

Hépatite C et assurance emprunteur

Les patients atteints d'hépatite chronique C rencontrent souvent des difficultés d'accès à l'assurance lors d'une demande de prêt. Beaucoup d'entre eux estiment que le sort qui leur est réservé par les compagnies d'assurances doit être amélioré. De leur côté, les assureurs considèrent que les candidats à l'assurance ne leur fournissent pas les informations médicales pertinentes pour une juste évaluation. Cependant, force est de constater que lorsque ces informations sont fournies, très souvent la réponse de l'assureur n'apparaît pas scientifiquement juste. Ainsi se pose le problème de la qualité de l'évaluation médico-technique qui nécessite des moyens d'expertise scientifique et dont le coût est élevé pour l'assureur fortement exposé à un environnement concurrentiel.

Assurance emprunteur : l'essentiel

Lors d'une demande d'emprunt, la démarche de l'établissement financier sollicité est double :

- d'une part, il évalue le risque financier c'est-à-dire la capacité financière qu'aura l'individu à rembourser l'emprunt ;
- d'autre part, il demande à assurer la somme d'argent qu'il prête vis-à-vis des aléas de la vie – décès, incapacité, invalidité, chômage...



En général, l'établissement financier s'adresse à un organisme d'assurance car c'est la solution la plus sécurisante pour les deux parties, prêteur et emprunteur. Cet organisme est alors chargé d'évaluer le risque médical du souscripteur.

En pratique, l'emprunteur devient donc le plus souvent un candidat à l'assurance. Il devra adhérer à un contrat d'assurance emprunteur souscrit par son établissement financier auprès d'une compagnie d'assurance ou bien auprès d'un autre organisme de son choix dans le cadre d'une délégation d'assurance accordée par son établissement financier.

Emprunt et assurance

- L'établissement financier évalue le **risque financier** de son client
- L'assureur évalue le **risque médical** (décès, incapacité, invalidité, chômage) du candidat à l'assurance

Un **contrat d'assurance** est une convention selon laquelle un assureur, en échange d'une ou plusieurs primes, s'engage à verser au souscripteur ou au bénéficiaire, désigné par lui, une somme d'argent déterminée en cas de survenue d'un événement défini (incapacité, invalidité, décès). Selon l'article 1134 du Code civil, ce type de convention tient lieu de loi à ceux qui l'ont faite. Le candidat à l'assurance et l'assureur, qui s'engagent ainsi l'un envers l'autre, ont alors des devoirs respectifs.

Les devoirs du candidat à l'assurance

Les assurances de personnes n'étant pas, à la différence de l'assurance-maladie, des assurances obligatoires, candidat à l'assurance et assureur ont chacun la faculté ou non de passer contrat.

Or, l'assureur ne peut assurer que s'il est informé des risques qu'il doit garantir dans ce contrat qu'il engagera. Pour préserver l'économie des contrats d'assurance et la juste mutualisation des primes versées par les autres assurés, le législateur a prévu qu'une fausse déclaration intentionnelle du candidat à l'assurance expose ce dernier à la nullité du contrat. Il faut donc insister sur la nécessité d'une information loyale de l'assureur par le candidat à l'assurance.

Les devoirs de chacun

- **Candidat à l'assurance** : loyauté dans l'information qu'il délivre
- **Assureur** :
 - vis-à-vis de son assuré : la solvabilité en cas de réalisation du risque
 - vis-à-vis de ses assurés : la mutualisation des risques

Les devoirs de l'assureur

En échange du versement régulier des primes par l'assuré, l'assureur accordera sa garantie en cas de réalisation du (des) risque(s) couvert(s) par le contrat d'assurance. L'assureur doit pour cela **respecter des règles prudentielles** sévères de solvabilité grâce auxquelles le risque redouté par l'assuré sera certain d'être couvert.

Le **contrôle médical** à l'entrée dans l'assurance **se justifie par cette double exigence de répartition équitable** des risques entre tous ses assurés **et de solvabilité** qui s'inscrit dans les fondements mêmes de l'assurance. En effet, sans ce contrôle médical, tous les sujets à risque s'y

précipiteraient ; les sujets bien portants paieraient le même prix que les autres, et l'assureur risquerait à terme de ne plus pouvoir honorer ses engagements.

L'assureur effectue donc une **sélection médicale**, procédé par lequel il évalue et choisit les risques qu'il souhaite garantir selon l'état de santé des candidats à l'assurance.

Il effectue ensuite une **mutualisation des risques**, procédé par lequel un assureur répartit les risques à garantir entre le plus grand nombre des assurés de son portefeuille.

