



INSTITUT DES  
**ACTUAIRES**

# **Assurances Emprunteur : visions croisées d'un actuaire et d'un médecin conseil sur les conséquences des évolutions du cadre réglementaire**

Dr. Catherine Tchoreloff - RGA  
David Echevin - Actélior

*16ème Congrès des Actuaires*

*Les risques aggravés médicaux et  
l'assurance emprunteur*

## Contexte

- **La « sélection » des risques de santé est mal comprise par le public dans une société**
  - Où les risques sociaux reposent sur des principes de solidarité nationale
  - Où la confidentialité médicale est à la base de la relation entre le soignant et son patient
  - Où la notion de non-discrimination est un droit fondamental
- **Les conséquences en assurance emprunteur où le proposant « risque aggravé » peut se voir refuser un prêt par un établissement financier au motif d'absence de garanties d'assurance...**

## ➤ **Les années 1980 : Création d'associations pour défendre les droits des malades agissant**

- Sur le système de soins :
  - Les pouvoirs publics
  - La recherche fondamentale
  - Les industries pharmaceutiques
- Pour lutter contre les discriminations
  - Dans le domaine du travail
  - Pour les droits sociaux
  - Pour l'accès à l'assurance
- Aides et Act-Up particulièrement actifs : s'élèvent contre l'inclusion de la sérologie de détection du virus HIV par les assureurs dans les formalités contractuelles

## **Septembre 2001 : Convention Assurance et SIDA en septembre 1991**

- A l'initiative de la Profession
- Crédits immobiliers/professionnels
- Porteurs du virus HIV (pas de diagnostic de maladie SIDA)
- Garantie Décès seule
- Limité à prêts  $\leq 1$  million de francs ; durée  $\leq 10$  ans
- Création d'une Commission de Suivi
- Code de Bonne Conduite concernant la collecte et l'utilisation des données relatives à l'état de santé en vue de la souscription ou de l'exécution d'un contrat d'assurance
- Possibilité d'avoir recours à la sérologie HIV – sous conditions

## La Convention Belorgey

- Des versions évolutives successives pour « repousser » les limites de l'assurabilité :
  - **13 septembre 2001 = Convention Belorgey :**
    - Elargissement à tous les « risques aggravés médicaux » quelque soient la/les pathologie(s) et facteur(s) de risques déclarés
    - Mise en place d'une étude à 3 niveaux : 3<sup>ème</sup> niveau constitué des services médicaux des réassureurs volontaires ; gestion financière et administrative par le BCAC
    - Montants  $\leq$  200K€ ; durée  $\leq$  12 ans; âge max de souscription = 60 ans
    - Décès +/- PTIA
    - Signataires : Profession + Ministères de tutelle + 14 associations de consommateurs et de malades
    - « Reconnaissance légale » dans la loi dite Kouchner du droit des malades du 4 mars 2002

