

## **Note de recommandation issue du groupe de travail de la LUSS sur les assurances**

Namur, le 28/01/2013

Accéder à une assurance privée lorsque l'on est en bonne santé ne pose en général pas trop de problèmes, mais il en va tout autrement lorsque le candidat à l'assurance est malade chronique ou handicapé.

Suite à de nombreux témoignages relatant les difficultés d'accès à certains types d'assurance, un groupe de travail s'est créé à la LUSS. Celui-ci s'est donné pour mission d'offrir une information de base aux candidats à l'assurance concernés par une maladie ou un handicap mais il s'est également engagé à alerter les décideurs et le monde politique quant aux différentes difficultés et à la discrimination que rencontrent ces personnes. Cette note en constitue une première étape et reprend les grands axes des problèmes rencontrés en matière d'assurances privées. Elle est étoffée au fur et à mesure des plaintes et témoignages rencontrés et des réflexions en cours au sein de groupe de travail.

### **Problématiques transversales**

#### **La segmentation**

Dans la conception actuelle des assurances privées, les preneurs d'assurances sont répartis en groupes selon leur profil de risque. En d'autres termes, les personnes présentant les mêmes risques payeront la même prime d'assurance. Cette division en groupes sur base du profil de risque s'appelle la segmentation.

Or, une segmentation de plus en plus forte, comme nous la vivons aujourd'hui, aboutit à la disparition de la répartition équitable des risques et par là même à l'exclusion du droit d'être assuré pour les plus fragiles. Ceci constitue une discrimination à l'encontre de ce groupe cible.

Le groupe de travail est favorable à un système basé sur la solidarité véritable.

#### **La transparence et l'information**

On constate toujours un manque de transparence sur les conditions d'assurabilité.

Il est indispensable que les critères de décision utilisés par chaque assureur soient objectifs et clairs. Aussi, le manque d'informations rend impossible pour le candidat de comparer les assurances entre elles et de faire un choix éclairé et adapté à sa propre situation.

Il arrive que les tarifs ne soient donnés que lorsque la procédure est déjà bien avancée.

Le manque d'information à priori, ne permet pas aux candidats assurés de comprendre les enjeux de leur contrat.

Les clauses des polices et autres documents sont généralement difficiles à obtenir, il en va de même pour la liste des maladies préexistantes « pénalisées » voire exclues, par exemple.

Par ailleurs, nous attirons l'attention sur l'obligation légale et l'importance de motiver les décisions conformément aux règles nationales et européennes en matière de lutte contre les discriminations, de motiver les refus et de rendre publiques les critères d'accessibilité et d'exclusion. Nous constatons, que trop souvent, les décisions sont non motivées et non justifiées.

Il est également important de prévoir explicitement une sanction en cas de non respect de cette obligation.

### **« Selon l'état actuel de la science »**

Nous constatons que les statistiques et les tables de mortalité utilisées par les assureurs se basent dans la plupart des cas sur des données obsolètes et ne tiennent en aucun cas compte des évolutions scientifiques, technologiques et sociologiques, même parfaitement avérées. Il n'y a aucune transparence en ce qui concerne les outils utilisés par les assureurs, ceux-ci n'ont pour le moment pas à justifier leurs méthodes de calculs.

Par ailleurs, les personnes malades qui sont stabilisées par un traitement, guéries ou en rémission de l'avis même des spécialistes concernés, se voient malgré tout exclues ou obligées de payer des primes exorbitantes.

### **Enjeux du questionnaire médical**

Le candidat à l'assurance n'est pas bien informé quant aux enjeux du questionnaire médical qu'on lui propose très généralement comme « une simple formalité ».

Il manque d'informations quant à ce que l'assureur entend lui faire déclarer ou non.

Nous demandons que les questionnaires médicaux soient standardisés (cfr : code de bonne conduite Loi Partyka-Lalieux, encore mentionné ci-après).

Rappelons ici que le candidat à l'assurance est tenu de communiquer les données importantes dont il a connaissance comme une éventuelle maladie ou handicap, cependant, les questions de santé ne peuvent porter que sur l'état actuel de la seule personne en cause. Les questions d'ordre génétiques sont strictement interdites et tant qu'une maladie n'est pas diagnostiquée le candidat n'est pas tenu de la déclarer même s'il est porteur d'un gène. Ce questionnaire peut-être rempli avec l'aide du médecin traitant du candidat.

Nous sommes en faveur d'un système dans lequel l'assureur ne se base pas sur les critères que le candidat assuré ne maîtrise pas (homme, femme – jeune ou pas - malade, sain, ...).

