

**UCL**

Université  
catholique  
de Louvain

Faculté de droit et de criminologie (DRT)

# Pourquoi les personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé ont-elles des difficultés à s'assurer ?

Mémoire réalisé par  
**Jade DONNEN**

Promoteur  
**Vincent CALLEWAERT**

Année académique 2015-2016  
**Master en droit**



Le plagiat entraîne l'application des articles 107 à 114 du Règlement général des études et des examens de l'Université.

Il y a lieu d'entendre par « plagiat », l'utilisation, quelle qu'en soit l'ampleur, le cas échéant par le biais d'une traduction, des idées ou énonciations d'un tiers, fussent-elles paraphrasées, de même que l'utilisation de représentations graphiques d'un tiers, sans que leur source ne soit mentionnée explicitement et distinctement au sein de la prestation réalisée par l'étudiant.

La reproduction littérale du passage d'une œuvre, même non soumise à droit d'auteur, requiert que l'extrait soit placé entre guillemets et que la citation soit immédiatement suivie de la référence exacte à la source mentionnée.

S'il y a eu plagiat, l'étudiant peut se voir infliger une sanction disciplinaire, en fonction de la gravité des faits. Toute constatation de tricherie et de plagiat opérée par le jury est communiquée au vice-recteur aux affaires étudiantes par le président du jury.

## REMERCIEMENTS

Le mémoire de fin d'étude est un édifice construit avec attachement tout au long de ces deux dernières années de droit. Il finalise l'apprentissage de notre cycle universitaire et se définit comme la conclusion indispensable à notre enseignement juridique. Mais le mémoire est plus que tout l'occasion pour nous d'apporter un nouveau souffle au monde juridique et, d'ainsi, prendre position par rapport aux différentes observations mises en avant par les auteurs.

De cette façon, je tiens avant tout à remercier l'ensemble du corps professoral tant à l'Université catholique de Louvain-la-Neuve qu'à l'Université de Namur, pour leur disponibilité durant toutes ces années d'études.

Je tiens plus spécialement à remercier mon promoteur, Monsieur Vincent CALLEWAERT, pour son soutien, sa disponibilité mais surtout ses conseils reçus avec enthousiasme ;

Ma mère, Muriel GERARD, qui a été ma plus grande source d'inspiration tout au long de ce mémoire et, sans qui, tout ce cheminement n'aurait pas été possible ;

Mon père, Dany DONNEN, et ma belle-mère, Virginie MONTEYGNE-JADOUL, pour leur soutien, mais surtout pour leurs savoirs et leurs conseils juridiques durant toute la rédaction de mon mémoire.

## TABLE DES MATIERES

|   |    |
|---|----|
| <b>INTRODUCTION</b> .....   | 10 |
| <b>Titre I : Le droit des assurances de personnes et ses mécanismes de sélection et de segmentation des risques</b> .....                   | 13 |
| <b>Chapitre 1 : La sélection et la segmentation des risques</b> .....   | 13 |
| Section 1 : La liberté contractuelle et tarifaire afférentes aux droits des assureurs .....   | 13 |
| Sous-section 1 : La liberté contractuelle, le corollaire de la sélection des risques.....   | 13 |
| Sous-section 2 : La liberté tarifaire des assureurs .....   | 14 |
| Section 2 : Les conséquences de ces deux formes de liberté : la sélection et la segmentation des risques .....                              | 15 |
| Sous-section 1 : Définition du concept de segmentation .....  | 15 |
| Sous-section 2 : La nécessité de segmenter pour les assureurs.....  | 16 |
| §1 : En raison du marché concurrentiel.....   | 17 |
| §2 : En raison de l'équilibre technique des entreprises d'assurances .....  | 17 |
| Section 3 : Les inconvénients de la segmentation au regard de l'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé de santé .....      | 18 |
| Section 4 : Les nouvelles obligations concernant la segmentation introduite par la loi du 4 avril 2014.....                                 | 19 |
| <b>Chapitre 2 : La création de lois anti-discrimination</b> .....   | 20 |
| Section 1 : L'obligation de justification en cas de distinction sur un des critères protégés .....  | 21 |
| Sous-section 1 : Les critères protégés et plus particulièrement l'état de santé actuel ou futur d'une personne.....                         | 21 |
| Sous-section 2 : Les motifs de justification .....  | 22 |
| Section 2 : La réelle efficacité de la loi et l'importance de mesures législatives supplémentaires .....                                    | 23 |
| <b>Titre II : Les « tentatives » de modération du processus de sélection et de segmentation des risques dans certaines assurances</b> ..... | 24 |

**Chapitre 1 : L'assurance solde restant dû au regard de la nouvelle loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et de son arrêté royal du 10 avril 2014..... 24**

Section 1 : L'historique et les objectifs de cette nouvelle loi..... 24

Section 2 : La particularité de l'information médicale et de la sélection des risques en assurance solde restant dû ..... 26

Sous-section 1 : Les nouvelles mesures applicables à tous les contrats d'assurance solde restant dû..... 26

§1 : Le questionnaire médical et son approbation préalable ..... 27

§2 : L'examen médical ..... 28

§3 : L'examen de la demande d'assurance..... 28

A. L'obligation de motivation et d'information pour l'assureur dans l'hypothèse d'une surprime ou d'un refus ..... 29

B. Les sanctions civiles et pénales en cas de non-respect de cette obligation ..... 30

C. Le réexamen de la demande par le réassureur ..... 31

§4 : La conciliation..... 33

Sous-section 2 : Les nouvelles mesures applicables aux contrats d'assurance solde restant dû uniquement pour les personnes présentant un risque de santé accru..... 33

§1 : Le réexamen de la demande par le Bureau du suivi de la tarification ..... 34

§2 : La caisse de compensation ..... 35

§3 : La garantie standardisée ..... 37

Section 3 : Les lacunes persistantes de l'assurance solde restant dû : Aucun droit à l'assurance ..... 37

**Chapitre 3 : L'impact de la « loi Verwilghen » et de la « loi Reynders » sur l'assurance maladie privée..... 39**

Section 1 : Les différentes formes d'assurance maladie complémentaire ..... 41

Section 2 : Quelques principes dans les assurances maladies privées non liées à une activité professionnelle..... 43

Sous-section 1 : Les contrats d'assurance maladie conclus à vie ..... 43

Sous-section 2 : Les modifications contractuelles et tarifaires en cours de contrat..... 45