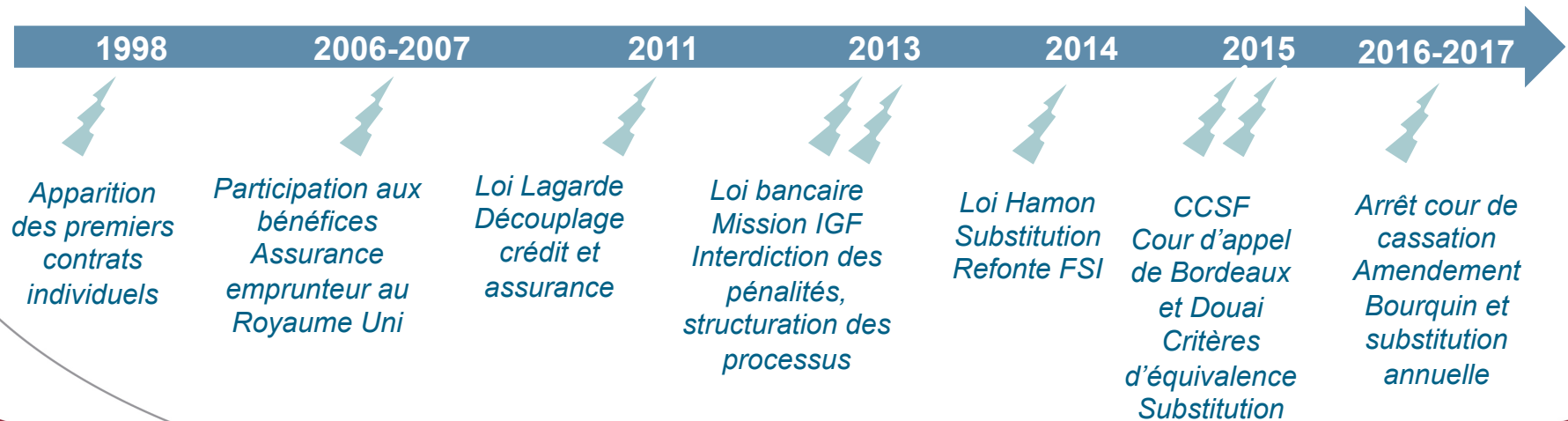
## La Convention AERAS

- **7 janvier 2007 = Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) – plusieurs versions :**
  - Montants  $\leq$  320K€
  - Durée limitée par l'âge terme maximale de 70 ans
  - DC +/- PTIA +/- « Invalidité additionnelle » → « Garantie Invalidité Spécifique »
  - Système d'écrêtement des surprimes sous conditions de revenus/ de composition familiale
  - Signataires : 17 associations de consommateurs/malades
  - Environ 11 000 dossiers étudiés au 3<sup>ème</sup> niveau en 2015 dont 25% font l'objet de propositions de conditions de tarification



*Les évolutions réglementaires en  
assurance emprunteur*

*L'enchainement des réformes*



## ➤ **Cadrage des conditions de distribution**

- Interdiction d'augmenter les taux de prêt en cas de délégation
- Interdiction de pratiquer des frais de délégation
- Accroissement de l'information des assurés et structuration d'une **Fiche Standardisée d'Information**.

## ➤ **Mise en place d'un processus de délégation**

- Processus de traitement et d'analyse des délégations
- Règles d'acceptation des délégations: **notion d'équivalence de garanties**

## ➤ **Accroissement des possibilités d'adhésion à des produits alternatifs**

- **Dans les 12 mois suivant la date de signature du prêt** (loi Hamon)
- **A chaque date anniversaire du contrat** (amendement Bourquin)

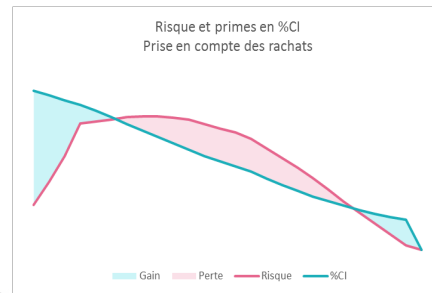
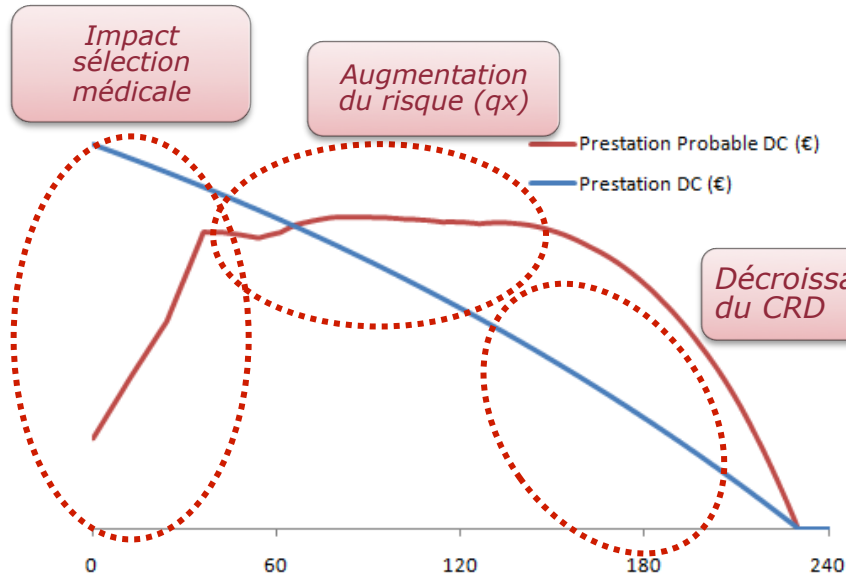
## ➤ **Un décalage entre l'engagement de l'assureur et l'engagement de l'assuré**

