

# Sixième forum national de SOS Hépatites

## **Hépavie, ou comment faciliter l'accès au crédit pour les malades ?**

**Docteur BONNAUD**  
Toulouse

**Docteur GRAISELY**

Docteur BONNAUD

Je vous rappelle que j'avais présenté, il y a deux ans, les résultats d'une étude effectuée par SOS Hépatite, au forum de Bordeaux en septembre 2001. Elle s'était concentrée sur 229 adhérents de l'association. Nous avons alors constaté que 42 % des patients VHC+ avaient souscrit une assurance emprunteur. En outre, la plupart d'entre eux déclaraient leur séropositivité, alors que 32 % la taisait. Si l'assureur s'en apercevait, il pouvait déclarer la nullité du contrat. Néanmoins, en déclarant leur séropositivité, 77 % des malades étaient refusés par les assureurs. Aujourd'hui, des progrès ont été faits. Néanmoins, ils ne sont pas suffisants. Le docteur Graisely va vous entretenir de l'assurabilité et des évolutions légales. Par la suite, je vous présenterai le projet Hépavie, soutenu dès le départ par SOS Hépatites et sans laquelle il n'existerait pas.

### **I. L'assurabilité des risques aggravés liés aux maladies et aux handicaps**

Docteur GRAISELY

Le principe de l'assurance est régi par le code civil. Ce dernier définit que les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites. Un contrat d'assurance est une convention. Le contrat d'assurance s'établit entre un assureur et un souscripteur. Ce dernier, en échange d'une cotisation, se verra remettre de l'argent dans le cas où un événement aléatoire surviendrait. L'assureur connaît l'aléa dans sa globalité et établit une prime relative. L'assureur est tenu de connaître son risque, car il doit répondre de sa solvabilité, par des règles prudentielles extrêmement sévères. L'assureur pourrait être considéré comme un tiers de confiance, entre une population d'assurés et un assuré, promis à rencontrer un malheur dans sa vie.

Cette opération s'effectue dans une économie de marché ouverte et facultative. Par conséquent, les assureurs ont la capacité et le devoir d'examiner le risque, non seulement pour leurs finances, mais aussi pour que le juste prix soit également réparti entre les assurés. Qu'est ce qu'une assurance facultative et volontaire ? Qu'est ce que la solidarité ? Dans Les échos, j'ai lu la définition qu'en donnait Denis KESSLER, qui a été le président de la fédération française des sociétés d'assurance. Il disait : « solidarité, valeur fondamentale. Mode d'emploi : chacun doit

toujours l'exercer vis-à-vis de l'autre et chacun doit toujours s'efforcer de ne jamais en dépendre ».

Que se passerait-il, si, à l'entrée dans les assurances, un contrôle médical n'était pas effectué ? Certains contrats ne sont pas soumis à un examen médical : ils sont simplement plus chers que les autres. En revanche, si cette situation se généralisait, tous les sujets à risques, les malades et les handicapés souscriraient une police d'assurance. Le principe même de l'assurance disparaîtrait et plus personne ne pourrait en bénéficier. Les assureurs emploient à ce sujet une expression parlante : « On n'assure pas une branche qui brûle ». C'est pourquoi l'assureur se livre à la sélection et à l'exclusion. Cependant, la sélection n'est pas une discrimination. Elle existe, mais est pleinement autorisée par le législateur. Les assureurs regroupent les gens qui se ressemblent dans des groupes isorisques auxquels ils proposent des prix correspondant au prix qu'ils coûteront statistiquement.

Qu'est ce que l'exclusion partielle de garantie ? Il faut faire attention à cet élément. Si j'ai une luxation récidivante de l'épaule gauche par exemple et que je suis pianiste, l'assureur peut accepter d'assurer cette luxation au tarif normal, sans en assurer les causes et les conséquences. Ce mécanisme permet de faire entrer plus de personnes dans le mécanisme de l'assurance au prix normal. Une exclusion doit concerner un événement formel et limité. Il est impossible d'exclure les conséquences du diabète. La mutualisation des risques est le procédé selon lequel un assureur répartit ses risques à garantir entre le plus grand nombre des assurés de son portefeuille. Il les répartit donc entre des personnes qui présentent le même profil, via des contrats collectifs.

