être amenés à vouloir souscrire un contrat "d'assurance maladie" ou "d'assurance vie". Les informations dont disposent les compagnies d'assurances sur l'état de santé du souscripteur vont déterminer les conditions de souscription. Le principe contractuel de l'assurance repose sur la couverture financière des aléas de la vie, à partir de l'estimation statistique par l'assureur de la potentialité du risque et du dommage. La compagnie d'assurance cherche en principe à préserver l'homogénéité de son groupe d'assurés en évitant tout risque qui pourrait nuire à son équilibre financier et à ses bénéficiaires. A cette fin, les compagnies d'assurance sélectionnent les personnes qu'elles vont assurer, et le plus souvent à partir de critères médicaux.

Compte tenu du fait que tous nos interlocuteurs intervenaient à différents titres dans la concrétisation des contrats, il nous semblait *a priori* qu'ils devaient posséder, liée à un intérêt professionnel, une sensibilité particulière à l'infection à V.I.H. à titre personnel.

Dans les faits, nous avons pu constater que leurs connaissances étaient essentiellement médiatiques (émissions télévisées, lectures de revues non spécialisées). Aucun de nos interlocuteurs non-médicaux n'avait eu de formation professionnelle spécifique sur le sida. Seule, une jeune femme avait fait une démarche d'information personnelle en se rendant un 1^{er} décembre, journée mondiale du sida, à une manifestation organisée par *Aides*. La plupart des médecins avaient assuré leur formation par le biais de revues médicales, pratique générale de "formation continue" chez les médecins, ce qui tend à montrer une volonté d'assimiler le sida à d'autres pathologies que l'on maîtrise déjà professionnellement.

Nos interlocuteurs jugeaient l'infection et la maladie comme inquiétantes et dramatiques au plan social mais n'étaient que rarement impliqués au plan personnel et intime, si ce n'est au regard de leurs responsabilités parentales, pour ceux d'entre eux qui étaient investis de charges familiales. Leur inquiétude se focalisait sur la toxicomanie, l'homosexualité n'étant jamais évoquée dans ce cadre. Parmi nos interlocuteurs, trois assureurs expliqueront spontanément avoir fait un test de dépistage (pour grossesse, partenaires multiples,

ou suite à des séjours professionnels à l'étranger) pratiques de prévention plus assimilées à une démarche rationnelle qu'à une démarche émotionnelle.

Si le ton des entretiens était dans l'ensemble tolérant, voire compatissant vis-à-vis des personnes atteintes par l'infection, l'évolution de ces dernières années dans le vécu des personnes atteintes par l'infection et notamment l'aspect "chronique" de la séropositivité n'était pas prise en compte. L'infection par le V.I.H. restait perçue comme incurable et mortelle à plus ou moins courte échéance.

Le lien entre les discours médiatiques sur l'épidémie et l'activité professionnelle n'était pas fait, même si le terme de "panique" sera évoqué pour qualifier l'impact de l'information médiatique. Un assureur, à la suite de nos discussions, constatera : *"C'est vrai, nous n'avons pas de problème au plan professionnel. Pourtant on dit qu'ils sont nombreux nous, on ne les voit pas... Vous savez combien il y en a à Aix ?..."*

L'un de nos interviewés ayant assuré, au plan régional, plusieurs colloques et séances informations préventive sur le sida dans le cadre d'actions de prévention à l'initiative des compagnies d'assurances constatera, quelque peu déçu, le manque d'intérêt persistant de ses collègues, qui s'explique nous semble-t-il par les limites, au plan professionnel, de l'action individuelle dans la gestion des contrats d'assurance.

II. Banalisé, le sida ne constitue pas un problème professionnel, dans le cadre de la gestion quotidienne.

L'activité assurentielle au quotidien s'organise à partir de quelques pratiques communes à toutes les compagnies d'assurances. Le contrat d'assurance de personne à titre individuel⁵, qu'il porte sur l'invalidité, l'incapacité de travail, la maladie ou le décès et qu'il soit souscrit dans le cadre d'une protection financière de la personne ou en caution d'un achat, notamment immobilier, est toujours soumis au constat préalable de l'état de santé du client soit sur la base d'un questionnaire médical rempli par le contractant, soit également en passant des examens médicaux à la charge de la compagnie.