- Une garantie réglementaire des tarifications et couvertures sur toute la durée du prêt
- Une homogénéité des produits du fait de la contrainte d'équivalence bancaire
- Une possibilité pour l'assuré de sortir chaque année

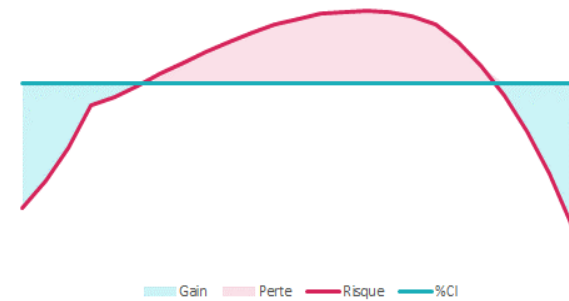
## ➤ **Des pratiques très variables sur le marché**

- Objectifs:
  - ✓ Une nécessité bancaire: simplicité, homogénéité et couverture de l'ensemble de la population cliente
  - ✓ Un souhait des acteurs externes: capter le client, quel que soit son profil
- Pratiques tarifaires
  - ✓ Une tarification peu segmentée et constante dans le temps pour les réseaux bancaires
  - ✓ Une tarification fortement segmentée et variable dans le temps pour les acteurs indépendants