### **Garantie à la protection de la vie privée**

Nous revendiquons de strictes garanties quant au respect du droit à la vie privée. Répondre aux questions et questionnaires implique un risque sur ce point, les questionnaires passant entre les mains d'un certain nombre de personnes qui ne sont pas spécifiquement liées au secret médical.

### **Médecins conseils des assurances**

Nous soulignons la problématique des médecins conseils dont le statut réel est trop souvent ambigu (doubles casquettes). La plupart du temps les patients sont mal informés du statut exact de ce médecin et des enjeux de cette consultation. Ceux-ci ont l'obligation de faire connaître au patient en quelle qualité il agit, quelle est sa mission et sur quelle demande il effectue son travail. Comme le prévoit la loi relative aux droits du patient, le patient a le droit de consulter les documents repris dans son dossier ou obtenir une copie de celui-ci.

### **Problématiques spécifiques liées à un type d'assurance**

#### **Assurance hospitalisation**

L'intervention forfaitaire prévue par la loi en cas de maladie préexistante est insuffisante.

Par ailleurs, le groupe de travail a fait une recherche en vue d'établir une grille de comparaison des différentes possibilités existant sur le marché. Cette comparaison s'est avérée très complexe, toutes les informations ne sont disponibles.

#### **Assurance solde restant dû**

Nous demandons l'application immédiate et correcte de la Loi dite Partyka-Lalieux (plus particulièrement son code de bonne conduite, contre les pratiques discriminatoires).

Cette loi Partyka-Lalieux a été adoptée fin janvier 2010 dans le but de faciliter l'accessibilité à l'assurance solde restant dû, aux personnes présentant un risque accru de santé, contre laquelle les

représentants des entreprises d'assurances ont introduit un recours en annulation auprès de la Cour Constitutionnelle. Celui-ci a été rejeté mais Assuralia est opposé au code de bonne conduite émis par la Commission des assurances, cette opposition bloque la mise en application de la loi. La loi prévoyait que si la commission des assurances n'arrivait pas à se mettre d'accord la décision appartiendrait au gouvernement. Les associations de patients sont prêtes à collaborer. La LUSS a rencontré Madame Lalieux et a envoyé un courrier aux cabinets Onkelinx et Vande Lanotte afin de leur faire part de leurs préoccupations à ce sujet.

Comme exprimé plus haut, de manière plus transversale, nous dénonçons les exclusions ou primes exorbitantes abusives, les tables de mortalité obsolètes, il est important de se baser sur des données récentes qui tiennent compte des avancées scientifiques et sont effectivement mises à la disposition des assurés et de leurs conseils. Nous souhaitons en tout cas, que soit garantie l'accessibilité aux assurances solde restant dû pour tous (droit au logement).

### **RC familiales**

Il est urgent de trouver une issue pour les personnes en situation de handicap ou de trouble mental qui sont exclues trop souvent de ce type d'assurances. Ces personnes sont confrontées, soit à des surprimes très importantes, soit à un refus pur et simple d'être assuré. Cette situation peut avoir pour ces personnes et leur famille, des conséquences dramatiques au quotidien.

\*\*\*\*\*

Par ailleurs, les associations de patients déplorent qu'aucun droit à l'assurance privée n'existe, les entreprises n'ont pas l'obligation d'accepter un assuré, cela a pour effet que tout une tranche de la population est dans l'impossibilité de contracter une assurance.

Nous préconisons de s'inspirer de Loi AERAS (France) qui depuis 2001 a « légalisé » le système de conventions garantissant l'accès aux assurances aux personnes malades et handicapées. En final, il faut envisager une intervention des pouvoirs publics en faveur des personnes qui ne parviennent pas à s'assurer ou sont soumises à un supplément de prime excessif sur « le marché des assurances privées ».

### **Nos recommandations :**

- Un retour à un système basé sur la solidarité avec une meilleure et plus équitable répartition des risques.
- Plus de transparence quant aux conditions et critères d'accessibilité ; les refus et surprimes doivent être motivés et sanctionnés si non-fondés.
- Les assurances doivent se baser sur des statistiques et tables de mortalité récentes qui tiennent compte de l'état actuel de la science et sont reconnues par les spécialistes médicaux notamment.
- Le candidat à l'assurance doit pouvoir disposer d'une information claire ; toutes les conditions et clauses doivent être à sa disposition.
- Nous demandons l'application de la loi dite Partyka-Lalieux ainsi que du code de bonne conduite qu'elle prévoit en matière de questionnaire médical.

- Le respect du droit à la vie privée doit être assuré en toute circonstance.
- Les personnes en situation de handicap ou de trouble mental doivent pouvoir bénéficier d'une assurance familiale.
- L'accès à l'assurance privée doit être ou devenir un droit.
- Nous préconisons de s'inspirer très largement de la Loi AERAS en place en France depuis 2001.

\*\*\*\*\*