La majorité des contrats pour lesquels la compagnie d'assurance n'exige pas des examens médicaux préalables est conclue dans le cadre de l'assertion *"je suis en bonne santé"*. Dans ces cas, le document est enregistré et classé par le service administratif d'acceptation. Le contrat d'assurance étant un contrat basé sur la bonne foi du contractant, une fausse déclaration invalide rétroactivement le contrat, faisant perdre au contractant les primes déjà versées et les avantages attendus de la souscription. Cette pratique est intéressante sur le plan économique pour les compagnies d'assurance puisqu'elle réduit au maximum les frais liés à la réalisation du contrat.

1. Le test de dépistage du virus à V.I.H.

L'âge du contractant et le montant des capitaux assurés déterminent généralement l'obligation d'examens médicaux (cliniques et sérologiques).

L'unique changement, relatif à l'infection à V.I.H., depuis 1990, concerne la nécessité de compléter ces examens, par un test de dépistage pour détecter la

présence du virus à V.I.H. 1 et V.I.H. 2. C'est généralement l'unique directive reçue dans les agences régionales⁶.

Quelques compagnies ont baissé à cette date le seuil pour l'exigence d'un dépistage V.I.H. (autour de 500 000 F)⁷. Dans la plupart des cas cependant il continue à se situer autour d'un capital assuré de + 1 million de francs (calculé en nombre de plafonds Sécurité sociale). Le seuil d'un million de francs, très souvent évoqué dans les discussions au plan national, est déterminé par les sociétés de réassurance, essentiellement étrangères, qui imposent⁸ toutes le dépistage.

L'enquête nous a permis de constater que chacun, au plan local, applique consciencieusement les nouvelles directives des compagnies d'assurances. Rares, semble-t-il, sont les clients réticents à ce dépistage, souvent inclus dans un ensemble d'examens et de prélèvements. De l'avis général, si cela gêne, le client ne le dit pas mais ne donne pas suite à sa demande de contrat. De ce fait, les assureurs peuvent méconnaître l'importance de la question. Un assureur nous a ainsi expliqué : *"Les gens acceptent bien le test H.I.V. Si on a eu un problème on ne l'a jamais su, parce qu'à un moment donné c'est facile de dire : non j'ai changé d'avis je ne donne pas suite !... allez savoir si ça vient de quelque chose qu'on voulait dissimuler ou pas."*

Une seule employée parlera d'un incident survenu face à un client qui refusait le test : *"Il m'a dit : « Vous mettez en doute mon hygiène de vie », il avait dit qu'il allait faire passer un article dans le journal, ... des gens inintelligents on en rencontre tous les jours..."*

Sur le plan éthique, l'obligation du test de dépistage à partir d'un certain montant de capitaux assurés ne les préoccupaient absolument pas, d'autant qu'il n'entre pas, dans le cadre des examens invasifs pouvant faire subir un risque de santé accidentel et qu'il ne leur apparaît pas désagréable, par rapport à un frottis vaginal par exemple. Nous mettons largement en doute cette seconde assertion au regard de l'enquête de terrain que nous avons menée, pendant plus d'un trimestre, dans des centres de dépistage anonymes et gratuits du sida (CDAGS) et où il nous est apparu que le dépistage est un acte empreint d'une forte charge émotionnelle⁹.

2. L'assurabilité des personnes séropositives sidéennes

La faisabilité d'une assurance séropositif/sidéen peut se résumer dans cette métaphore d'un assureur : *"Le risque existe, vous n'allez pas l'assurer, c'est comme si vous aviez votre maison qui est en train de brûler et que vous me dites : vite ! assurez moi vite, c'est un peu ça"*.