En pratique, il existe cinq possibilités de décision : l'acceptation au tarif de base, l'acceptation moyennant une exclusion partielle de garantie, l'acceptation moyennant une surprime, combinable à la précédente, l'ajournement, très hypocrite, et le refus. Dans une grande compagnie d'assurance, les affections objectivables sont distinguées des affections non objectivables. Par exemple, les assureurs demandent 4 % de plus aux personnes ayant des maladies neurologiques. Les antécédents psychiatriques sont taxés de 8 % à l'entrée. I

En 12 ans, beaucoup de choses sont apparues. Le Sida est entré en scène. Les malades ont revendiqué le droit à l'emprunt pour les projets immobiliers et professionnels. En 1991, l'Etat et les assureurs ont convenu d'un aménagement qui portait malheureusement en lui-même les vices de sa mauvaise conception. Dès le départ, si vous étiez séropositif, le banquier vous identifiait immédiatement comme relevant de cette convention. Cette stigmatisation était inacceptable. En 10 ans, 30 séropositifs au VIH ont joué ce jeu, qui s'est mal passé. En effet, si les primes étaient calquées au début sur les prix proposés aux séropositifs de Los Angeles, dont la mortalité était considérable, les assureurs les ont diminuées à deux reprises de moitié. Les associations de malades et de handicapés ont finalement agi. Les idées se sont alors précisées avec le temps. En 2000, le conseil de l'ordre a rappelé que la stigmatisation était insupportable.

En outre, Monsieur Belorgey a publié un rapport, de même que le conseil national supérieur du Sida. Ce dernier rapport était réellement prophétique, notamment en ce qui concerne la distinction entre éléments assurables ou non. Entre ces deux rapports, une convention a été signée entre des associations de malades, de handicapés et de consommateurs, les assureurs, les mutuelles et l'Etat. Elle s'est assortie d'un code de bonne conduite pour le traitement des informations médicales sensibles, d'une augmentation théorique considérable des possibilités d'entrée dans l'assurance et d'un élargissement à l'ensemble des malades et des handicapés de ce qui n'était accessible qu'aux seuls séropositifs. De ce fait, la stigmatisation, à défaut d'avoir disparu, a fortement régressé. Cette convention a été inscrite par deux articles dans la loi

relative aux droits du malade, appelée aussi loi Kouchner et constitue une manifestation de la volonté publique de reconnaître l'assurabilité des risques aggravés liés aux maladies et aux handicaps.

En ce qui concerne les prêts à la consommation, le remplissage de formulaire médical n'est plus nécessaire. Néanmoins, les conditions sont strictes. Le prêt doit représenter un montant inférieur à 10 000 euros en prêt cumulé et doit proposer une durée inférieure à 4 ans. En outre, le bénéficiaire doit, au maximum, être âgé de 46 ans. Toutefois, l'ensemble des prêts à la consommation entre dans ce cadre, alors qu'auparavant, il ne concernait que les prêts affectés, c'est-à-dire destinés à acheter un bien déterminé.

Depuis le 15 octobre, la convention Belorgey et son comité de suivi ont élargi cette disposition à l'ensemble des prêts, pour l'achat de n'importe quel bien. Cette convention indique que trois étapes d'examen des dossiers médicaux des candidats emprunteurs doivent automatiquement être effectuées. Autrefois existaient également trois niveaux, mais seuls les deux premiers étaient soumis à l'automatisme d'un examen. Aujourd'hui, si vous déposez une demande d'assurance, l'assureur de premier niveau examinera votre demande. Dans le cas d'une assurance individuelle, il essaiera de vous faire une proposition. S'il n'est pas en mesure de le faire, un pool de co-assureurs et de réassureurs indépendants essaiera de proposer une couverture additionnelle pour faire face à ce risque aggravé.