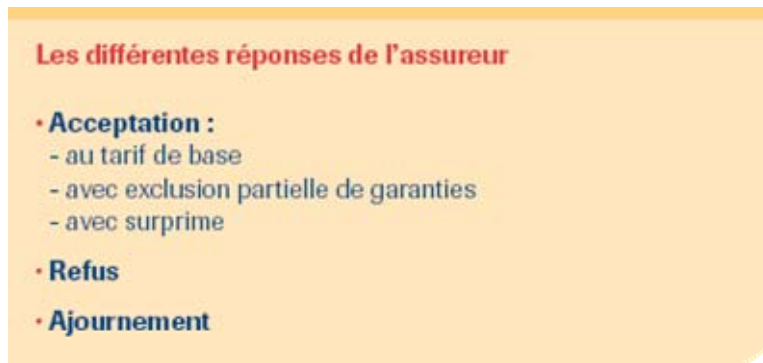
Ce qui pourrait apparaître comme une discrimination a en fait été confirmée par le législateur comme un principe de droit nécessaire à la pratique de l'assurance de personnes.

En pratique, l'assureur proposera au candidat à l'assurance :

- une **acceptation au tarif de base** ;
- une **acceptation** moyennant une **exclusion partielle de garantie**, en sachant que l'événement non couvert par le contrat doit être formel et limité. L'hépatite C ne peut donc être exclue du contrat sans risque pour l'assureur ;
- une **acceptation** moyennant une **surprime** ;
- un **refus** ;
- un **ajournement**.

L'ajournement est une décision relativement rare, plus rare que le refus. Traditionnellement, l'ajournement est le plus utilisé lorsqu'il existe un antécédent hémato-cancérologique, avec un délai raisonnable séparant la survenue de la rémission et la demande d'assurance. Dans le cadre de l'hépatite C, on peut concevoir un ajournement d'un an voire deux ans, lorsqu'un patient présente une hépatopathie chronique sévère en cours ou en fin de traitement.

La guérison fera alors basculer le patient du refus à l'acceptation.



Les malades atteints d'hépatite chronique C face à l'assurance emprunteur

La Convention dite Belorgey

Relayée par la loi sur les droits des malades du 4 mars 2002, elle sert de cadre à l'assurance des malades.

Depuis la convention de 1991 en faveur des séropositifs, l'action des associations de malades, de handicapés et de consommateurs, de même que les avancées thérapeutiques spectaculaires ont fait progresser l'assurabilité des patients.

Cette Convention (1) constitue une avancée pour améliorer l'accès à l'assurance de sujets présentant un risque de santé aggravé et faire respecter la confidentialité des informations médicales collectées à l'occasion de ces opérations d'assurance.

On retiendra sept axes principaux :

- **l'élargissement du champ d'application** : il concerne tous les patients quelle que soit la nature de leur maladie ou de leur handicap et n'est plus réservé aux seuls sujets infectés par le VIH. Son domaine a aussi été étendu aux prêts immobiliers et professionnels mais, en cas de "risque très aggravé", le prêt est limité à un encours cumulé de 200 000 euros, pour une durée maximale de 12 ans, chez un souscripteur de moins de 60 ans ;
- **l'élargissement du nombre des parties signataires** à la plupart des associations ;
- **le renforcement des règles de confidentialité** pour les informations médicales recueillies :
 - "le candidat à l'assurance prend connaissance seul du questionnaire de santé et répond seul, s'il le souhaite, aux questions relatives à son état de santé..." ;
 - les résultats des examens médicaux et les résultats d'examens complémentaires (biologiques, radiologiques) sont remis au candidat qui les transmet au médecin - conseil de l'assureur... ;
 - obligation d'information claire des conditions dans lesquelles les informations qu'il va donner dans le questionnaire seront communiquées à la société d'assurance... ;
 - le questionnaire de santé doit être détachable du dossier de prêt ou d'assurance et il doit être remis deux enveloppes distinctes pré-imprimées, l'une cachetée et destinée au médecin-conseil de la compagnie d'assurance, l'autre (plus grande) destinée au service compétent de l'établissement de crédit. Si le candidat souhaite que ses réponses ne soient connues que du médecin conseil, il glisse son questionnaire dans l'enveloppe cachetée et l'insère ensuite dans l'enveloppe (plus grande) destinée au service compétent de l'établissement de crédit... ;
 - pour rendre son avis sur l'assurabilité du dossier, le service médical transmet sa décision sur une partie administrative communiquée au service gestionnaire, la partie médicale, ne pouvant être transmise, est conservée par le service médical...
- **l'introduction d'une médiation** avec obligation d'information réciproque : "...vous serez informé de la décision de l'assureur... Si vous le souhaitez, le médecin-conseil de l'assureur vous en donnera les raisons, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin désigné par vous. Pour cela, vous devez contacter le médecin-conseil de l'assureur" ;