Dans la plupart des compagnies contactées le cas d'un séropositif voulant s'assurer ne s'était pas posé. Si le cas survenait, la compagnie d'assurance à Paris serait avertie afin qu'elle indique la marche à suivre, chacun s'accordant néanmoins à estimer que la réponse ne pourrait être que négative en l'absence de statistiques prévisionnelles. Un médecin-conseil régional précise : *"Je n'ai aucune idée de combien on chiffrerait, je ne sais pas si les séropositifs sont assurables, ça c'est un dossier que je transmettrais à Paris"*.

Cependant un médecin ayant reçu des personnes qui lui ont déclaré être séropositives et vouloir être assurées dans le cadre d'un prêt immobilier, constatait

que les compagnies d'assurances cherchaient des accommodements plutôt que de perdre le client. Dans ce cas, les commerciaux "*s'arrangeraient*" en n'assurant que le conjoint, ou en cherchant une personne-caution par exemple.

La logique assurentielle telle qu'elle est développée à travers le discours des agents et des courtiers démontre que la responsabilité des décisions n'incombe qu'aux instances supérieures. Dès qu'une question leur pose problème, les assureurs s'empressent de consulter le siège. Chacun fonctionnant dans une logique d'exécutant, les seuls qui pourraient faire obstacle à des pratiques discriminantes, en se retranchant derrière leurs principes d'éthique médicale, sont les médecins chargés par les compagnies d'assurances d'estimer l'état de santé des individus. Malgré un intérêt pour cette infection, ils restent très attentistes et liés par les représentations de l'infection des responsables administratifs ou médicaux au siège des compagnies. Cette volonté de déresponsabilisation nous sera confirmée par un responsable médical au plan national. *Cette structure très hiérarchisée tend de ce fait sur le plan professionnel à uniformiser les pratiques et les perceptions des agents, quelle que soit leur zone géographique d'implantation et leur niveau d'intervention.*

3. Visibilité de la clientèle lors de la souscription des contrats

le médecin-conseil occupe une place centrale dans la liaison entre l'agent d'assurance ou le courtier, et le siège de la compagnie d'assurance. Sa fonction dans la concrétisation du contrat d'assurance est essentielle. C'est lui qui souvent estime le risque et le chiffre dès lors que le contractant ne fait pas de "déclaration de bonne santé" et mentionne des affections médicales présentes ou passées. Le montant de la surprime ou le refus de contracter sont alors pris *sans voir le client* uniquement à partir des grilles établies par les actuaires.

"Moi, je ne vois personne, je travaille uniquement sur dossiers médicaux, mais c'est moi qui décide de les envoyer chez leur médecin traitant ou quelquefois un spécialiste" nous expliquera un médecin-conseil.

Le sida ne pose pas de problèmes aux assureurs dans la gestion quotidienne des souscriptions dans la mesure où à travers leurs discours, apparaît clairement qu'ils n'assimilent pas leur propre clientèle à la clientèle à risque. Leurs propos mettent en évidence leurs représentations de la "population à risque" : *"Les populations classiquement exposées au sida ne sont pas demandeuses d'assurance sur la vie"*.

"Toxicos, homosexuels, prostitués, Dieu merci ! nous n'avons pas ça dans notre clientèle..."

D'autres discours qui situent séropositifs ou sidéens en fonction de leur revenu et de leur situation professionnelle confirment une volonté de non-visibilité : *"Le problème du sida c'est réglé, il reste maintenant à s'occuper de la partie la plus défavorisée de la population. C'est une population que nous ne connaissons pas"*, dira un médecin-conseil.