Quelles sont les avancées constatées ? Le banquier est censé informer des conditions dans lesquelles les informations de santé fournies seront transmises à l'assureur. De plus, il peut remplir le questionnaire de santé seul, sans la présence du conseiller financier. Est-ce vraiment le cas ? C'est discutable. Désormais, les examens complémentaires sont remis directement sous enveloppe au candidat à l'assurance qui le transmet à la personne de son choix, en l'occurrence au service médical ou au médecin conseil de la compagnie d'assurance. Enfin, le conseiller financier doit remettre au candidat deux enveloppes. L'une d'elles est destinée à renfermer le questionnaire de santé, tandis que l'autre, non cachetée, est à destination du service compétent de l'établissement de crédit. Qu'est ce que le service compétent de l'établissement de crédit ? Je ne le sais pas vraiment et j'émetts quelques réserves à ce sujet.

Quels sont les résultats, à fin septembre, de ce dispositif ? La fédération française des sociétés d'assurances affirmait, il y a un an, que la convention Belorgey concernait des dizaines de milliers de patients en France, voire une centaine de milliers. Noël Renaudin, secrétaire général adjoint de la fédération française des sociétés d'assurance, l'a d'ailleurs écrit dans la revue Risques. Aujourd'hui, au troisième niveau de la commission de suivi de la convention Belorgey 824 dossiers ont été examinés en deux ans. Ce chiffre signifie que, soit les dossiers ont été examinés avant, soit que la convention ne fonctionne pas. Nous ne pouvons répondre à cette interrogation, puisque la fédération française des sociétés d'assurances ne publie que ce résultat. Sur ces 824 dossiers, 624 ne présentaient pas de risques aléatoires suffisants. 150 ont fonctionné, mais à quel prix ? Enfin, 50 demandes d'informations sont en cours.

## **II. Présentation du projet Hépavie**

Docteur BONNAUD

Nous étions conscients de l'apport de la convention Belorgey Néanmoins, il nous semblait important, et ce n'était pas pris en compte, d'essayer d'améliorer l'évaluation scientifique du risque. Or, la décision de l'assureur dépend en grande partie de cette évaluation.

Le projet Hépavie a été récompensé par les laboratoires Roche par le prix Progress 2002. Le rôle d'Hépavie est de proposer une évaluation médico-technique du risque des candidats à l'assurance ayant rencontré le VHC. Notre but est de proposer à l'assureur une évaluation plus juste, fondée sur des informations médicales individuelles pertinentes et des données scientifiquement validées. Nous avons clairement identifié la position des assureurs, qui était de ne pas assurer par manque d'informations. C'est pourquoi, nous leur transmettons les informations. En outre, nous avons constaté que les évaluations faites n'étaient pas justes. De ce fait, nous proposons des évaluations, fondées sur des données scientifiques évolutives. Pour cela, nous avons créé à un comité médical d'évaluation, composé d'un hépatologue et d'un médecin compétent en médecine d'assurance. Il est coordonné avec un comité scientifique constitué par des leaders d'opinion en hépatologie, santé publique et épidémiologie.

Dans la pratique, un patient VHC+ nous contacte et nous renvoie un questionnaire médical complété. Le comité Hépavie est composé de deux médecins complémentaires, à savoir le Docteur GRAISELY, compétent en médecine d'assurance et moi-même, hépatologue. Nous avons souhaité conserver cette bipolarité, garante du lien entre le monde scientifique et le monde des assureurs. En 10 jours, nous renvoyons au patient une évaluation du risque à garantir. Le patient envoie alors notre évaluation au médecin conseil de la compagnie d'assurance de son choix. Nous avons tenu à rester une structure indépendante des assureurs. Nous ne sommes en relation qu'avec les candidats à l'assurance ayant rencontré le VHC.