- **le déclenchement automatique d'un dispositif d'assurance de deuxième et de troisième niveau**, lorsque le premier niveau (assurance décès groupe) est refusé. Le deuxième niveau est un réexamen automatique de la demande dans le cadre d'un contrat d'assurance décès emprunteur de groupe ouvert (contrat sur risque par des assureurs ou réassureurs, en dehors des contrats de groupe). Si cette démarche se solde à nouveau par un refus ou un ajournement de la part de l'assureur, "un pool de risques très aggravés" – assurance de troisième niveau – pourra, si le dossier présente encore un caractère aléatoire suffisant, faire porter le risque décès sur plusieurs co-réassureurs ;
- **la création d'une "Commission de suivi et de propositions"**. Elle comporte une section médiation qui peut être saisie afin de proposer une issue aux litiges individuels nés de l'application de cette convention (2). Présidée par le Conseiller d'Etat Belorgey (3), elle a aussi apporté des améliorations significatives à la version initiale de l'accord conventionnel ;
- **la suppression du questionnaire de risques médicaux pour les prêts à la consommation affectés**, c'est-à-dire ceux proposés sur les lieux de vente sous certaines conditions (montant inférieur à 10 000 euros; durée inférieure ou égale à 4 ans ; personnes âgées de moins de 46 ans) et sans couverture du risque décès. Depuis le 15 octobre 2003, ce dispositif est étendu à tout prêt personnel destiné à l'achat d'un bien, mais les conditions d'encours, de durée et d'âge demeurent.

Convention Belorgey

- **Principaux objectifs**
 - Amélioration de l'assurabilité des patients ayant un risque de santé aggravé
 - Respect des règles de confidentialité (secret médical)
- **Le prêt à la consommation affecté (ex : auto, meuble,...) : pas de questionnaire médical**
 - Prêt ≤ 10 000 € (pas de cumul avec d'autres prêts affectés au-delà de ce seuil)
 - Age ≤ 45 ans
 - Durée de remboursement ≤ 4 ans
- **Le prêt immobilier et professionnel : questionnaire de santé et dispositif à 3 niveaux**
 - Prêt ≤ 200 000 € (pas de cumul avec d'autres prêts au-delà de ce seuil)
 - Age ≤ 60 ans
 - Durée de remboursement ≤ 12 ans

Les risques de décès, d'incapacité-invalidité pour les malades atteints d'hépatite C : risques acceptables et évaluation

Avec les données actuelles et validées concernant l'histoire naturelle de l'infection virale C et l'efficacité des traitements récents, le nombre de candidats pouvant obtenir une assurance emprunteur devrait augmenter avec une tarification (risques invalidité/incapacité/décès) plus pertinente et plus juste (4).

Quelle prise en charge du risque décès semble acceptable et comment évaluer ce risque ?

- **Les patients avec PCR virale C négative** (spontanément ou après traitement ayant mené à la guérison) et fibrose initiale modérée devraient, en matière de garantie décès, pouvoir être assurés au tarif normal des contrats standard de groupe assurance-emprunteur proposés par les établissements financiers.
- **Les patients ayant une infection virale C chronique** représentent pour l'assureur et la mutualité de ses assurés "un risque aggravé". Est-ce scientifiquement justifié ? Plusieurs études prospectives avec suivi prolongé (18 à 45 ans) n'ont pas mis en évidence de diminution de la survie des malades infectés par le VHC (tous malades confondus) par rapport aux malades non infectés par le VHC (5). Cependant, dans une étude allemande (6) portant sur 800 malades suivis en moyenne 5 ans, qui comporte une analyse détaillée de la surmortalité liée directement à l'infection virale C, le facteur de surmortalité par rapport à une population standardisée pour l'âge et le sexe était de 1,6 (tous patients confondus : avec et sans cirrhose). Les décès directement liés à l'infection virale C sont en rapport avec une cirrhose compliquée. Cette augmentation de la mortalité, imputable à l'infection par le VHC est liée à la maladie hépatique et débute donc au stade de cirrhose.
Deux sous-populations ont une surmortalité liée au VHC plus franche par rapport aux malades non infectés par le VHC :
- les patients **au stade de cirrhose**, stade auquel le risque de décès annuel directement lié à l'hépatite C est de 5%;
- les patients **sans cirrhose et âgés de moins de 50 ans** (facteur de surmortalité de 3,1 dans l'étude allemande). Cette population de moins de 50 ans représente la majeure partie des souscripteurs d'assurance emprunteur et semble justifier sur un plan scientifique la qualification de "risque aggravé" par l'assureur.