Soulignons ici un point qui nous semble important : l'absence de véritables critères pour apprécier *de visu*, l'état de santé d'un individu. Si le médecin dispose d'une certaine possibilité d'appréciation clinique, sur la base de l'apparence première d'un individu, cela requiert nombre de connaissances médicales que ne possèdent aucunement les employés de banque ou de compagnie d'assu-

rance. Ces derniers pourraient s'appuyer pour fonder le cas échéant leur appréciation, sur quelques stigmates connus. Le seul à notre connaissance, largement médiatisé à travers quelques émissions télévisées, est l'apparence amaigrie de certains malades, à des stades avancés de l'évolution de la maladie et non point au stade de la séroposivité ou d'un pré-sida. Les "taches" sur le visage et le corps sur lesquelles il a été quelquefois mis l'accent par les médias, restent le plus souvent, quand il y a effectivement survenue d'un cancer de Kaposi, très discrètes, difficilement perceptibles même pour le regard professionnel d'un médecin généraliste. Quant aux stigmates sociaux dont on crédite habituellement homosexuels et toxicomanes, ils sont des stigmates grossiers, caricaturaux et il semblerait difficile d'y recourir pour fonder une sélection optimum, même si certains estiment avoir un œil infallible ainsi ce médecin-expert, à la suite de consultations d'expertises auprès d'assurés homosexuels : *"Sans discuter, en première vision non (je n'aurais pas pensé qu'ils étaient homosexuels) mais en discutant 20 secondes, au langage, sur la façon de s'exprimer, oui ! J'ai l'habitude quand même..."*

4. La gestion assumentielle du sida en cas de sinistre

Ainsi que nous l'avons évoqué plus haut, la majorité des contrats étant établie sur la base d'une "déclaration de bonne santé", cette pratique permet aux assureurs de limiter leurs frais.

Par contre, les moyens sont engagés dans la recherche de fraude éventuelle dès la déclaration d'un sinistre. A ce stade le rôle du médecin-expert est primordial. Certains se font une spécialité (et un plaisir professionnel) de "débusquer" la fraude nous a-t-il semblé. Tout refus de communication de documents demandés, notamment la consultation du dossier médical à l'hôpital, entraîne le refus de paiement par l'assureur.

En cas de suspicion, de présomption, outre les contrôles médicaux, les assureurs recourent à des procédés moins orthodoxes qu'ils qualifient "d'enquête privée", quand ils ne disposent pas d'une aide annexe qu'il ne faut jamais mésestimer, la dénonciation volontaire des voisins.

Dans le cadre d'une enquête privée, un enquêteur est chargé de rechercher tous renseignements susceptibles d'accréditer la thèse de la fraude.

"L'enquêteur va au bistrot discuter, il enquête comme il veut, comme il peut... L'enquêteur va dire : ce pauvre Untel est mort bien vite ! etc... Comme dans toutes les enquêtes de gendarmerie, et ça marche tout le temps", nous détaillera un médecin-chef conseil. Propos que nous confirmera, douloureusement choqué, un assuré, homosexuel, informé par son voisinage des questions posées sur sa vie quotidienne par un enquêteur à la suite d'un litige.

Cette pratique d'enquête est pour le moins surprenante. Elle démontre en outre un rapport de forces inégal entre l'assureur et l'assuré, rapport dans lequel la peur et la menace du scandale auprès de la famille, des amis, des voisins peuvent être des éléments de pression sur la décision de poursuivre une action pour obtenir le règlement d'un sinistre que l'on estime néanmoins parfaitement légitime. Un des avocats parisiens que nous avons rencontré, considérerait que les personnes qui aujourd'hui estent en justice, notamment contre les compagnies d'assurance, sont celles ayant déjà eu recours à des règlements

par voie de justice, pratique, estimait-il plus courante en région parisienne qu'en province. Dans cette hypothèse, on peut envisager qu'elles soient alors moins sensibles aux manœuvres d'intimidation éventuelles, ce qui laisse tout de même une large marge d'actions sur la majorité des assurés moins aguerris.

Si les cas de séropositifs connus au moment de la souscription restaient exceptionnels au moment de notre enquête, les cas de sinistres liés au sida commençaient à apparaître. Ils restaient encore rares mais les assureurs que nous avons rencontrés ont pu évoquer quelques cas portés à leur connaissance.