La démarche d'Hépavie ne concerne que l'évaluation du risque lié au VHC. Hépavie ne se substitue pas au contrôle médical organisé par l'assureur, puisque ce dernier évalue les risques indépendants de l'hépatite C. Au final, le médecin conseil de la compagnie d'assurance émet un avis, l'assureur restant maître de sa tarification. Hépavie procède à une évaluation du risque lié au VHC. Nous évaluons donc le risque décès et, si possible, nous proposons une évaluation du risque incapacité-invalidité, qui n'entre pas dans le champ de la convention Belorgey. En outre, nous proposons une évaluation au terme de chaque échéance de prêt. En effet, si dans 15 ans, des risques de cirrhoses sont envisageables, ils sont faibles à court terme. L'échéancier doit permettre d'éviter la focalisation sur la date d'échéance du prêt. De plus, nous évoluons par quintiles, c'est-à-dire que nous avons fractionné les risques en 5 groupes. En fait, un sixième groupe correspond au risque nul, à savoir le patient guéri. Par exemple, le quintile 5 est le cas extrême des patients cirrhotiques.

Autre point innovant : nous évaluons la prise maximale de risque prise par l'assureur. En effet, l'évaluation d'Hépavie prend en compte les seules informations médicales fournies par le candidat à l'assurance. Si un candidat ne nous envoie qu'un nombre limité d'informations, nous procédons à l'évaluation en indiquant une PMR importante. En revanche, le candidat qui propose toutes les données de santé le concernant sera affecté d'une PMR faible. Nous facilitons ainsi le travail de l'assureur qui prend connaissance de sa prise de risques.

Pourquoi avoir choisi l'hépatite C pour la validation d'une démarche innovante ? En premier lieu, l'enquête menée par SOS Hépatites, conduite en juillet 2002, fournit des indicateurs initiaux validés. En second lieu, l'histoire et les traitements de l'hépatite C sont désormais mieux connus. Enfin, les patients ayant rencontré le VHC sont extrêmement sensibilisés à cette pratique, car ils sont souvent jeunes et asymptomatiques. Après l'obtention d'un prix pour ce projet, nous avons tenu à vérifier que nous étions dans le cadre déontologique. Pour cela, nous avons sollicité le conseil départemental de l'ordre. Aussi ai-je sollicité le conseil de Haute-Garonne, tandis que le Docteur Graiseley sollicitait celui de Paris. Les réponses ont été assez similaires. Le conseil de Haute-Garonne a répondu : « Dans la mesure où cet avis paraît contribuer à un meilleur équilibre

entre le candidat à l'assurance et la compagnie d'assurance, le conseil départemental de l'ordre des médecins de la Haute-Garonne n'a pas cru devoir s'y opposer. Nous émettons cependant une réserve, car nous nous inquiétons de l'impact sur le patient de l'avis rendu, par courrier, sans entretien avec celui-ci. Or, s'il est évident que le patient est informé de son état, il l'est sans doute beaucoup moins du pronostic ». Il est vrai que l'article 35 du code de déontologie médicale stipule : « Dans l'intérêt du patient et pour des raisons que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave ». A l'opposé, la loi du 4 mars 2002 précise : « Les résultats d'examens médicaux et les résultats d'examens complémentaires sont remis sous enveloppe au patient présent, qui les transmet au médecin conseil de l'assurance ». Il est donc tout à fait possible de donner un avis médical sous enveloppe.

Juridiquement, la loi prévaut sur un décret. Néanmoins, Hépavie est consciente du risque de fournir un avis sur un dossier comportant un pronostic. En pratique, l'évaluation est exprimée en termes d'assurances. En outre, il est demandé de respecter le caractère caché de l'enveloppe Hépavie. Enfin, seul le médecin traitant reste habilité à répondre aux questions du patient.