Pour les patients non cirrhotiques de plus de 50 ans, l'augmentation de la mortalité par maladie hépatique constatée dans la population infectée par le VHC est diluée et devient non significative par rapport à l'augmentation de la mortalité dans la population générale liée à d'autres pathologies.

On notera que les données de surmortalité disponibles sont antérieures à l'utilisation de la bithérapie et surestiment donc probablement celle-ci.

On peut cependant conclure, sur l'ensemble des données disponibles, que la majorité des patients infectés par le VHC, sans cirrhose, devraient

pouvoir bénéficier d'une garantie décès.

Pour une **évaluation au plus juste du risque décès** directement lié au VHC, une estimation du risque de cirrhose ne peut être déterminée qu'en connaissance des **données histologiques** (biopsie hépatique et/ou utilisation des marqueurs biologiques de fibrose). **Selon la sévérité de la fibrose et les facteurs de progression, une estimation individuelle devra être proposée.**

En l'**absence de données histologiques**, le risque actuel de cirrhose est principalement évalué en fonction de l'âge. Un patient de plus de 50 ans et avec un risque de cirrhose actuellement évalué entre 20 à 30 % (5) se voit habituellement refuser l'assurance de personnes sauf si les enjeux financiers sont très faibles. Avant 50 ans, les surprimes seront importantes.

Dans certaines populations, des **facteurs de comorbidité** peuvent bien évidemment majorer le risque lié à l'infection virale C et entraîner une surmortalité (par exemple : les patients co-infectés VIH, les patients ayant une consommation excessive d'alcool,...).

Dans le cadre de la Convention Belorgey, ces patients infectés par le VHC s'intégreront dans un groupe ouvert dit de deuxième niveau, proposé par le même établissement. S'il s'agit d'un "risque très aggravé", ce risque est désormais soumis à l'appréciation d'une commission dans le cadre d'un pool de co-réassurance de troisième niveau, co-et réassureurs venant alors au secours du premier assureur pour l'aider dans la couverture du risque. Ce dispositif de troisième niveau s'accompagne alors de restrictions quant à l'âge (moins de 60 ans), le montant de l'encours cumulé (< 200 000 euros) du prêt et sa durée (<12 ans).

Hépatite C et risque décès : ce qui devrait se pratiquer

- **Patients guéris sans cirrhose : prime pour risque standard**
- **Hépatite virale C chronique sans cirrhose :**
 - Prime pour "risque aggravé" ou "risque très aggravé".
 - Une analyse multicritères à partir de 30 items discriminants du questionnaire médical Hépavie permet de répartir les risques en 5 quintiles.

Quelle prise en charge des risques incapacité de travail et invalidité semble acceptable et comment évaluer ces risques ?

Le risque d'incapacité-invalidité n'est pas prévu dans la Convention du 19 septembre 2001 qui n'évoque que le risque décès. Le refus a priori d'assurer ce risque chez tous les patients est difficile à admettre car certains d'entre eux devraient pouvoir en bénéficier.

Ainsi, comme le préconise Monsieur Belorgey (3), la possibilité d'accorder la garantie incapacité-invalidité doit être étudiée. Le risque réel d'incapacité-invalidité est difficile à évaluer en l'absence de données disponibles dans la littérature hormis durant les phases de traitement.

Quelques particularités méritent cependant d'être précisées :

- **Lorsque le risque de cirrhose est significatif**, la prise en charge du risque invalidité-incapacité standard est difficilement compatible sur le plan économique avec le surcoût de la prise en charge du risque décès. L'assurance invalidité-incapacité standard ne peut donc être proposée qu'aux patients à faible risque de cirrhose et donc de décès, soit encore à la majorité des sujets infectés par le VHC.
- Les patients avec **PCR virale C négative** (spontanément ou après traitement ayant mené à la guérison) et une fibrose initiale modérée ne peuvent, en matière de garantie invalidité-incapacité, être assurés au tarif normal des contrats standard de groupe car, après traitement, ils ne récupèrent pas globalement la qualité de vie des sujets qui n'ont jamais été infectés : une asthénie "les empêchant d'agir comme avant" persiste fréquemment. 20 % des patients guéris après traitement reconnaissent d'ailleurs une diminution de leur activité professionnelle (7).