Relativisant la question ils nous ont généralement déclaré : *“Pour le sida il n'existe aucune mesure particulière, ils nous envoient leurs certificats médicaux, on les étudie et bien entendu nous les réglons. Nous payons les indemnités auxquelles nous nous sommes engagés contractuellement puisque nous sommes là pour ça...”*

Dans plusieurs cas signalés, lorsque l'assurance était ancienne, les assurances ont réglé les montants souscrits jusqu'au décès. Des contrats sont devenus litigieux lorsque les assureurs ont appris, suite à une expertise, que la séropositivité était antérieure à la souscription du contrat et n'avait pas été déclarée.

Un médecin-expert nous expliquera obtenir souvent facilement les réponses invalidant les contrats : *“J'ai posé la question : depuis quand savez-vous que vous êtes séropositif, monsieur ? Ils vous le disent ! – Pourquoi avez-vous fait ce bilan ? Parce que je suis homosexuel... J'ai vu deux cas, ils étaient tous les deux homosexuels.”*

Et on peut croire qu'il n'est pas nécessaire au médecin d'user d'un harcèlement de questions, face à des patients toujours impressionnés par le prestige de la blouse blanche et le langage médical.

Soulignons ici que, rétroactivement, le constat d'une séropositivité cachée et connue antérieurement au contrat apparaît aux assureurs comme un cas d'annulation. On peut aujourd'hui, en l'état des connaissances sur l'infection, se poser la question de ce qui légitimerait encore l'assimilation par les assureurs de la séropositivité à une maladie au sens plein du terme¹⁰. Les assureurs ont tendance à transformer la probabilité en certitude et à prendre pour une prévision ce qui n'est qu'une probabilité donnant ainsi à la maladie un caractère prévisible dont la part d'aléa est d'ailleurs souvent perçue comme une tentative de fraude.

La fraude, nous est-il apparu, est en effet le grand fantasme des assureurs. Il semblerait toutefois, selon leurs dires, que frauder nécessite quelques compétences qui ne sont pas toujours du niveau des assurés et que la tâche des médecins en soit ainsi facilitée. De l'avis des médecins et des administratifs des assurances, bien souvent l'assuré déclare le sinistre “quelques jours” après avoir contracté une assurance. Un médecin-expert s'appuyant sur une expérience expliquera : *“... Vous pensez que les assurés sont si intelligents que ça, j'en ai vu un, hier pour une compagnie d'assurance, qui a signé le 10 août et qui le 12 août était en maladie pour état dépressif...”*

Dans ce contexte de suspicion, l'ancienneté du contrat apparaît comme un élément sécurisant dans un système où les assureurs eux-mêmes reconnaissent qu'il est vicié et vicieux dans ses principes-mêmes puisque notamment toute fausse déclaration entache le contrat et le rend caduque même si elle n'est pas la cause du sinistre.

III Une sélection basée sur l'apparence physique est-elle envisageable en l'état de la gestion actuelle des dossiers ?

Si la sélection du client est reconnue et affirmée pour nombre de pathologies, chacun de nos interlocuteurs estimait qu'une sélection, basée sur l'apparence physique à partir de stigmates médicaux ou sociaux, serait ingérable, tant pour des raisons économiques, que matérielles ou d'éthique professionnelle¹¹.

Accréditer ce type de sélection reviendrait à considérer que le fait d'être porteur ou virtuellement porteur du virus à V.I.H. constitue une faute, voire un délit¹². Or, le caractère discriminant et attentatoire aux libertés de cette hypothèse n'a guère suscité de réactions, au plan éthique, de la part de nos interlocuteurs.