Hépavie n'est plus un projet, mais fonctionne depuis quelques mois. Nous avons déjà évalué 15 dossiers. Nous avons constaté que nous étions principalement contactés par le biais des associations, et principalement de SOS Hépatites, et des réseaux VHC. Le contact pris avec notre structure est malheureusement souvent tardif. En effet, il survient après la découverte de difficulté d'assurance. Nombre de personnes nous contactent en nous précisant avoir été refusées par des assureurs tout en devant passer devant un notaire sous peu de temps. C'est alors très difficile. Une démarche en amont dans le projet d'assurance est souhaitable, afin d'anticiper les éventuelles difficultés. Quelles sont les caractéristiques de ces 15 dossiers ? L'âge moyen des candidats à l'assurance est de 40 ans. Les sujets à quintile zéro, à savoir guéris et sans cirrhose, ont des surprimes en risque décès, ce qui est anormal, sans prise en charge du risque incapacité/invalidité. Nous constatons que le quintile moyen en risque décès en fin de prêt est de 1,4 sur 5. Les emprunteurs sont des individus ayant des pathologies faibles, ce qui leur permet de faire des projets. En dépit de ce faible quintile moyen, ils font face à des surprimes fortes, à des refus ou à des ajournements. Nombre d'ajournements concernent des patients en cours de traitement et empêchent la réalisation de projets. La PMR moyenne est très faible. Cela signifie que les patients jouent le jeu de la transparence en nous remettant des dossiers très bien remplis et documentés. Hépavie, en plus du risque décès, propose, dans 87 % des cas, un risque invalidité-incapacité standard.

Des alternatives à Hépavie existent. Je pense notamment aux courtiers. Que proposent-ils ? Divers courtiers d'assurance proposent, dans le cadre d'une délégation d'assurance, de chercher, compte tenu de l'état hépatique, les meilleurs tarifs disponibles auprès des divers assureurs du marché. Je ne sais pas s'ils y parviennent. Dès lors, trois questions s'imposent. Le dossier médical circule-t-il entre plusieurs compagnies, pour être accepté par un mieux offrant ? L'efficacité de cette démarche est-elle démontrée ? Le respect de la confidentialité des informations médicales est-il bien garanti ?

Hépavie essaie d'améliorer l'évaluation du risque. Il est plus important de bien évaluer le risque plutôt que de faire jouer la concurrence entre divers assureurs. En effet, dans cette seconde optique, nous ne changeons pas le regard des assureurs sur les personnes confrontées au VHC. Or, c'est précisément ce regard qui doit être changé. Pour cela, nous essayons de leur proposer des évaluations justes. Peut-être que dans le futur, nous serons en mesure d'orienter les candidats à l'assurance vers un assureur prenant en charge leurs niveaux de quintile. Nous espérons qu'Hépavie contribuera à l'admission dans l'assurance de plus de candidats et à la

réduction des incertitudes en cas de sinistres. En outre, nous avons essayé de définir un cercle vertueux méthodologique, assurant une évaluation juste et un respect de la confidentialité.

Je vous rappelle les coordonnées d'Hépavie : [hepavie@free.fr](mailto:hepavie@free.fr) pour les questions médicales et [hepavie@noos.fr](mailto:hepavie@noos.fr) pour les questions d'assurabilité. Je vous remercie.

## **Débat avec la salle**

### **Un intervenant**

Je vous remercie pour vos interventions. Je remercie également SOS Hépatites de nous permettre d'entendre ces informations, méconnues par la plupart des praticiens prenant en charge le VHC. Etant moi-même responsable du service d'hépatogastroentérologie de l'hôpital du Havre, et confronté à de nombreuses questions des patients, je ne connaissais pas Hépavie.

### **De la salle**

Je tenais à vous féliciter de cette initiative. En effet, le problème de l'assurabilité concerne tous les patients atteints de l'hépatite C et de graves maladies. Avez-vous mesuré la portée de votre travail à l'égard des assureurs ? Des patients ayant soumis les dossiers que vous leur avez préparés, ont-ils reçu des réponses des assureurs ?

### **Docteur BONNAUD**

Nous répondrons à cette question dans trois mois, puisque nous devons communiquer nos résultats après la tenue du prix Progress Roche. Pour l'instant, nous devons rappeler les patients pour faire le point sur leur situation.