§1 : Principe : L'immutabilité du contrat ..... 45

|  |           |
|--|-----------|
| §2 : Les exceptions à ce principe .....  | 45        |
| Sous-section 3 : L'incontestabilité du contrat au regard des maladies préexistantes...   | 47        |
| Sous-section 4 : Le droit à l'assurance pour les personnes de moins de 65 ans en assurance soins de santé .....  | 49        |
| Section 3 : Le droit de poursuite individuelle des contrats liés à une activité professionnelle .....  | 50        |
| Section 4 : La réelle efficacité de ces mesures légales.....   | 53        |
| <b>Titre III : Les solutions envisageables afin d'accroître l'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé de santé : Un droit à l'assurance.....</b> | <b>54</b> |
| <b>Chapitre 1 : Un droit général à l'assurance associé à une obligation de contracter pour l'assureur.....</b>   | <b>55</b> |
| Section 1 : La consécration d'un droit général à l'assurance ? .....   | 55        |
| Section 2 : Les « imperfections » de cette issue.....  | 56        |
| Section 3 : Une solution intermédiaire : un accord conventionnel entre les assureurs ....  | 58        |
| <b>Chapitre 2 : Une réglementation tarifaire .....</b>   | <b>59</b> |
| Section 1 : L'évolution jurisprudentielle européenne afin d'« encadrer » cette liberté tarifaire .....   | 59        |
| Section 2 : Une dérogation à la liberté tarifaire .....  | 60        |
| Section 3 : L'insuffisance de cette solution au regard de la liberté contractuelle .....   | 61        |
| <b>Chapitre 3 : L'interdiction pour les assureurs de prendre en compte certains critères de référence pour la segmentation .....</b>                             | <b>62</b> |
| Section 1 : Des paramètres de segmentation jugés arbitraires ou discriminatoires .....   | 62        |
| Sous-section 1 : Les données génétiques, une application de l'interdiction déjà en vigueur.....  | 62        |
| Sous-section 2 : Le critère de l'état de santé de l'assuré.....  | 63        |
| Section 2 : Les défaillances à l'égard de ce « remède ».....   | 64        |
| <b>Chapitre 4 : Les services d'intérêt économique général.....</b>   | <b>66</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| Section 1 : Une dérogation aux règles du droit de la concurrence édictées dans le Traité fondamental de l'Union européenne ..... | 66        |
| Section 2 : Les conditions cumulatives requises en vue de l'obtention de cette dérogation .....                                  | 67        |
| Sous-section 1 : Une mission de services d'intérêt économique général.....   | 67        |
| Sous-section 2 : La nécessité du caractère proportionnel de la mission .....   | 69        |
| Sous-section 3 : La conformité à l'intérêt de l'Union .....  | 69        |
| Section 3 : Le cas particulier de l'assurabilité des personnes présentant un risque de santé aggravé .....                       | 70        |
| <b>CONCLUSION.....</b>   | <b>72</b> |
| <b>BILIOGRAPHIE.....</b>   | <b>75</b> |



## INTRODUCTION

Les personnes victimes d'une maladie ou d'un handicap sont régulièrement discriminées dans le monde de l'assurance. Elles se voient refuser l'accès à celui-ci soit par un refus net de la part des assureurs soit par l'application de tarifs exorbitants. Leurs contrats d'assurance peuvent également faire l'objet d'une exclusion de garantie.

La raison première de cette discrimination est le fait que ces personnes malades représentent un risque relativement plus dangereux pour les assureurs qui souhaiteraient les couvrir. Par conséquent, ces risques qualifiés d'aggravés font l'objet d'un mécanisme de segmentation des risques. Cette segmentation peut être définie comme une sélection, un tri entre les différents candidats à l'assurance en fonction de la gravité du risque qu'ils représentent. Ce mécanisme de sélection est, entre autre, la conséquence directe du marché concurrentiel dans lequel se trouve le secteur de l'assurance. Les assureurs sont partiellement contraints de segmenter les risques qui leur sont soumis. Mais cette segmentation est aussi l'aboutissement du principe de liberté contractuelle reconnu aux assureurs. Aucun d'entre eux ne peut être forcé de contracter avec un risque qu'ils jugent trop néfaste pour son portefeuille. Ainsi, les personnes séropositives, les anciens cancéreux ou encore les handicapés se retrouvent fréquemment dans l'impossibilité de s'assurer. C'est ce que l'on appelle plus communément les « dérives de la segmentation des risques ». Et bien que le législateur ait créé des lois anti-discrimination avec pour idée d'empêcher les assureurs de prendre en compte certains critères de segmentation, cela ne semble pas encore suffisant pour assurer un accès raisonnable à ces personnes malades.

La première partie de ce mémoire sera donc naturellement consacrée à la problématique de la segmentation des risques ainsi qu'aux inconvénients que ce mécanisme produit pour les personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé.

Les assurances, et plus particulièrement les assurances de personnes, deviennent de nos jours un besoin considérable pour vivre dans notre société. Les personnes qui s'en trouveraient privées deviendraient en quelque sorte des « exclus » de la société et elles ne bénéficieraient pas des avantages considérables qu'apportent ces assurances. Deux d'entre elles en particulier méritent toute notre attention en raison de leur importance sociale. La première est l'assurance maladie privée qui comporte, entre autre, l'assurance soin de santé

permettant de compléter le régime de la sécurité sociale. Cette assurance soin de santé est fondamentale, spécialement pour les personnes malades, puisqu'elle les aide à se garantir contre les coûts des soins de santé. La seconde assurance est l'assurance solde restant dû octroyant quant à elle un droit à la propriété. Devenue quasiment une condition d'admission lors de l'octroi d'un crédit hypothécaire, elle est d'une importance sans pareille. Certaines modifications ont déjà été apportées aux législations de ces assurances dans l'espoir de rendre l'accès à l'assurance plus facile pour les personnes présentant un risque de santé aggravé.

Dans cette seconde partie, le régime légal de chacune de ces deux assurances sera analysé en détail. Toutefois, malgré de nombreuses avancées, celle-ci permettra également d'entrevoir les imperfections de ces régimes malheureusement toujours persistantes.

Hormis l'intervention du législateur, nous verrons dans cette troisième et dernière partie que la protection des personnes malades demeure toujours insatisfaisante. Pour intensifier celle-ci, on estime nécessaire d'instaurer de la solidarité dite « subsidiante » au sein des entreprises d'assurances. Cette solidarité est définie comme celle qui ne découle pas naturellement des lois du marché mais qui nécessite d'être imposée par la loi.

Plusieurs procédés mettant en œuvre cette solidarité seront ainsi envisagés tout au long de cette dernière partie. Le premier d'entre eux est l'idée d'adopter un droit général à l'assurance associé à une obligation de contracter pour l'assureur. Toutefois, bons nombres d'obstacles et d'incohérences, et plus spécifiquement le principe de l'autonomie de la volonté, se dresseront sur son chemin. Le second procédé possible est l'élaboration d'une réglementation tarifaire. Mais malgré le fait que celui-ci semble plus accessible, il risque d'être impuissant face à la liberté contractuelle. Le troisième est d'interdire aux assureurs de prendre en compte certains critères de segmentation, comme celui de l'état de santé. Malheureusement, ce remède cause un grand nombre de critiques et d'incohérences. Enfin, le dernier procédé proposé est la création d'une mission de services d'intérêt économique général. Et même si la réalisation d'une telle mission n'est pas sans difficulté, il n'en reste pas moins que cette solution semble la plus réaliste et réalisable.

