

11 Jul 2024 -01:00

## L'assurance solde restant dû bientôt plus accessible aux diabétiques de type 1 ?

Refus, surprimes... contracter une assurance solde restant dû n'est pas toujours une sinécure quand on vit avec un problème de santé ! En 2019, la Belgique s'est dotée d'un « droit à l'oubli » qui facilite l'accès à ce type d'assurance pour les personnes atteintes de certaines maladies chroniques ou guéries de certains cancers, à certaines conditions et après certains délais. Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) a été chargé de réévaluer à intervalles réguliers la liste des pathologies concernées en fonction de l'évolution des connaissances et des progrès de la médecine. Après une première étude consacrée au cancer du sein, qui a débouché en 2023 sur des conditions plus favorables pour certains groupes de patientes, les experts du KCE ont examiné la possibilité d'intégrer le diabète de type 1 à la liste des maladies concernées.

Une assurance solde restant dû permet de garantir le remboursement d'un emprunt hypothécaire ou d'un crédit professionnel si l'emprunteur décède avant d'avoir acquitté sa dette. Lorsqu'un candidat preneur d'assurance souffre d'une maladie chronique ou susceptible d'abaisser son espérance de vie, il n'est toutefois pas rare que l'assureur réclame des primes plus élevées pour contrebalancer ce risque de santé dit « aggravé ». Il arrive même qu'il refuse purement et simplement d'assurer certaines personnes dont le risque de décès est jugé trop élevé.

### Le droit à l'oubli, c'est quoi ?

Ces surprimes ou refus peuvent compromettre l'accès à la propriété ou les projets professionnels des personnes concernées, et il est important de veiller à ce que les assureurs n'aient pas trop rapidement recours à ces possibilités. En 2019, la Belgique s'est donc dotée d'une loi sur le « droit à l'oubli », qui encadre ces refus et surprimes et qui les limite ou les interdit dans des situations bien précises. Cette loi concerne d'une part les personnes complètement guéries de certains cancers, d'autre part celles qui vivent avec certaines maladies chroniques.

Les maladies visées et les conditions à remplir figurent dans deux listes officielles, les « grilles de référence », que le KCE a été chargé de réévaluer de façon régulière. Dans cette nouvelle étude, il s'est penché sur le cas des personnes atteintes d'un diabète de type 1 (DT1) – une population qui, dans notre pays, a généralement accès à une assurance solde restant dû moyennant une surprime. Dans quelle mesure son risque de mortalité s'écarte-t-il de celui de la population générale ? Les surprimes devraient-elles être plafonnées voire complètement absentes chez ces patients et, si oui, à quel niveau et à quelles conditions ?

### Surmortalité

Dans un premier temps, les chercheurs du KCE ont examiné, au niveau international et au niveau belge, dans quelle mesure le DT1 influence la mortalité et l'espérance de vie. L'analyse belge porte sur une base de données représentative de très grande envergure, comportant les données administratives de près de 40.000 patients belges atteints d'un DT1. Les chercheurs ont distingué quatre sous-groupes :

- Les patients sans comorbidités (environ 60 % de la population étudiée)
- Les patients traités au moyen d'inhibiteurs RAAS (inhibiteurs du système rénine-angiotensine-

aldostérone), des médicaments qui sont généralement prescrits pour ralentir les complications rénales du diabète mais aussi pour l'hypertension artérielle, et peuvent donc témoigner de la présence de complications (30 %)

- Les patients avec une atteinte de l'œil due au diabète (rétinopathie) (9 %)
- Les patients avec une grave insuffisance rénale chronique (1 %)

Il ressort de l'analyse que les Belges atteints de DT1 présentent bien une surmortalité en comparaison avec une population générale comparable en termes d'âge, de sexe et de région. Cette surmortalité s'observe dans tous les sous-groupes étudiés mais reste globalement faible (3,3 décès en plus pour 1000 habitants), sauf chez les patients avec une insuffisance rénale chronique sévère (32,7 décès en plus pour 1000 habitants).