Hépatite C et risque incapacité/invalidité : ce qui devrait se pratiquer

- **Patients guéris sans cirrhose :**
surprime modérée due à l'asthénie et à l'altération de la qualité de vie résiduelles fréquemment constatées
- **Infection virale C chronique sans cirrhose :**
 - à faible risque de cirrhose à l'issue du prêt : une prise en charge du risque incapacité/invalidité standard doit être proposée
 - à risque significatif de cirrhose à l'issue du prêt : refus d'assurer ce risque (incompatibilité avec le surcoût de la prise en charge du risque décès) ou bien possibilité d'exclure le risque incapacité/invalidité lié à l'hépatite C pour permettre à tous les candidats d'obtenir une prise en charge de ce risque au moins pour les autres risques que ceux induits par l'infection virale C (accident, autre affection invalidante...)

Patients infectés par le VHC et assurance emprunteur : problèmes et dysfonctionnements

Malgré la convention Belorgey, les associations de patients et les malades eux-mêmes témoignent de difficultés à emprunter avec une persistance d'évaluations injustes du risque médical en cas d'infection par le VHC (patients guéris ou infectés) par rapport aux données scientifiques décrites au chapitre précédent.

Comment expliquer que des difficultés persistent (8) ?

- **Une certaine confusion des genres demeure.** Même si cela n'est pas explicite, le prêteur subordonne le plus souvent son accord financier à l'assurabilité de l'emprunteur pour les risques décès et incapacité ou invalidité. En l'état, un organisme prêteur ne peut ignorer ni la limitation de la garantie au décès seul, ni le plafonnement de l'encours cumulé à 200 000 euros, ni, par les délais inhabituels qu'il signale, le recours aux dispositifs de second voire de troisième niveau ;
- **la garantie est limitée** au seul risque décès alors que dans le cas des infections virales C une prise en charge du risque invalidité-incapacité peut souvent être proposée ;
- le strict respect de la **confidentialité des informations médicales** au sein de la compagnie d'assurances : ce sont les services administratifs qui formalisent la décision d'assurer ou non et informent le conseiller de l'établissement financier ! Ainsi, se pose le problème du rôle et de la position hiérarchique des médecins-conseils qui devraient être plus clairement définis ;
- **la collecte des informations médicales** permettant de déterminer le niveau de risque à garantir n'est pas médicalement encadrée ;
- la **qualité de l'évaluation médico-technique** des informations fournies concernant l'hépatite C reste souvent insuffisante. D'une part, elle représente un coût important pour l'assureur et d'autre part les connaissances scientifiques sur l'hépatite C évoluent rapidement.

Assurance Emprunteur et Hépatite C : Problèmes et dysfonctionnements encore présents

- **Accord financier** du prêteur subordonné à l'assurabilité de l'emprunteur
- **Refus de prise en charge** du risque Incapacité/Invalidité sans justification médicale pour la plupart des patients
- **Confidentialité** des informations médicales au sein de la compagnie d'assurance
- **Encadrement médical** lors de la collecte des informations médicales
- **Qualité et coût de l'évaluation** médico-technique

(1) Convention visant à améliorer l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé, 19 septembre 2001. <http://www.ffsa.fr>

(2) Commission de suivi et de propositions de la convention Belorgey. Section de médiation, 54, rue de Châteaudun, 75436 Paris cedex 09.

- (3) Belorgey J.M. La convention Belorgey ; deux ans après... (Editorial). *Médecine et Droit* 2003 ; 61 : 103-4 (Elsevier ed.)
- (4) Bonnaud G, Graisely B. Conditions à l'entrée dans l'assurance de personnes des sujets infectés par le virus de l'hépatite C. *Illus. Journal d'hépatogastro-entérologie* 2001 ; 4 : 31-5
- (5) De Lédighen V. Histoire naturelle de l'infection par le virus de l'hépatite C (Textes du Groupe Bibliographique, Conférence de Consensus 27 et 28 février 2002). *Gastroenterol Clin Biol* 2002 ; 26 : B9-B22.
- (6) Niederer C, Lange S, Heintges T et al. Prognosis of chronic Hepatitis C : Results of a large, Prospective Cohort Study. *Hepatology* 1998 ; 1687-95.
- (7) Ware JE, Bayliss MS, Mannochia M and the International Hepatitis Interventional Therapy group. Health Related Quality of life in chronic hepatitis C : impact of disease and treatment response. *Hepatology* 1999 ; 30 : 550-5.
- (8) Convention du 19 Septembre 2001 visant à améliorer l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque des santé aggravé : commentaires et perspectives. B Graisely, A Haertig. *Médecine et Droit* 2003 ; 61 ; 105-14.(Elsevier ed.)