L'axe principal de ce mémoire est de mettre en lumière les différentes solutions qui peuvent être envisagées, en plus des avancées du législateur déjà mises en œuvre, dans l'espoir d'un accès à l'assurance plus abordable pour les risques aggravés. Au fil des années,

les progrès se sont fait ressentir au sujet de ces « dérives de la segmentation » et de ces conséquences désastreuses pour les personnes malades. Il ne reste qu'à espérer que cette évolution persiste jusqu'à l'affirmation, peut-être, un peu plus poussée d'un droit à l'assurance.

# **Titre I : Le droit des assurances de personnes et ses mécanismes de sélection et de segmentation des risques**

## **Chapitre 1 : La sélection et la segmentation des risques**

La discrimination, voire l'exclusion, que rencontrent les personnes présentant un risque aggravé pour être assurées, est la conséquence directe du phénomène de segmentation afférent au monde de l'assurance<sup>1</sup>. Cette nécessité de segmenter est indéniablement la répercussion des libertés contractuelle et tarifaire laissées aux mains des assureurs. Aujourd'hui, il est d'ailleurs constaté que cette sélection des risques est devenue une véritable exigence pour les assureurs tant pour faire face au marché concurrentiel que pour assurer l'équilibre technique de leur entreprise.

### **Section 1 : La liberté contractuelle et tarifaire afférentes aux droits des assureurs**

Le mécanisme de segmentation en droit des assurances trouve, avant tout, son origine dans les principes de liberté contractuelle et tarifaire reconnus aux assureurs par rapport aux personnes qu'ils souhaitent couvrir<sup>2</sup>. Sans ces libertés fondamentales, ils n'auraient certainement pas la faculté de sélectionner et de trier les risques qui leur sont soumis.

#### Sous-section 1 : La liberté contractuelle, le corollaire de la sélection des risques

Qui dit sélection des risques, dit nécessairement liberté contractuelle. En effet, les deux vont de pair. L'opportunité pour l'assureur de refuser l'assurance d'une personne à risque n'existerait pas sans sa liberté de conclure ou de ne pas conclure le contrat.

Cette liberté émane du fait que l'assureur conclut des contrats, ce qui implique nécessairement le consentement des parties présentes afin que ceux-ci prennent vie. Le choix est laissé à l'assureur de consentir à la prise en charge du candidat sans jamais l'y

---

<sup>1</sup> V. CALLEWAERT, « Les nouvelles règles applicables en matière de segmentation et en assurance de dommages », in *La nouvelle loi du 4 avril 2014 relative aux assurances*, Bruxelles, Larcier, 2015, p. 52.

<sup>2</sup> B. DUBUISSON, « Solidarité, segmentation et discrimination en assurances. Nouveau débat, nouvelles questions », in *Mélanges en l'honneur du Professeur Jean Bigot*, Paris, LGDJ, 2010, p. 110.

contraindre<sup>3</sup>. Entre autre, si on laisse la possibilité aux assureurs de résilier leur contrat ultérieurement, il est, par voie de conséquence, logique d'admettre qu'ils puissent également refuser de conclure le contrat dès le départ<sup>4</sup>. De plus, et étrangement peut-être, ce droit de refus trouve sa source dans l'obligation qui est faite aux assurés de se souscrire à une assurance<sup>5</sup>.

A juste titre, l'assureur est dès lors libre de souscrire ou de ne pas souscrire un contrat avec une personne présentant un risque trop important pour son portefeuille sans avoir à se justifier<sup>6</sup>. Il est également libre d'assortir le contrat de conditions d'exclusion ou bien encore d'une surprime s'il l'estime nécessaire aux vues des particularités du risque en cause<sup>7</sup>.

## Sous-section 2 : La liberté tarifaire des assureurs

Le principe de la liberté tarifaire a fait l'objet d'une importante consécration par la Cour de justice de l'Union européenne dans les années 2000. La Cour, suivant les dires des directives de la 3<sup>ème</sup> génération<sup>8</sup>, affirme qu'aucun contrôle préalable ou systématique des polices ou des tarifs ne peut être toléré sans s'opposer à ce principe<sup>9</sup>. Toutefois, ce dernier n'est pas mentionné explicitement dans la législation, c'est uniquement la Cour européenne qui, un peu hâtivement, en fait la déduction.

Mais, rapidement, les assureurs ont été confrontés à la dépréciation de cette liberté tarifaire en raison, surtout, de l'augmentation constante des tarifs envers les candidats à l'assurance. En effet, cette liberté permettait librement aux assureurs de recourir à des tarifs de plus en plus discriminants pour les personnes présentant un risque aggravé<sup>10</sup>. Dans

---

<sup>3</sup> C. PARIS, *Les dérives de la segmentation en assurance*, Bruxelles, Larcier, 2005, p. 61.

<sup>4</sup> G. DURRY, « La sélection de la clientèle par l'assureur : aspects juridiques », *Risques*, mars 2001, n°45, p. 68, disponible sur <http://www.ffsa.fr/Risques>.

<sup>5</sup> C. PARIS, *Les dérives de la segmentation en assurance*, *op. cit.*, p. 26.

<sup>6</sup> F. CORLIER, « Segmentation : le point de vue de l'assureur », in H. COUSY, H. CLAASSENS et C. VAN SCHOU BROECK (dir.), *Compétitivité, éthique et assurance : dixièmes journées de l'assurance à Louvain*, Louvain-la-neuve, Bruylant, 1998, p. 195.

<sup>7</sup> J.-M. BINON, *Droit des assurances de personnes. Aspect civils, techniques et sociaux*, Bruxelles, Larcier, 2007, p. 113.

<sup>8</sup> Directive (CEE) du 18 juin 1992 portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie et modifiant les directives 73/239/CEE et 88/357/CEE, *J.O.C.E.*, L 228, du 11 août 1992, p. 1 ; Directive (CEE) n°2002/83 du Parlement européen et du Conseil, du 5 novembre 2002, concernant l'assurance directe sur la vie, *J.O.C.E.*, L 345, du 19 décembre 2002, p. 1.

<sup>9</sup> C.J.U.E., 11 mai 2000, *Commission c. France*, C-296/98, *Rec.*, 2000, p. I-3025.