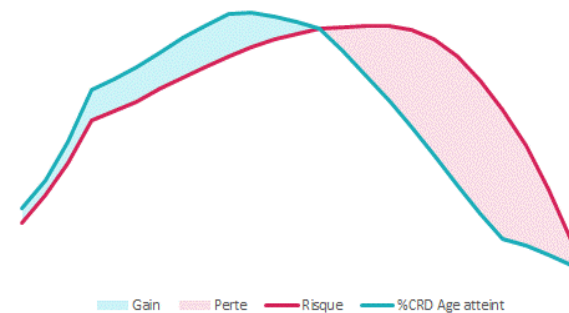
## Le profil de risque



## La prime %CI âge à l'adhésion

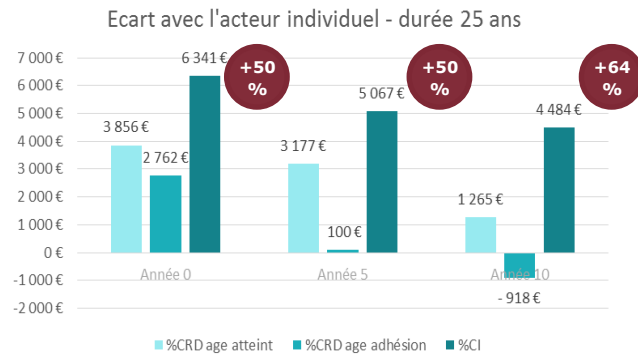


## La prime %CRD âge atteint

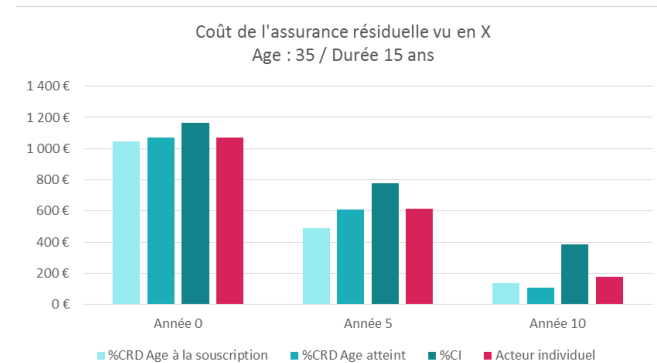


## Quelle tarification pour un prix compétitif ?

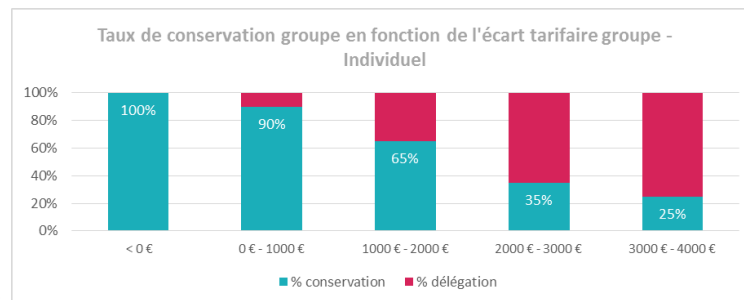
0 – acteur individuel



## Quelle tarification pour protéger mon portefeuille?



## Quelle segmentation optimale?



## Quel risque sur mon portefeuille

- Différence tarifaire initiale due à la segmentation pratiquée.
- Différence tarifaire due à la tarification adoptée
- Différence tarifaire due au positionnement dans le temps



## La question du prix prix

Un impact de l'écart tarifaire groupe / Individuel fortement dépendant des orientations prises sur les contrats groupe

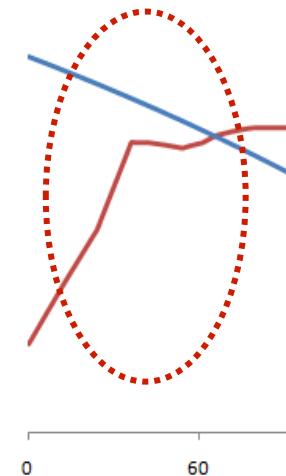
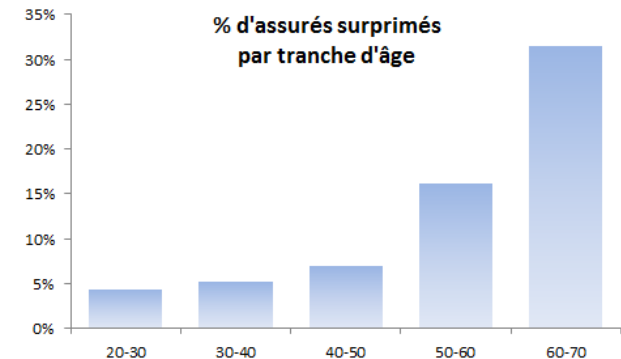
- ⇒ Mise en place d'une tarification % CRD?
- ⇒ Introduction d'une segmentation accrue?
- ⇒ Scoring et orientation client?



## L'incertitude de la sélection médicale

Des coûts de sélection médicale qui ne sont pas uniquement dépendants du montant emprunté

- ⇒ Quel poids de la sélection crédit vs. sélection médicale?
- ⇒ Des critères de sélection identiques seront-ils techniquement acceptables?





## Les coûts de distribution et de gestion

Le coût de distribution reste un point fixe...

⇒ hypothèse: 400€ / dossier, pour un dossier moyen de 4 000€

Le coût de gestion des adhésions n'est pas non plus incompressible...



## Le positionnement bancaire de demain

Une revue des produits et de la tarification vers plus d'assiette %CRD

Un équipement accru en contrats démutualisés



*Du 3<sup>ème</sup> Plan Cancer à la loi de  
modernisation de la santé du 21/01/2016*

- **Février 2015 et 3<sup>ème</sup> Plan Cancer** : introduction du « droit à l'oubli » pour les malades ayant souffert d'une pathologie maligne
- **Le 2 septembre 2015** : signature d'un avenant à AERAS
  - **« droit à l'oubli » = droit de ne pas déclarer à l'assureur un antécédent de cancer :**
    - À compter de 5 ans de la fin du traitement si le cancer a été diagnostiqué avant le 16<sup>ème</sup> anniversaire
    - A compter de 15 ans de la fin du traitement si le cancer a été diagnostiqué après le 16<sup>ème</sup> anniversaire
  - **Mise en place d'une « grille de référence » :**
    - pathologies cancéreuses ou autres – à déclarer à l'assureur – devant faire l'objet de conditions d'acceptation normales ou plafonnées sous conditions médicales
  - **Rédaction d'une fiche de place explicative :**
    - plaçant le droit à l'oubli et la grille de référence dans le champ d'application du 3<sup>ème</sup> niveau (crédits immobiliers et professionnels ; 320K € maxi; âge terme maxi 70 ans)