En pratique, médecin et patient face à l'assurance

Le médecin : ce qu'il peut faire et ce qu'il ne doit pas faire



Un contrat d'assurance devant se construire et se dénouer dans la bonne foi, il n'est pas surprenant qu'un candidat à l'assurance vienne trouver son médecin traitant pour lui réclamer les informations médicales dont il a besoin.

Quelles sont les règles à respecter pour le médecin traitant ? (1,2)

D'abord se rappeler que pour avoir été choisi par son patient, l'intérêt de celui-ci prime toujours, mais à deux conditions :

- ne pas lui révéler un diagnostic ou un pronostic grave qu'on jugerait en conscience préjudiciable pour lui – article 35 du code de déontologie médicale – ;
- ne jamais délivrer de certificat ou d'attestation mensongère ou même incomplète (et donc tendancieuse).

En pratique, **le médecin traitant** (1,2) :

- **ne peut délivrer à son patient que certificat, attestation et pièces médicales justificatives** (résultats biologiques, échographie abdominale, histologie hépatique). Ces éléments doivent permettre au médecin-conseil de l'assureur d'effectuer une meilleure évaluation du risque médical.
- ne doit pas remplir de formulaire émanant d'un tiers et par conséquent d'un assureur ;
- ne peut, même à la demande de son patient, contresigner aucun document ;
- **doit, dans tous les cas, remettre ces documents en mains propres à son patient (et donc jamais à un tiers) ;**
- doit prévenir son patient que ces documents sont susceptibles de lui porter préjudice et qu'il est désormais responsable de l'usage qu'il en fera ;
- peut même demander au patient de les contresigner et en garder copie ;
- doit enfin s'abstenir de s'immiscer dans les affaires personnelles et financières de son patient ;
- ne peut, si le risque se réalise, jouer le rôle de médecin contrôleur. Il doit – et il ne peut que – fournir à l'assuré qui le lui demande les certificats et pièces médicales justificatives, à l'exclusion de toute autre prestation. Il prévient l'assuré des risques éventuels qu'il y a à transmettre à un tiers ces documents. En cas de décès de l'assuré, **il ne doit jamais révéler la cause du décès pour une opération d'assurance**, même si la demande est faite par le médecin contrôleur de la compagnie. Il peut – et souvent il doit – remettre aux ayants droit de l'assuré décédé un certificat qui - si bien sûr cela est certainement le cas – atteste que la cause du décès est étrangère aux risques exclus par le contrat d'assurance qui lui aura été communiqué. Dans le doute, le médecin traitant ne délivrera aucun certificat.
Il fera, le cas échéant pour le conseiller, appel au juriste de son Conseil départemental de l'Ordre des médecins.
- peut – et même devrait – pour **sa prestation réclamer au patient** (puisque ici il n'a pas été missionné par la compagnie d'assurances) **des honoraires mesurés et hors convention** (sans feuille de maladie), même si par ailleurs l'hépatite C est prise en charge à 100 % par l'assurance-maladie. La souscription d'un contrat d'assurance emprunteur est une démarche privée non prise en charge par l'assurance maladie.
Il appartient donc aux compagnies d'assurances et non aux caisses d'assurance-maladie de payer les examens biologiques et médicaux demandés pour ce contrôle médical d'accès à l'assurance.

En résumé, pour éviter toute confusion des genres et tout conflit d'intérêts, le médecin traitant ne devrait pas accepter, même si son patient est d'accord et si la compagnie le lui demande, de remplir (ou même de contresigner) des formulaires d'assurance. Cela relève de la médecine de contrôle et donc d'un médecin contrôleur (cf. art. 100 du Code de déontologie) !

Le médecin traitant face à l'assurance	
OUI	NON
<ul style="list-style-type: none"> • Remettre (en mains propres) au patient certificat, attestation, pièces médicales (résultats d'examens, radios, ...) dont l'usage devient la responsabilité de ce dernier 	<ul style="list-style-type: none"> • Remplir ou contresigner un formulaire ou tout document d'assurance, même sur demande du patient
<ul style="list-style-type: none"> • Faire contresigner ces documents par le patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Remettre à un tiers des pièces médicales justificatives
<ul style="list-style-type: none"> • En garder une copie 	<ul style="list-style-type: none"> • S'immiscer dans les affaires personnelles et financières du patient
<ul style="list-style-type: none"> • Demander des honoraires mesurés et hors convention 	<ul style="list-style-type: none"> • Jouer le rôle de médecin contrôleur

Le patient : ce qu'il doit faire et ne peut pas faire. Les différentes options possibles : Hépavie, courtiers, alternatives à l'assurance...

Si le patient est dépisté positif pour le VHC après avoir souscrit l'emprunt et contracté l'assurance, il n'est pas tenu d'en informer le banquier ni l'assureur.