<sup>10</sup> F. CORLIER, *op.cit.*, p. 195.

plusieurs arrêts<sup>11</sup> postérieurs de la Cour de justice, elle s'est donc vue contrainte d'être limitée et réduite. Ces arrêts ont alors laissé la porte ouverte à une réglementation nationale portant effet sur l'évolution des primes tout en laissant quand même aux assureurs la possibilité pour eux de fixer une prime de base<sup>12</sup>. Ces mesures nationales ne pouvaient en aucun cas venir restreindre la faculté donnée aux assureurs de définir leurs propres tarifs sauf si elles semblaient justifiées au regard de l'intérêt général communautaire<sup>13</sup>.

Face à cette augmentation dangereuse des tarifs, il était effectivement devenu nécessaire d'y mettre un frein tout en gardant un équilibre entre la solvabilité des assureurs et la protection des consommateurs<sup>14</sup>.

## **Section 2 : Les conséquences de ces deux formes de liberté : la sélection et la segmentation des risques**

### Sous-section 1 : Définition du concept de segmentation

Conformément à ces deux formes de liberté, l'assureur n'aura, non seulement, pas l'obligation de couvrir tous les risques qui se présentent à lui mais il pourra également leur imposer une surprime si celui-ci l'estime nécessaire. L'assureur aura donc la possibilité de segmenter les risques qui lui sont présentés c'est-à-dire qu'il va constituer des segments entre eux selon divers critères<sup>15</sup>.

La segmentation peut alors se définir comme « une technique que l'assureur utilise pour différencier la prime et éventuellement aussi la couverture, en fonction d'un certain nombre de caractéristiques spécifiques du risque à assurer, et ce aux fins de parvenir à une

---

<sup>11</sup> C.J.U.E., 7 septembre 2004, *Commission c. Luxembourg*, C-346/02, *Rec.*, p. I-7517, point n°24 ; C.J.U.E., 7 septembre 2004, *Commission c. France*, C-347/02, *Rec.*, p. I-7557, point n°25 ; C.J.U.E., 28 avril 2009, *Commission c. Italie*, C-518/06, *Rec.*, 2009, p. I-3491, point n°106 ; C.J.U.E., 7 mars 2013, *D.K.V. Belgium c. Test-Aankoop*, C-577/11, *Bull. ass.*, 2013, liv. 3, p. 315, note F. LONGFILS.

<sup>12</sup> F. LONGFILS, « La liberté tarifaire s'arrête là où commencent le contrôle prudentiel et la protection du consommateur d'assurances », note sous C.J.U.E. (4<sup>e</sup> ch.), 7 mars 2013, *Bull. ass.*, 2013, liv. 3, p. 320 ; J.-L. FAGNART, « L'assurance revisitée par la jurisprudence européenne », in *Actualités en droit des assurances*, Bruxelles, Larcier, vol. 154, 2015, p. 90.

<sup>13</sup> J.-M. BINON, « Le principe de liberté tarifaire : une nouvelle nébuleuse dans le ciel européen de l'assurance », in *Les paramètres de sélection des risques à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Bruxelles, Kluwer, 2004, dossier 10, p. 23.

<sup>14</sup> F. LONGFILS, *op. cit.*, p. 320.

<sup>15</sup> C. PARIS, « Segmentation et sélection des risques », in *Les paramètres de sélection des risques à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Bruxelles, Larcier, 2004, dossier 10, p. 57.

meilleure concordance entre, d'une part, le coût estimé du sinistre et les frais qu'une personne déterminée met à charge de la collectivité des preneurs d'assurance et, d'autre part, la prime que cette personne doit payer pour la couverture offerte »<sup>16</sup>. Il s'agit donc bien pour l'assureur de classer les candidats à l'assurance dans des catégories homogènes afin de pouvoir leur appliquer des primes adéquates et personnalisées et d'ainsi veiller à l'équilibre de son portefeuille financier<sup>17</sup>. Attention toutefois, que la segmentation n'a pas lieu uniquement lors de la souscription du contrat d'assurance du candidat. Il est courant que le contrat d'assurance subisse des adaptations ultérieures par lesquelles l'assureur aura de nouveau l'opportunité de segmenter les risques de son portefeuille<sup>18</sup>.

Même si l'assureur segmente principalement par l'établissement de ses tarifs, ce que l'on appelle la segmentation tarifaire, la sélection des risques ne se résume pas uniquement à cela<sup>19</sup>. Il a également la possibilité de segmenter les risques qu'il entend couvrir par d'autres mécanismes de sélection comme le fait de refuser net d'assurer le risque ou bien encore d'incorporer dans le contrat d'assurance des exclusions de garantie<sup>20</sup>.

Cette segmentation est, avant tout, pratiquée pour assurer l'équité entre les assurés eux-mêmes afin que la prime soit la plus juste et adéquate possible par rapport au risque couvert. On parle alors de justice actuarielle pour qualifier le fait qu'il serait injuste que les bons risques viennent épauler les mauvais risques<sup>21</sup>.

## Sous-section 2 : La nécessité de segmenter pour les assureurs

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, la segmentation n'est pas une option laissée au bon vouloir des assureurs. En effet, plusieurs raisons les obligent en quelque sorte à devoir sélectionner les risques qui leur sont présentés. D'une part, le marché de la

---

<sup>16</sup> N. DE PRIL et J. DHAENE, « Commission des assurances. Rapport du groupe de travail : Segmentation », in H. COUSY, H. CLAASSENS et C. VAN SCHOU BROECK (dir.), *Compétitivité, éthique et assurance*, Louvain-la-Neuve, Bruylant, 1998, p. 112.

<sup>17</sup> B. DUBUISSON, « Solidarité, segmentation et discrimination en assurances. Nouveau débat, nouvelles questions », *op. cit.*, p.109.

<sup>18</sup> G. DURRY, « La sélection de la clientèle par l'assureur : aspects juridiques », *op. cit.*, p. 66.

<sup>19</sup> C. PARIS, « Segmentation et sélection des risques », *op. cit.*, p. 58.

<sup>20</sup> B. DUBUISSON, « Solidarité, segmentation et discrimination en assurances. Nouveau débat, nouvelles questions », *op. cit.*, p.109.

<sup>21</sup> C. PARIS, *Les dérives de la segmentation en assurance*, *op. cit.*, p. 21.

concurrence les y contraint et, d'autre part, l'équilibre technique de leur entreprise en dépend également<sup>22</sup>.

### §1 : En raison du marché concurrentiel

Le marché de l'assurance est un marché particulièrement concurrentiel ce qui a pour conséquence que la segmentation devient une véritable nécessité pour les assureurs. Dans l'hypothèse où ils ne pratiqueraient pas cette sélection, ils verraient leurs bons risques quitter leur entreprise au profit d'autres entreprises concurrentes segmentant davantage les risques qui leur sont soumis<sup>23</sup>. Segmenter devient alors une condition de survie pour les entreprises d'assurances même pour les plus réticentes d'entre elles<sup>24</sup>.