Pour les médecins-conseils, ce type de sélection nécessiterait un investissement trop conséquent en temps : *"Hier j'avais 70 dossiers à voir, vous imaginez si j'ai le temps de poser des questions. Je suis déjà submergé, il faudrait une armée de gens"*. Ce médecin reconnaît néanmoins que les informations nécessaires à une sélection basée sur des critères socio-professionnels sont disponibles à partir de l'état de santé rempli par l'assuré : âge, statut familial, activité professionnelle, héritier éventuel :

"C'est plus à mon avis le montant d'argent qui peut sélectionner que le profil psychologique, qui est plus difficile à cerner, d'autant que ça vient se rajouter à quelque chose qui existe déjà : les examens. S'il faut faire quelque chose complètement à part, c'est déjà très compliqué, très lourd pour les compagnies d'assurance, s'il faut encore rajouter des rouages..."

Statistiquement, parce que ça marche par statistiques, les compagnies d'assurance, il vaut mieux qu'elles en laissent passer un ou deux, qu'elles auraient dépistées par un profil, et qu'elles payent en cas de sinistre, plutôt que de dépenser X millions de francs s'il faut mettre en route toute une procédure pour une immense catégorie de gens."

La gestion actuelle des entreprises basées sur la réduction des coûts, le remplacement du personnel par une mécanisation et une informatisation accrue des tâches administratives, s'appuie sur une analyse statistique des probabilités d'erreurs par rapport aux gains de temps et d'argent procurés par la routine. Dans cette logique, mieux vaut laisser passer des erreurs dans un dossier et courir le risque d'une réclamation éventuelle que de freiner la dynamique d'une gestion compétitive par la lecture attentive de l'ensemble des dossiers. Le discours de ce médecin-conseil reflète l'esprit actuel de l'efficacité de gestion qui anime les compagnies d'assurances comme nombre d'autres entreprises.

Dans l'immédiat, cependant, la sélection repose sur d'autres critères qui ne sont pas forcément estimés comme les plus judicieux, même par ceux qui les appliquent : *"Parfois le critère de profession, je le ferais entrer en ligne de compte, alors que non. On pose la profession, je me demande même pourquoi. Parfois, je surprimerais, par exemple les footballeurs professionnels qui sont des gens qui ont une pathologie osseuse et articulaire très importante, qui sont toujours en train de se casser, de se faire des entorses, il me semble que là on aurait pu leur poser des questions supplémentaires, surtout que ce sont des capitaux très importants. J'ai posé la question à Paris, on m'a dit non, vous assurez."*

Propos qui seront confirmés sur un plan plus administratif : *“Non, on ne peut pas exclure des professions. On exclut déjà tous les problèmes psychiatriques et psychologiques, tout ce qui est dépression nerveuse non hospitalisée, etc... On a des dockers qui sont des spécialistes de fraude à l’assurance, ils font un prêt de 600/700 000 F puis se cassent volontairement un membre tous les 2 ans pour payer, ils restent en arrêt de travail pendant 7 mois et pendant ce temps c’est l’assurance qui paye les mensualités. Ils le font volontairement, mais on ne peut pas le prouver. Il y en a d’autres, les artisans, les commerçants, etc... On est sûr qu’au bout de 3 mois ils sont déjà dans leur boutique en train de travailler et ils continuent d’être en maladie.*

C’est comme ça malheureusement. C’est pour ça que l’on fait des enquêtes très approfondies, que l’on fait des contrôles par la suite pour éviter d’avoir des abus qui grèveraient le contrat.”

La prise en considération de critères physiques influant sur le risque médical n’entre pas dans le cadre des activités des employés administratifs des banques, ni dans celle des commerciaux des compagnies d’assurance. Tous ceux que nous interrogerons décréteront catégoriquement *“ce n’est pas notre job”*. Ils s’attachent à l’aspect risque financier et non médical et sont en cela en conformité avec la rationalité de la division des tâches au sein de l’entreprise, division fondée sur la rentabilité :

“Il faudrait voir les agents dans les banques qui remplissent le dossier prêt. Là où il y a du fric, il y a des quotas à remplir. La fille qui s’occupe des emprunts a un quota de prêts à réaliser par mois. Si elle veut garder sa place elle s’en fout royalement et pour elle ce qui compte c’est de faire des dossiers de prêts. Si ça passe, ça passe.”