En revanche, la connaissance de son infection au moment de la signature d'un contrat l'oblige à la signaler à l'assureur à travers le questionnaire médical. Et ceci même en cas d'hépatite chronique C minime ou en l'absence de symptomatologie.

D'une manière générale, le patient doit obligatoirement répondre au questionnaire médical avec sincérité et précision lorsque celui-ci est prévu par la convention Belorgey. Si l'assureur met en évidence une fausse déclaration, des renseignements inexacts ou un oubli volontaire, il risque une diminution des indemnités voire une nullité du contrat.

Face à ces contraintes, un patient présentant une hépatite C dispose de différentes solutions pour améliorer ou optimiser son assurabilité.

Hépavie, une solution pour améliorer l'assurabilité des patients infectés par le VHC ?

Hépavie est une structure indépendante et récente créée en 2003 par deux médecins spécialisés l'un en hépato-gastroentérologie, l'autre en médecine interne et leader d'opinion en médecine d'assurance. Son objectif est d'améliorer les conditions d'accès à l'assurance des sujets infectés par le virus de l'hépatite C (3).

Hépavie est une **structure médicale indépendante d'évaluation du risque des candidats à l'assurance-emprunteur ayant été contaminé par le VHC**. Son comité médical propose à l'assureur une évaluation fondée sur des informations médicales individuelles pertinentes et des données scientifiques validées.

Se situant en amont du dispositif prévu le 19 septembre 2001 par la "Convention visant à améliorer l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé" et dans un souci de parfaite équité, Hépavie évalue d'une part le risque à garantir et, d'autre part pour l'assureur, le niveau d'asymétrie d'information (degré d'incomplétude du dossier médical transmis par le candidat) qu'il doit assumer. Chaque assureur, sur ces bases médico-techniques, propose alors au candidat sa tarification.

Le **comité médical d'évaluation** fait appel aux deux médecins fondateurs dont le rôle est complémentaire. Ils examinent d'abord chacun séparément puis ensemble les dossiers soumis à Hépavie par toute personne ayant rencontré le VHC et souhaitant souscrire un contrat d'assurance. Hépavie adresse à cette même personne et **à elle seule** sous dix jours une évaluation de son risque à garantir, évaluation qu'elle peut alors transmettre au médecin conseil de la compagnie d'assurance choisie.

Un comité scientifique Hépavie, composé de leaders dans le domaine de l'hépatologie, valide régulièrement les choix et les moyens mis en œuvre par le comité médical d'évaluation.

Hépavie n'évalue que le **risque décès** directement induit par l'infection VHC, donc de cirrhose. Le médecin-conseil de la compagnie d'assurances, disposant du dossier médical complet, évalue le risque lié aux autres facteurs de co-morbidité ou au mode de contamination. Ainsi, la surprime, la restriction de garantie, voire le refus d'assurance d'un candidat ayant contracté le VHC n'est pas forcément lié à sa seule hépatite C.

Hépavie propose, lorsque c'est possible, une évaluation du risque **incapacité-invalidité**. En déclinant deux possibilités de garantie, l'une excluant le risque de lombo-sciatique et/ou de dépression, l'autre ne l'excluant pas, le Comité médical Hépavie s'est fixé comme objectif d'ouvrir cette voie jusqu'alors refusée par les assureurs. Les médecins conseils des assureurs devraient à l'avenir se montrer d'autant moins réticents que les dossiers présentés par Hépavie sont mieux documentés.

Cette démarche s'effectue dans un cadre harmonieux incluant les associations de malades et de consommateurs, les candidats à l'assurance porteurs du VHC, les médecins traitants, les réseaux hépatites et les assureurs à travers leurs médecins-conseils. Toutes les informations concernant Hépavie ou les démarches à effectuer pour s'adresser au comité médical en vue de la souscription d'un prêt peuvent être obtenues en téléphonant ou en écrivant au Comité Hépavie (4).

À ce jour, 40 demandes de dossiers d'évaluation ont été adressées au Comité médical Hépavie. L'accès à Hépavie s'est effectué principalement par l'intermédiaire des associations SOS Hépatites, ANIHC et SIDA Info services (39 %), par un courtier spécialiste en risques aggravés, Hand-Assur (35 %), à un moindre degré par le réseau VHC de Haute-Garonne (17 %) et seulement par deux hépatologues (9 %). Hépavie a toujours proposé une prise en charge du risque décès et, dans 87 % des cas, a émis une proposition de prise en charge du risque incapacité-invalidité. Les résultats préliminaires d'une enquête auprès de patients interrogés après leur évaluation avec Hépavie montrent que cette structure est efficace puisque 91 % d'entre eux ont vu leur proposition améliorée : acceptation après un refus initial, diminution des surprimes et/ou élargissement des garanties. Le contact des candidats avec Hépavie intervient dans la plupart des cas de manière beaucoup trop tardive, après la découverte de difficultés avec les assureurs. L'évaluation est alors réalisée dans l'urgence... Une démarche plus en amont du projet d'assurance serait souhaitable. Cela nécessiterait une implication plus importante du corps médical, permettrait ainsi à Hépavie d'étendre son action et à un

plus grand nombre de patients de bénéficier de son efficacité.