Cependant, ce n'est pas uniquement dans le but de garder les bons risques dans leur portefeuille que les assureurs segmentent. C'est également pour garder une certaine part de marché et, par voie de conséquence, pour rester dans la concurrence<sup>25</sup>. La rentabilité de l'entreprise est fondamentale pour que celle-ci maintienne sa place au sein du marché de l'assurance.

De plus, l'une des conséquences du départ brutal des bons risques est le déséquilibre immédiat du portefeuille de l'assureur. C'est la deuxième raison pour laquelle les assureurs se sentent obligés de segmenter<sup>26</sup>.

### §2 : En raison de l'équilibre technique des entreprises d'assurances

La segmentation permet de placer chaque risque dans son bon groupement ce qui a principalement pour but de maintenir un équilibre au sein de l'entreprise d'assurances<sup>27</sup>. En triant ces risques, cela permet d'avoir des catégories homogènes et par conséquent d'éviter

---

<sup>22</sup> J.-L. DAVET, « L'assurance santé individuelle : des solidarités à l'épreuve de la segmentation », *Risques*, septembre 2011, n°87, p. 2, disponible sur <http://www.ffsa.fr/Risques>.

<sup>23</sup> B. DUBUISSON, « Solidarité, segmentation et discrimination en assurances. Nouveau débat, nouvelles questions », *op. cit.*, p. 109.

<sup>24</sup> C. PARIS, *Les dérives de la segmentation en assurance*, *op. cit.*, p. 23.

<sup>25</sup> *Ibidem.*, p. 23.

<sup>26</sup> B. DUBUISSON, « Solidarité, segmentation et discrimination en assurances. Nouveau débat, nouvelles questions », *op. cit.*, p. 109.

<sup>27</sup> J.-Chr. ANDRE-DUMONT, « La sélection du risque et la segmentation en assurance de personne – Les assurances vie », in *Les paramètres de sélection des risques à l'aube du XXIe siècle*, Dossier n°10, Bruxelles, Kluwer, 2004, p. 118.

que l'équilibre ne soit rompu ainsi que le risque d'anti-sélection<sup>28</sup>. L'anti-sélection implique « une accumulation au sein du portefeuille de l'assureur d'un nombre anormal d'assurés plus exposés que la moyenne à la réalisation du risque ou à sa réalisation précoce »<sup>29</sup>. Si les risques ne sont pas catégorisés de façon homogène et si l'accès à l'assurance est entièrement libre, l'anti-sélection deviendrait le principe en droit des assurances, ce qui n'est manifestement pas supportable pour les entreprises<sup>30</sup>.

La sélection des risques se justifie donc par ce besoin qu'ont les assureurs de maintenir un équilibre technique constant<sup>31</sup>. En effet, puisque ce dernier peut se trouver déséquilibré suite aux résultats de l'anti-sélection, l'assureur risque d'augmenter de façon linéaire ses prix pour éviter cette anti-sélection<sup>32</sup>.

### **Section 3 : Les inconvénients de la segmentation au regard de l'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé de santé**

La segmentation présente certains avantages pour les assureurs puisqu'il s'agit d'une condition de survie de leur entreprise. Cependant, cette segmentation florissante produit également des conséquences désastreuses pour les personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé. En effet, ce phénomène n'étant aucunement encadré, il peut mener pour une partie des consommateurs à une « quasi-inassurabilité » dans certaines branches d'assurance<sup>33</sup>. La segmentation peut même se traduire en un facteur d'exclusion pour certains risques en raison du refus de les assurer ou des surprimes déraisonnables que les assureurs peuvent leur opposer<sup>34</sup>. Certaines assurances deviennent alors inaccessibles ce qui semble problématique puisque plusieurs d'entre elles sont indispensables pour notre bien-être social<sup>35</sup>. C'est principalement dans les assurances de personnes et plus particulièrement en

---

<sup>28</sup> F. DE BILDERLING, « Discrimination et assurances : le point de vue actuariel », in *Discriminatie in verzekering – Discrimination et assurance*, Anvers, Maklu, 2007, p. 242.

<sup>29</sup> J.-Chr. ANDRE-DUMONT, « La sélection du risque et la segmentation en assurance de personne – Les assurances vie », *op. cit.*, p. 118.

<sup>30</sup> F. DE BILDERLING, *op. cit.*, p. 242.

<sup>31</sup> F. GOYENS, « Segmentering in de aanvullende ziekteverzekering », *Bull. ass.*, 2004, n°23, p. 163.

<sup>32</sup> J.-Chr. ANDRE-DUMONT, « La sélection du risque et la segmentation en assurance de personne – Les assurances vie », *op. cit.*, p. 120.

<sup>33</sup> P. DEJEMPE, « L'accès à l'assurance », in H. COUSY, H. CLAASSENS et C. VAN SCHOUBROECK (dir.), *Compétitivité, éthique et assurance : dixièmes journées de l'assurance à Louvain*, Louvain-la-Neuve, Bruylant, 1998, p. 207.

<sup>34</sup> N. ESTIENNE, « Les dérives de la segmentation en assurance », *R.G.A.R.*, 2005/7, p. 14021.

<sup>35</sup> *op. cit.*, p. 14021.

assurance maladie et en assurance solde restant dû, que cette question d'exclusion se trouve péniblement examinée<sup>36</sup>.

Les personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé sont assurément les premières touchées par ce mécanisme de segmentation. Leur accès à l'assurance devient de plus en plus périlleux. Entre autre, « le nonaccès à l'assurance ou un accès plus difficile pour ces consommateurs à risques élevés est certainement plus dommageable socialement que la surprime supportée par les consommateurs à risques réduits »<sup>37</sup>. Il semble dès lors urgent de trouver des solutions en terme de solidarité. Cela permettra d'encadrer ce mécanisme et, surtout, d'octroyer aux mauvais risques un accès plus libre à l'assurance tout en gardant des tarifs raisonnables<sup>38</sup>.

#### **Section 4 : Les nouvelles obligations concernant la segmentation introduite par la loi du 4 avril 2014**

La nouvelle loi du 4 avril 2014 relative aux assurances va corriger la codification de lois préexistantes mais elle va, surtout, introduire de nouveaux articles tendant à lutter contre la discrimination causée par le mécanisme de segmentation<sup>39</sup>. Une de ses majeures innovations liées à la protection des consommateurs est l'obligation pour l'assureur de justifier toute segmentation accomplie. Il doit également faire preuve de transparence quant aux critères employés<sup>40</sup>. Ces nouvelles dispositions permettront principalement d'éviter une différenciation injustifiée, voire même une discrimination entre les différents consommateurs.

Toutefois, uniquement certains types de contrats d'assurance sont visés par cette nouvelle réglementation. En effet, une des dispositions<sup>41</sup> de cette loi énumère limitativement les contrats d'assurance qui seront soumis à cette nouvelle obligation de transparence et de justification lors de la segmentation. La raison en est que le législateur a voulu « encadrer la pratique de la segmentation pour certaines assurances qui sont considérées en Belgique

---

<sup>36</sup> C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, Limal, Anthémis, 2011, p. 221.