Coût et temps ne paraissent toutefois pas devoir être retenus comme arguments compte tenu des possibilités de traitement informatisé des dossiers, traitement qui se pratique déjà dans certains services pour apprécier les risques médicaux.

L’argument contre ce procédé, appliqué à des critères socio-professionnels, sera ici de l’ordre de l’éthique médicale. Les médecins considèrent qu’en l’état des règles éthiques régissant la pratique médicale en France, la profession médicale ne peut être assimilée à celle des praticiens européens et notamment britanniques. Les médecins, fidèles à ces principes, refuseraient de pratiquer des exclusions à partir de données non médicales. Si l’on ne peut mettre en doute les propos avancés, on ne peut toutefois pas ignorer la possibilité de faire traiter les informations par d’autres catégories d’employés administratifs.

Conclusion

Il semble, en l’état des pratiques actuelles de gestion des assureurs au niveau de la souscription, des représentations de chacun sur les stigmates physiques et sociaux de la maladie et compte tenu des différents arguments techniques avancés, que la sélection *“de visu”* à partir de critères physiques soit difficilement praticable.

La sélection à partir des renseignements socio-professionnels fournis actuellement par le questionnaire de santé et en l’absence de questions portant sur la sexualité serait statistiquement non efficace. L’enquête en cours sur le “Com-

portement sexuel des Français" devrait apporter des informations susceptibles de corrélérer certaines pratiques à risque avec des critères d'âge, de profession, de localisation géographique, données actuellement disponibles par le questionnaire de santé. Les compagnies d'assurance, sans recourir à un questionnaire personnel sur la sexualité des contractants, pourraient alors apprécier et sélectionner le risque en faisant toutefois des "paris" interprétatifs.

Il paraît plus probable, compte tenu des lois du marché et de la concurrence, que ce soient des critères de coûts de gestion de l'ensemble des dossiers par rapport au risque qui détermineront en ce domaine la conduite des compagnies d'assurance et que, peut-être, les principes de rationalisation actuelle de gestion des dossiers que nous évoquions prévaudront. Il faut noter en effet que les compagnies d'assurance n'hésitent pas, lors du renouvellement annuel de contrat à informer un assuré que compte-tenu des frais engagés sur sa personne au cours de l'année précédente, elles sont dans l'obligation, afin de ne pas gréver les cotisations des autres "mutualistes", de le surprimer, parfois de façon fort conséquente, nous a-t-on expliqué. Face à la surprime, il reste alors à l'assuré soit à continuer de payer s'il le veut et le peut, soit à s'éliminer de lui-même du groupe des assurés...

Au-delà de l'irrationnalité qui semble présider parfois à l'acceptation ou au refus d'assumer le risque par les assureurs que ce soit au moment d'une souscription de contrat ou lors d'un sinistre lié au sida, il nous semble devoir insister pour conclure, *qu'en matière d'assurance, les principes généraux de gestion des contrats sont, sur le plan éthique, tout autant criticables que les pratiques spécifiques au sida.* En l'absence des repères statistiques qui constituent l'armature idéologique de leurs relations commerciales, les pratiques des compagnies d'assurances révèlent leur caractère discriminant notamment au regard de l'inassurabilité des séropositifs ou de l'inexécution des contrats de clients malades.

Le sida met en lumière des pratiques quotidiennes où le social et le biologique s'interfèrent au détriment de l'individu à partir d'une représentation chiffrée de l'état de santé et de la détérioration du corps.

Les rapports assurés/assureurs sont des rapports d'argent et les assureurs n'ont pas d'états d'âmes, mais des comportements de rationalité économique, dont le sida sert ici encore *de révélateur social* et ce, parce que paradoxalement, il entre plus dans un cadre général qu'il ne constitue un cas particulier.