Les courtiers en assurances

Divers courtiers en assurances proposent, dans le cadre d'une **délégation d'assurance**, de rechercher les **meilleurs tarifs et garanties** auprès des divers assureurs présents sur le marché, en tenant compte de l'hépatite C du candidat. Il s'agit dans ce cas de mettre en concurrence les divers assureurs, démarche sans rapport avec celle d'HépaVie mais pouvant être complémentaire. Son principal écueil réside surtout dans le respect ou non de la confidentialité des informations médicales.

Emprunt et assurance : les différentes structures et formules pour un patient présentant une hépatite C

- **HépaVie** : évaluation médicale indépendante, individualisée et actualisée des risques liés à l'hépatite C (évaluation transmise au médecin conseil de la compagnie d'assurance qui propose au candidat sa tarification)
- **Courtiers en assurances** : recherche des meilleurs tarifs et garanties par une mise en concurrence de plusieurs assureurs, dans le cadre d'une délégation d'assurance
- **Alternatives à l'assurance** :
 - Transfert des garanties d'une assurance-vie au profit du prêteur
 - Nantissement d'un capital, d'un portefeuille de valeurs mobilières
 - Caution d'un tiers, gage, hypothèque sur un autre bien
- **Pour des renseignements ou en cas de difficultés** :
 - Section de médiation de la convention Belorgey : en cas de refus injustifié ou de non respect de la convention (5)
 - Associations régionales et nationales de patients (SOS Hépatites, Transhépate, Arcat...) et de consommateurs

Les alternatives à l'assurance

Les "alternatives" sont les suivantes :

- **transfert** au profit du prêteur des garanties souscrites dans le cadre d'une **assurance-vie** ;
- **nantissement d'un capital** dont l'emprunteur pourrait disposer par ailleurs (bons de capitalisation...) ;
- recours à **d'autres formules** tels le nantissement d'un portefeuille de valeurs mobilières, la caution, le gage ou l'hypothèque d'un autre bien.

Les établissements financiers se sont engagés dans la Convention Belorgey à examiner attentivement ces alternatives, dès lors qu'elles représentent une sécurité équivalente à celle d'une assurance emprunteur, tant pour le prêteur que pour l'emprunteur... En pratique, une grande partie des emprunteurs ne disposent pas de garanties financières alternatives suffisantes.

Les patients doivent être conscients du risque financier et moral lorsqu'ils demandent la caution d'un tiers. Le rôle et le conseil du Notaire s'exercent pleinement dans ce cas.

Rappelons aussi que pour s'assurer contre le risque de non remboursement du prêt qu'il accorde, l'établissement financier prend une garantie sur le bien immobilier lui-même : hypothèque ou caution...

En conclusion

Le patient VHC positif devra être informé des difficultés persistantes d'accès à l'assurance-emprunteur.

Il lui faudra donc anticiper avant de souscrire l'emprunt en réunissant rapidement un dossier médical complet. Il pourra améliorer l'évaluation de son risque indépendamment des assureurs avec HépaVie et éventuellement solliciter divers assureurs directement ou par l'intermédiaire de courtiers spécialisés, conseillés par les associations. Quels que soient ses choix, il devra toujours s'assurer du strict respect du secret médical.

(1) Dr Robert Saury, *Ordre national des médecins. "Secret médical et compagnies d'assurances. Rapport adopté lors de la session d'avril 2000. www.conseil-national.medecin.fr Actualités. Rapports et travaux."*

(2) *Code de déontologie médicale. www.conseil-national.medecin.fr*

(3) *Prix Progress 2002 (institué par le Laboratoire Roche) soutenant l'innovation dans la prise en charge des personnes atteintes d'hépatite virale*

(4) *HÉPAVIE 31820 PIBRAC Tél/fax/répondeur : 05 34 57 46 34 E-mail : Hepavie@free.fr Hepavie@noos.fr*

(5) *Commission de suivi et de propositions de la convention Belorgey. Section de la médiation. 54, rue de Châteaudun, 75436 Paris cedex 09*