<sup>37</sup> P. DEJEMEPPE, « L'accès à l'assurance », *op. cit.*, p. 208.

<sup>38</sup> N. ESTIENNE, *op. cit.*, p. 14021.

<sup>39</sup> C.-A. VAN OLDENEEL, « Florilège de nouvelles lois concernant les assurances », *Bull. ass.*, 2014/2, n°387, p. 243.

<sup>40</sup> V. CALLEWAERT, « Les nouvelles règles applicables en matière de segmentation et en assurance de dommages », *op. cit.*, p. 53.

<sup>41</sup> Art. 43, §1 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

comme des assurances de base»<sup>42</sup>. Cette référence aux assurances de base vise principalement les assurances obligatoires, ou du moins indispensables de nos jours mais également les assurances dans lesquelles une différenciation arbitraire a déjà eu lieu<sup>43</sup>. L'assurance individuelle sur la vie ainsi que l'assurance maladie en font d'ailleurs partie.

L'objectif principal de cette nouvelle loi est donc l'interdiction de toute discrimination entre les consommateurs lors de la sélection des risques. Dès lors, dans les travaux préparatoires, le législateur ne se cache pas avoir pris appui sur la législation anti-discrimination en allant toutefois un peu plus loin que celle-ci<sup>44</sup>. En effet, selon une disposition, « toute segmentation opérée sur le plan de l'acceptation, de la tarification et/ou de l'étendue de la garantie doit être objectivement justifiée par un objectif légitime, et les moyens de réaliser cet objectif doivent être appropriés et nécessaires »<sup>45</sup>. Ce texte, repris à l'identique de la législation anti-discrimination, porte sur tous critères de segmentation, contrairement à l'énumération limitative de ceux-ci dans la loi de 2007<sup>46</sup>.

Cependant, même si cette loi crée une obligation de justification et de transparence à l'égard des assureurs qui pratiquent la segmentation, elle ne leur interdit en aucune façon de continuer à l'exercer. Certes, elle leur inflige plus de contraintes mais elle ne protège toujours pas complètement les mauvais risques de ce phénomène.

## **Chapitre 2 : La création de lois anti-discrimination**

Aux vues des conséquences dommageables que peut engendrer la liberté contractuelle et tarifaire des assureurs, le législateur a décidé de prendre les choses en main en créant les lois « anti-discrimination ». Elles ont pour principal objectif d'encadrer plus rigoureusement

---

<sup>42</sup> Projet de loi relatif aux assurances, Exposé des motifs, *Doc. Parl.*, Ch. repr., 2013-2014, doc. n°56-3361/001, p. 32.

<sup>43</sup> V. CALLEWAERT, « Les nouvelles règles applicables en matière de segmentation et en assurance de dommages », *op. cit.*, p. 54.

<sup>44</sup> B. TOUSSAINT, « Les dispositions de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances portant sur l'interprétation du contrat d'assurance, la publicité, la tarification et la segmentation », *R.D.C. – T.B.H.*, 2015/10, p. 949 ; Projet de loi relatif aux assurances, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., 2013-2014, doc. n°53-3361/001, p. 32.

<sup>45</sup> Art., 44 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>46</sup> C.-A. VAN OLDENEEL, *op. cit.*, p. 243.

ces deux libertés afin d'éviter aux assureurs de causer, injustement, des discriminations aux personnes les plus vulnérables<sup>47</sup>.

### **Section 1 : L'obligation de justification en cas de distinction sur un des critères protégés**

Une première loi anti-discrimination du 25 février 2003 interdisait toute discrimination qui porterait sur « la fourniture ou la mise à disposition du public de biens et de services »<sup>48</sup> ce qui visait, entre autre, le domaine de l'assurance<sup>49</sup>. Mais puisque cette loi ne faisait référence à aucun critère précis de discrimination et laissait, par conséquent, place à une grande insécurité juridique, le législateur est venu corriger cela à travers deux lois du 10 mai 2007<sup>50</sup>. Dorénavant, on ne pourra plus parler de discrimination que si celle-ci est occasionnée sur base d'un critère limitativement protégé par la loi<sup>51</sup>.

Sous-section 1 : Les critères protégés et plus particulièrement l'état de santé actuel ou futur d'une personne

La loi tendant à lutter contre certaines formes de discrimination aurait « pour objectif de créer un cadre général pour lutter contre la discrimination fondé sur l'âge, l'orientation sexuelle, l'état civil, la naissance, la fortune, la conviction religieuse ou philosophique, la conviction politique, la conviction syndicale, la langue, l'état de santé actuel ou futur, un handicap, une caractéristique physique ou génétique ou l'origine sociale »<sup>52</sup>. Par conséquent, dès qu'un assureur pratique une distinction injustifiée sur base d'un de ces critères, il y a discrimination directe ce qui peut être condamné par le juge au sens de ces deux lois<sup>53</sup>.

---

<sup>47</sup> C. PARIS, « Actualités législatives et jurisprudentielles dans les assurances en général », in *Actualités en droit des assurances*, Liège, Anthémis, 2008, vol. 105, p. 367.

<sup>48</sup> Art. 5, §1 de la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination.

<sup>49</sup> B. WEYTS, « Verzekeraars en de Antidiscrimatiewet », *N.j.W.*, 2004, n°85, p. 1088.

<sup>50</sup> Loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination ; Loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes ; C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, op. cit., pp. 214-215.

<sup>51</sup> Y. THIERY, « Gelijkheid, dienstverlening en verzekering : een herontdekkingstocht », *R.D.C. – T.B.H.*, 2007/8, p. 750.

<sup>52</sup> Art. 3 de la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination.

<sup>53</sup> F. DOYEN, « Les nouvelles lois anti-discrimination (I) », *For. ass.*, 2007, n°7, p. 122 ; Comm. Bruxelles (cess.), 7 mars 2005, *Test-Achats/DKV Belgium, J.T.*, 2005, pp. 382 et s.

L'état de santé actuel ou futur, le handicap ainsi que les caractéristiques physiques ou génétiques sont bien évidemment les critères qui nous intéressent le plus. Il serait d'autant plus discriminatoire de refuser d'assurer une personne ou de lui octroyer une surprime sur base d'un critère sur lequel elle n'a aucun pouvoir et qui relève de sa vie privée<sup>54</sup>.

Toutefois, cette loi n'interdit pas de manière absolue toute distinction sur les critères précités. En effet, elle introduit plutôt « un système ouvert »<sup>55</sup> de justification c'est-à-dire qu'elle laisse la possibilité aux assureurs de justifier objectivement la distinction qu'ils opèrent si cela se révèle être nécessaire pour l'appréciation du risque à couvrir<sup>56</sup>.