## La loi du 21/01/16 : Elle « bouscule » les accords conventionnels

### ➤ **Droit à l'oubli :**

- À compter de 5 ans de la fin du traitement si le cancer a été diagnostiqué avant le **18<sup>ème</sup>** anniversaire
- A compter de **10** ans de la fin du traitement si le cancer a été diagnostiqué après le **18<sup>ème</sup>** anniversaire

### ➤ **La grille de référence :**

- elle doit prévoir l'intégration de pathologies « chroniques » acceptées aux conditions normales et sans restriction

### ➤ **Les limites du champ d'application du droit à l'oubli et de la grille de référence sont « interprétables »...jusqu'à la publication au JO de l'arrêté du 10 mai 2017 = « Document d'information » :**

- Le droit à l'oubli s'applique sans conditions de montants, ni d'âge et quelle que soit la nature du prêt
- La grille de référence s'applique dans les limites définies pour le 3<sup>ème</sup> niveau AERAS

## Les pathologies malignes

- **Diversité de tableaux cliniques +++**
- **Guérison ou rémission ?**
  - « la guérison est une rémission qui dure toujours »
  - 85% des cancers de l'enfant seront « guéris »
  - 60% des cancers de l'adultes seront « guéris »
- **La vision du médecin soignant versus celui du médecin conseil d'assurance :**
  - « bon » pronostic = survie nette à 5 ans  $\geq$  66%
  - La survie avec les séquelles/complications du traitement curatif
  - Un sur risque de décès en lien avec des pathologies autres
  - Retour au travail ne veut pas dire que les risques incapacité et invalidité reviennent au niveau du risque standard

## Les pathologies malignes : survie nette de 5 et 10 ans

- Pathologies diagnostiquées entre 1994 et 2004\*:

	Survie 5 ans	Survie à 10 ans
15 – 45 ans	89%	80%
45 – 55 ans	92%	86%
55 – 65 ans	91%	84%

Tendance pour la survie à 15 ans : la survie nette pour la majorité des cancers reste inférieure à celle observée à 10 ans.

\* e-cancer.fr 2017

## La tarification des cancers

### ➤ **L'existence de façon quasi constante d'une période d'ajournement :**

- Pendant le temps thérapeutique « actif »
- Pendant la période où le ratio de mortalité annuelle (mortalité des malades/mortalité de la population générale) est élevé ( $> 5$ )

### ➤ **Une tarification :**

- Qui s'exprime en **extra-mortalité temporaire** : en pour-millage du capital sous risque pendant X années
- Puis qui « revient » progressivement à la mortalité générale sans forcément la rejoindre (persistance d'une **surmortalité** +/-définitive)

## Exemple : Cancers papillaires de la thyroïde\*

AJCC Stage	Cases	Percent	Relative Survival Rate (%)					
			1-Year	2-Year	3-Year	5-Year	8-Year	10-Year
Total with Established Stage	19,607	100.0	99.1	99.0	99.0	98.7	98.4	98.2
Stage I	13,289	67.8	99.8	99.8	99.8	99.8	99.8	99.8
Stage II, 20-44	82	0.4	92.7	91.5	90.3	86.7	76.4	76.4
Stage II, 45+	3,113	15.9	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9
Stage III	2,870	14.6	97.2	96.0	95.4	93.3	90.7	87.8
Stage IV	253	1.3	71.7	65.9	59.5	46.4	41.3	40.7

- Stade I et Stade II  $\geq$  45 ans : TN
- Stade II < 45 ans : Aj = 5 ans puis Extra-M pdt 5 ans
- Stade III : Aj = 1 - 2 ans puis Extra-M pdt 5 ans
- Stade IV : Aj = 5 ans puis Extra-M pdt 5 ans