### **De la salle**

En cas de difficultés de négociations avec les compagnies d'assurance, Hépavie a-t-elle déjà mis en place une méthode d'intervention ? Discuterez-vous avec les compagnies d'assurance récalcitrantes ?

### **Docteur GRAISELY**

Nous avons réuni les médecins chefs des grandes compagnies d'assurance françaises pour les tenir informés de notre démarche. En effet, ils sont parties prenantes dans la transparence de la méthode. Lorsqu'une compagnie d'assurance aura compris qu'il n'y a aucun risque à accepter des quintiles 0, 1 et 2, la concurrence évoluera. Il me semble que la communication d'image des compagnies d'assurances peut être le meilleur moteur. Les médecins sont-ils meilleurs que les assureurs ? Je ne saurais répondre à cette question. Les médecins sont salariés et appartiennent à un système complexe comprenant des personnels non médicaux hiérarchiquement supérieurs. Ils font leur possible. Je souhaite que les contrats de travail des médecins des compagnies d'assurance soient remaniés, sous l'égide du conseil de l'ordre, pour que ces confrères soient indépendants dans leurs jugements.

### **De la salle**

Cette présentation confirme ce que nous redoutions. Les assureurs augmentent volontiers leurs primes. Hépavie, à elle seule, ne pourra résoudre ce problème. C'est pourquoi SOS Hépatites et les autres associations doivent s'impliquer dans cette résolution. Certaines personnes sont à risque 0, car elles sont guéries. Pourtant, lors de l'élaboration d'un dossier d'assurance, ces patients, qui possèdent des anticorps, sont automatiquement placés en risque aggravé et donc en surprime. Un forçage est nécessaire pour que cette réalité soit prise en compte.

## **Docteur GRAISELY**

Normalement, il est impossible de changer une prime en cours d'assurance. Pour le Sida par exemple, moins dramatique qu'autrefois, les assureurs ont diminué les primes de moitié à deux reprises, ce qui leur est inconcevable juridiquement parlant. Néanmoins, les contrats d'assurance sont figés. Cette situation pose un problème de droit. Toutefois, il faudra qu'ils acceptent les quintiles 0. En dépit des évolutions thérapeutiques, il sera difficile de faire changer les prix.

## **Monsieur BONJOUR**

SOS Hépatites n'avait pas signé la convention Belorgey. Depuis, nous faisons partie du collectif inter associatif de la santé, qui regroupe l'ensemble des associations signataires de cette convention. Il se trouve que la loi Belorgey ne fonctionne pas. Elle va être dénoncée par les associations signataires. En effet, les assureurs s'en moquent et nous mentent continuellement. Néanmoins, certaines compagnies apparaissent et se proposent d'assurer les personnes en maladie chronique. Nous n'avons pas encore beaucoup d'informations à ce sujet.

## **De la salle**

Quelle est la situation dans les autres pays européens ?

## **Docteur GRAISELY**

Elle est très proche de la nôtre.

## **De la salle**

Quelle est la situation aux Etats-Unis ?

## **Docteur GRAISELY**

Je ne sais pas.

## **De la salle**

Il avait été difficile de faire venir les assureurs autour de la table de négociation de la loi Belorgey. D'ailleurs, au sein d'Act-Up, nous avons mené des actions mémorables. Je crois que nous allons revenir à des rapports très conflictuels avec les assureurs. Le syndicat national des entreprises gays a négocié différemment avec les compagnies d'assurance. Il leur a dit représenter 15 000 salariés et leur a laissé le choix de les assurer tous, ou de n'en assurer aucun. Les compagnies d'assurances ont accepté. Aux Etats-Unis, la caricature communautariste parvient, parfois, à obtenir des ententes. La démarche d'Hépatite est très intéressante. Nous sommes en attente des résultats.

## **Monsieur BONJOUR**

Il faut soutenir le projet Hépatite. Il ne faut donc pas hésiter à envoyer des dossiers et à se mobiliser pour que la situation actuelle ne perdure pas.