## Sous-section 2 : Les motifs de justification

Pour qu'une distinction sur un des critères protégés par la loi puisse avoir lieu, il faut qu'elle soit « objectivement justifiée par un but légitime et que les moyens de réaliser ce but soient appropriés et nécessaires »<sup>57</sup>. Donc, pour que cette différenciation soit autorisée, il est requis « qu'elle poursuive un but légitime, qu'elle repose sur un critère objectif et pertinent, qu'elle constitue une mesure nécessaire et proportionnée par rapport à cet objectif »<sup>58</sup>. L'assureur devra alors remplir ces 5 conditions s'il veut pouvoir effectuer une distinction sur base d'un de ces critères.

Concernant la première condition de légitimité, l'assureur ne devrait pas rencontrer trop de difficultés. Effectivement, il est nécessaire pour lui de faire des distinctions entre les risques couverts s'il désire que son entreprise reste rentable et qu'elle s'arme contre l'anti-sélection<sup>59</sup>. Par rapport à l'objectivité et la pertinence de la distinction, il est nécessaire que le critère repose sur des éléments objectifs, précis et pertinents<sup>60</sup>. Cela signifie non seulement que ce critère ne doit découler d'aucun jugement arbitraire mais qu'il doit également avoir

---

<sup>54</sup> B. FOSSEPREZ, « L'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé », *Ann. dr. Louvain*, liv. 1, 2012, p. 111.

<sup>55</sup> B. WEYTS, « Verzekeraars en de Antidiscriminatiewet », *op. cit.*, p. 1088.

<sup>56</sup> J.-M. BINON, « La liberté commerciale des assureurs à l'épreuve du feu européen », *R.D.C. – T.B.H.*, 2010/1, p. 16.

<sup>57</sup> Art. 7 de la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination.

<sup>58</sup> C. PARIS, « Segmentation et sélection des risques », *op. cit.*, p. 68.

<sup>59</sup> J.-M. BINON, *Droit des assurances de personnes. Aspect civils, techniques et sociaux*, *op. cit.*, p. 115.

<sup>60</sup> B. DUBUISSON, « Solidarité, segmentation et discrimination en assurances. Nouveau débat, nouvelles questions », *op. cit.*, p. 116.

une influence importante sur le risque à couvrir<sup>61</sup>. Pour respecter la troisième condition de nécessité, il faut que la distinction opérée soit réellement indispensable pour atteindre le but visé sans qu'aucune autre solution moins dommageable ne soit envisageable<sup>62</sup>. Enfin, concernant la dernière exigence à savoir celle de proportionnalité, l'assureur devra préférer une surprime ou une exclusion de garantie par rapport à un refus net d'assurance<sup>63</sup>. Ces deux mesures semblent *a priori* plus raisonnables et proportionnées qu'un refus net de la part des assureurs puisqu'elles remplissent tout aussi bien les intérêts du candidat preneur que ceux de l'assureur<sup>64</sup>.

La loi anti-discrimination laisse donc la porte ouverte à une potentielle justification. Toutefois, au regard des conditions à remplir, ce système de justification « ouvert » n'est pas sans embûche pour le secteur de l'assurance.

## **Section 2 : La réelle efficacité de la loi et l'importance de mesures législatives supplémentaires**

Une nouvelle question se pose quand il s'agit de savoir si cette nouvelle loi anti-discrimination est réellement efficace pour les personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé. Malgré le fait que cette loi représente une avancée considérable en matière d'accès à l'assurance, d'autres solutions pourraient, toutefois, être envisagées afin d'accroître encore plus cet accès<sup>65</sup>.

Certes cette législation se révèle être efficace, mais elle ne s'avère, en tout cas pas, être suffisante pour stopper la discrimination liée à cette inassurabilité des risques aggravés. Elle n'incarne qu'un simple outil donné au juge dans le but de contourner les abus de certains assureurs<sup>66</sup>. Le législateur devrait essayer de trouver des mesures adéquates supplémentaires sur le long terme pour permettre un accès à l'assurance à un plus grand nombre d'entre nous.

---

<sup>61</sup> B. DUBUISSON, « Solidarité, segmentation et discrimination en assurances. Nouveau débat, nouvelles questions », *op. cit.*, pp. 116-117.

<sup>62</sup> *Ibidem.*, p. 119.

<sup>63</sup> J.-M. BINON, *Droit des assurances de personnes. Aspect civils, techniques et sociaux*, *op. cit.*, p. 116.

<sup>64</sup> C. PARIS, « Segmentation et sélection des risques », *op. cit.*, p. 69.

<sup>65</sup> B. FOSSEPREZ, « L'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé », *op. cit.*, p. 117.

<sup>66</sup> B. DUBUISSON, « Solidarité, segmentation et discrimination en assurances. Nouveau débat, nouvelles questions », *op. cit.*, pp. 122-123.

Cette loi anti-discrimination concourt donc certainement à une meilleure assurabilité des mauvais risques mais elle ne constitue pas, à elle seule, un réel remède<sup>67</sup>.

## **Titre II : Les « tentatives » de modération du processus de sélection et de segmentation des risques dans certaines assurances**

### **Chapitre 1 : L'assurance solde restant dû au regard de la nouvelle loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et de son arrêté royal du 10 avril 2014**

L'assurance solde restant dû est une assurance vie qui « garantit le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté en vue de la transformation ou de l'acquisition de l'habitation propre et unique du candidat preneur d'assurance »<sup>68</sup>. C'est l'une des premières assurances spécifiquement touchées par ce problème de sélection et de segmentation des risques. En effet, les personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé sont particulièrement discriminées puisque leur santé, aujourd'hui encore, est prise en compte lors de l'allocation d'une assurance solde restant dû<sup>69</sup>. Une nouvelle loi est donc venue modifier les conditions d'accès de ce type d'assurance dans l'espoir, peut-être utopiste, d'améliorer la situation de ces personnes malades.

#### **Section 1 : L'historique et les objectifs de cette nouvelle loi**

La loi du 4 avril 2014 relative aux assurances a d'abord été précédée par une autre loi que l'on appelait la « Loi Partyka ». Cette première loi-cadre avait pour objectif de rendre l'accès à un logement plus aisé pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou d'un cancer<sup>70</sup>, tout comme le démontre également la nouvelle loi de 2014. Elle voulait permettre à ces personnes victimes d'une santé fragile de pouvoir souscrire une assurance solde restant dû

---

<sup>67</sup> B. DUBUISSON, « Solidarité, segmentation et discrimination en assurances. Nouveau débat, nouvelles questions », *op. cit.*, p. 123.

<sup>68</sup> Art. 1, §1, 1° de l'arrêté royal du 10 avril 2014 réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital du crédit hypothécaire.

<sup>69</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », in *La nouvelle loi du 4 avril 2014 relative aux assurances*, Bruxelles, Larcier, 2015, p. 97.