### Des pistes pour adapter les grilles de référence

Sur la base de ses analyses, l'équipe du KCE formule une série de propositions pour une éventuelle inclusion du DT1 dans les grilles de référence. Ces mesures concerneraient uniquement le groupe chez qui l'augmentation du risque reste limitée (patients sans comorbidités, sous inhibiteurs RAAS ou avec rétinopathie). Dans le groupe sans comorbidités (manifestes), peuvent être envisagées :

- Appliquer des surprimes plafonnées (spécifiées dans l'étude) en fonction de l'âge du preneur d'assurance et de la durée du prêt. Sur la base des données disponibles en Belgique, il n'est pas possible de distinguer à l'intérieur de ce groupe les personnes dont le diabète est bien ou au contraire moins bien contrôlé. Les premières risquent donc de payer une surprime relativement élevée par rapport à leur niveau de risque réel (mais peuvent négocier des conditions plus favorables avec l'assureur), tandis que les secondes paieront peu par rapport à leur niveau de risque. À l'intérieur de ce groupe, les patients avec un diabète bien contrôlé sont donc de facto forcés d'être solidaires avec ceux dont la maladie est moins bien contrôlée.
- La seconde option consiste à ne réclamer aucune surprime individuelle à ces patients, mais à répartir leurs surprimes sur l'ensemble des personnes qui contractent une assurance solde restant dû chez un assureur donné. On introduit donc ici un mécanisme de solidarité à l'intérieur de l'ensemble du groupe des personnes ayant une assurance solde restant dû.

En présence de comorbidités autres que l'insuffisance rénale chronique sévère, le KCE préconise uniquement l'option des surprimes plafonnées, la surmortalité étant tout de même plus significative que chez les patients sans comorbidités. Il recommande par ailleurs de ne pas utiliser le facteur « prise d'inhibiteurs RAAS » tel quel, mais de le transposer dans une série de paramètres cliniques à utiliser par les assureurs pour déterminer le montant de la prime. La prise de ces médicaments représente en effet un indice indirect de la présence de comorbidités, mais ne renseigne pas suffisamment sur le niveau de risque du patient individuel.

### Une solidarité encore plus large, une bonne idée ?

Par ailleurs, certains éléments invitent à une réflexion sur la pertinence d'un mécanisme de solidarité où les patients DT1 (avec ou sans comorbidités) ne paieraient plus du tout de surprime pour cause de risque de santé aggravé, le risque de ces patients étant alors réparti entre l'ensemble des assurés solde restant dû\*. Le taux de complications et la surmortalité restent en effet relativement faibles chez les patients DT1 âgés de 20 à 49 ans (le groupe le plus concerné par l'assurance solde restant dû) et leur espérance de vie,

proche de celle de la population générale, dépasse généralement la durée de ce type d'assurance.

Cette approche présente toutefois l'inconvénient de faire potentiellement augmenter le niveau des primes de base pour tous les preneurs d'assurance. Une personne sans risque particulier qui a des revenus modestes pourrait donc se retrouver à payer davantage pour éviter une surprime à un patient diabétique dont la situation est plus aisée que la sienne. Avant qu'un tel système soit éventuellement adopté, ses implications et ses modalités exactes devraient donc faire l'objet d'une réflexion approfondie.

La route est encore longue

Ces propositions ne sont évidemment qu'un premier pas. Elles doivent à présent être examinées par le Bureau du Suivi de la Tarification de l'assurance solde restant dû, qui les transmettra - accompagnées de son avis - aux décideurs politiques. En outre, les conclusions du KCE ne sont évidemment pas écrites dans le marbre, et devront être régulièrement revues en fonction des progrès de la médecine ou de la disponibilité de données supplémentaires.

---

\* Notons qu'il existe déjà une « Caisse de Compensation » financée par le secteur des assurances et les établissements de crédit, qui intervient automatiquement lorsque la prime de base est accrue de plus de 125 % pour des raisons médicales. Elle couvre la part de la surprime qui dépasse 125 % de la prime de base, jusqu'à un maximum de 925 % de la prime de base.

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé  
Centre Administratif du Botanique, Door Building (10ème étage)  
Boulevard du Jardin Botanique 55  
1000 Bruxelles  
Belgique  
+32 2 287 33 88 (nl) / +32 2 287 3354 (fr)  
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat  
Communication scientifique  
+32 475 274 115  
[press@kce.fgov.be](mailto:press@kce.fgov.be)