Références

- 1 Conseil National du SIDA, 1990, *Les Assurances face au sida*, rapport multigr. pp.9 & 22 et Avis du 1^{er} février 1990.
- 2 Plusieurs travaux ont marqué des étapes dans la discussion juridique et éthique au regard de l'assurabilité des individus séropositifs et sidéens. On peut citer en particulier : 1987, *Déclaration Universelle des droits des malades du sida et des séropositifs* ; 1990, *Les Assurances face au sida*, Rapport multigr. du Conseil National du sida ; 1991, *Rapport Jolivet, groupe de travail "Assurances et sida"*, et se reporter pour une analyse détaillée récente à l'article de Pierre Lascoumes, 1991, "De la sélection des risques à la discrimination. Les pratiques des compagnies d'assurances vis-à-vis du sida" in : *Sida et Libertés, La régulation d'une épidémie dans un Etat de droit*. Actes Sud, Paris, pp. 173 - 213.
- 3 Cf. pour l'analyse complète, Nicole Licht, 1991, *Pratiques et Représentations des assureurs en matière d'infection à V.I.H.*, rapport remis au Conseil national du sida en avril 1991, 45 p. Je remercie Jean-Luc Bonniol qui a bien voulu relire et critiquer le rapport dont est extrait cet article.
- 4 Le terme "assureur" est utilisé ici comme terme générique pour qualifier toute personne ayant une activité professionnelle dans le domaine des assurances.
- 5 Nous avons centré notre étude sur les contrats individuels dans la mesure où les contrats d'assurance dits "collectifs" englobent l'ensemble des individus assurés sans prendre en compte aucune spécificité sociologique ou biologique individuelle. Lors de la souscription du contrat entre une entreprise et une compagnie d'assurances, tous les salariés présents sont assurés sans aucune sélection. Des renseignements peuvent être réclamés pour les salariés "malades" au moment de la souscription et/ou pour certains cadres supérieurs. Leurs dossiers sont alors traités en fonction des pratiques générales de gestion appliquées aux contrats individuels.
- 6 Ce qui s'inscrit dans la logique des compagnies d'assurances de "banaliser au maximum cette maladie". Cf J. Lallement, 1987, *Sida, faut-il se voiler la face*, *L'Assurance française*, n° 541.
- 7 A partir des informations fournies par nos interlocuteurs, quelques exemples sont significatifs : 408 000 F pour le GAN, 500 000 F dans le bilan simplifié de l'Abeille Vie, 540 000 F pour les AGF et l'UAP.
- 8 Le terme est de J. Lallement, 1989, "Les assurances face à l'épidémie", in : *Sida 2001*, Fondation Marcel-Mérieux, Fondation Universitaire des Sciences et Techniques du Vivant, pp. 183-187.
On peut s'interroger sur les limites spatiales de l'Éthique au regard du pouvoir dont jouissent les sociétés de réassurance.
- 9 N. Licht, F. Boiron, 1990, "Événements, entourage et conduites de dépistage - Enquête dans les CDAGS à Marseille", in : *Ecologie Humaine*, Vol. VIII n° 1, pp. 61-67.
- 10 Le Professeur Montagnier rappelait le 30/11/91 dans le journal *Le Monde* : "On peut dire aujourd'hui, au bout de 10 ans, qu'il y a des gens séropositifs qui n'ont pas du tout évolué vers la maladie tant du point de vue clinique qu'immunitaire. La séropositivité demeure bien sûr un risque important. Pourtant j'insiste ; cette séropositivité n'est pas l'équivalent d'une condamnation à mort."
- 11 Cf. pour une distinction entre éthique, éthique professionnelle et déontologie, l'article de J.-P. Terrenoire, 1991, *Sociologie de l'éthique professionnelle, contribution à la réflexion théorique* in : *Sociétés contemporaines*, n° 7, l'Harmattan, Paris, pp. 7-33.
- 12 Daniel Defert, en réponse à une "suggestion" de tatouage des personnes contaminées, a pourtant rappelé lors du colloque "Sida, droits et libertés" à Paris, le 11/12/87 : "La maladie n'est pas un délit, pas plus que la santé n'est une injustice : les relations entre malades et bien-portants ne sont ni des relations de guerre, ni de paix armée."