\*données SEER : diagnostic entre 1988-2001

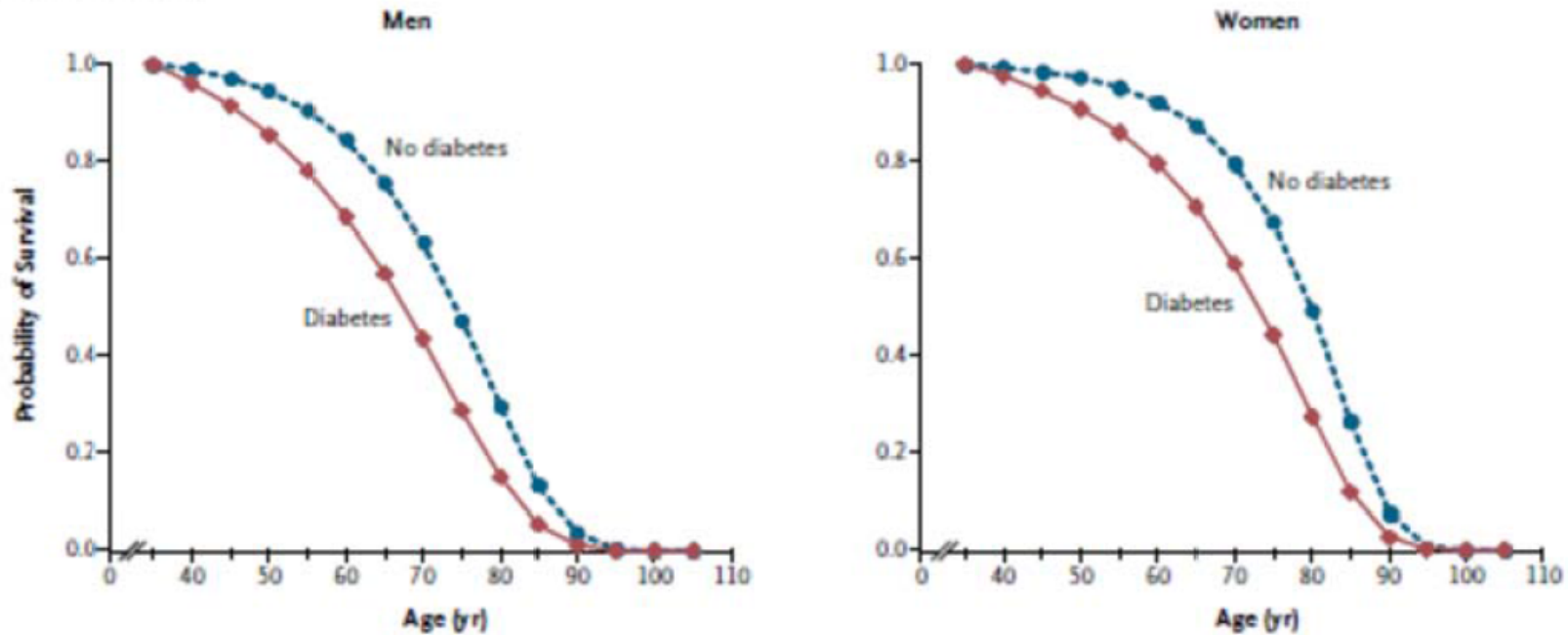
## Exemple : Cancers du sein\*

Survival Time	1975-79	1990	1995	2000	2005	2009
1 year	94.4	96.8	97	97.5	97.8	97.8
5 years	74.6	84	86.8	90.2	90.5	
10 years	62.4	77	80.6	84.5		
15 years	56	71.8	75.6			
20 years	51.7	67.5				

\* Données SEER



## Exemple : diabète non-insulinodépendant \*



Ratio de mortalité quasi « constant » dans le temps: s'exprime en **surmortalité**

\* N.Engl.J.Med. 2011

### Substitution annuelle et possibilité de sortie

- Une asymétrie des engagements qui nécessite un alignement des primes avec le risque, voire une anticipation des primes
- Une opportunité commerciale claire qui pourra profiter de choix techniques (assiettes de primes) faits par les bancassureurs il y a plusieurs années

### Une capacité de sélection médicale réduite

- Une tendance à réduire la capacité de l'assureur à sélectionner le risque
- Une approche de souscription en écart croissant avec le risque
- Une question ouverte quant à la capacité des assureurs à tarifer sereinement le risque médical