<sup>70</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », in *La loi sur le contrat d'assurance terrestre*, Bruxelles, Larcier, 2012, p. 344.

sans devoir supporter, systématiquement, un refus ou des conditions tarifaires tellement exorbitantes qu'elles pourraient s'apparenter à un refus<sup>71</sup>. C'était d'autant plus important puisque la souscription de cette assurance est encore souvent une condition pour le prêteur en cas de conclusion d'un crédit hypothécaire<sup>72</sup>. Les assureurs étaient alors soumis à une obligation de transparence et de motivation lorsqu'ils imposaient aux candidats à l'assurance un refus net ou des conditions tarifaires déraisonnables<sup>73</sup>. Toutefois, comme précisé lors d'un arrêt de la Cour constitutionnelle, l'objectif de cette loi-cadre n'était nullement d'affirmer un droit général à l'assurance mais seulement de permettre un accès plus libre<sup>74</sup>.

Malheureusement, tout le régime de la loi Partyka n'a pu être réalisé puisqu'étant une loi-cadre, elle subordonnait son entrée en vigueur à diverses délégations et mesures d'exécution qui n'ont jamais pris forme<sup>75</sup>. De fait, la Commission des assurances, et le pouvoir exécutif de manière subsidiaire, n'ont pas su constituer dans les délais impartis un code de bonne conduite et un questionnaire médical standardisé<sup>76</sup>. Par conséquent, les personnes présentant un risque de santé accru tels que les séropositifs ou encore les cancéreux n'ont pas vu leur situation améliorée par l'adoption de la loi du 21 janvier 2010 puisque seulement une de ses dispositions est entrée en vigueur<sup>77</sup>.

Une seconde loi, celle de 2014, a ensuite vu le jour. Elle avait également pour objectif d'améliorer la possibilité pour les personnes atteintes d'une maladie ou d'un handicap de souscrire une assurance solde restant dû et d'ainsi avoir accès à leur propre logement. Ces dispositions sont entrées en vigueur à la suite de l'arrêté royal du 10 avril 2014. Ce dernier a permis, entre autre, l'application d'un système particulièrement similaire à celui de la loi du

---

<sup>71</sup> M. FONTAINE et J.-M. BINON, « La loi du 4 avril 2014 relative aux assurances – Présentation générale – Dispositions relatives au droit du contrat d'assurance », *R.D.C. – T.B.H.*, 2014, p. 964.

<sup>72</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, p. 342.

<sup>73</sup> X., « Loi du 21 janvier 2010 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru », *R.D.C. – T.B.H.*, 2010, p. 439.

<sup>74</sup> C.C. n° 166/2011, 10 novembre 2011, *R.D.C. – T.B.H.*, 2012, (Reflète BINON, J.-M.), liv. 3, p. 323.

<sup>75</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 97.

<sup>76</sup> M. FONTAINE et J.-M. BINON, *op. cit.*, p. 964.

<sup>77</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, pp. 99 et 105.

21 janvier 2010<sup>78</sup>. Ces dispositions ont toutefois laissé de côté l'élaboration d'un code de bonne conduite ainsi que celle d'un questionnaire médical standardisé<sup>79</sup>.

Ce qui est certain c'est que cette nouvelle législation ne compte en aucune façon s'éloigner des objectifs constitués par la première loi Partyka, à savoir faciliter l'accès à l'assurance solde restant dû, et compte même aller plus loin<sup>80</sup>. Toutefois, les dispositions de transparence et de motivation afférentes à l'assurance solde restant dû ne sont plus uniquement applicables aux personnes présentant un risque de santé accru mais elles le sont à tous les candidats<sup>81</sup>.

## **Section 2 : La particularité de l'information médicale et de la sélection des risques en assurance solde restant dû**

En assurance solde restant dû, l'information médicale est une information primordiale pour l'assureur. Cette assurance étant par définition une garantie contre le décès prématuré de l'emprunteur d'un crédit hypothécaire, il est normal pour l'assureur, lors de la souscription du contrat d'assurance, d'être vigilant par rapport à l'état de santé de son candidat. L'information médicale est donc dans ce type de contrat particulièrement privilégiée et détaillée afin d'éviter aux assureurs de mauvaises surprises. Cependant, celle-ci devient au fil du temps une source de discrimination puisqu'elle a pour conséquence directe l'inassurabilité des personnes malades.

### **Sous-section 1 : Les nouvelles mesures applicables à tous les contrats d'assurance solde restant dû**

Une série de dispositions dans ces nouvelles législations s'applique non seulement aux personnes présentant un risque de santé accru mais également à tous les candidats preneurs d'assurance. L'assureur devra dès lors respecter certaines de ces dispositions dès qu'un candidat voudra souscrire cette assurance.

---

<sup>78</sup> J.-M. BINON, « Développements nouveaux sur la déclaration du risque dans les assurances de personnes », in *Actualités en droit des assurances*, Bruxelles, Larcier, 2015, p. 28.

<sup>79</sup> *Ibidem.*, p. 29.

<sup>80</sup> N. SCHIMITZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 101.

<sup>81</sup> *Ibidem.*, p. 102.

## §1 : Le questionnaire médical et son approbation préalable

Dans l'ancienne loi, l'opportunité avait été laissée à la Commission des assurances, et subsidiairement au Roi, d'établir un questionnaire médical standardisé. Le Roi avait alors la possibilité de restreindre le contenu de ces questionnaires médicaux sans toutefois pouvoir interdire aux assureurs de sélectionner les risques sur base des informations médicales qu'ils recevaient<sup>82</sup>. Leur rôle était d'encadrer légalement le choix laissé aux assureurs de refuser un candidat ou de lui appliquer une surprime<sup>83</sup>.

Cependant, lors de l'élaboration de cette nouvelle loi de 2014 ainsi que de son arrêté royal, le législateur a décidé de ne pas suivre l'idée d'un questionnaire médical standardisé ainsi que celle d'un code de bonne conduite<sup>84</sup>. Aujourd'hui, le caractère « standardisé » du questionnaire a été abandonné. Par la même occasion, il a été décidé qu'il s'appliquerait dorénavant à tous les candidats à l'assurance solde restant dû et pas uniquement à ceux qui présentent un risque de santé accru<sup>85</sup>.

Tout preneur d'assurance est censé déclarer chaque élément qu'il juge opportun pour l'assureur quant à l'évaluation de son risque, ce qui inclut évidemment les informations médicales<sup>86</sup>. Mais dans l'hypothèse où le candidat à l'assurance affiche effectivement des risques de santé, l'assureur est en droit de le soumettre à un questionnaire médical plus détaillé<sup>87</sup>. Toutefois, même si ce questionnaire a perdu son caractère standardisé, l'assureur devra le soumettre à l'approbation du Bureau du suivi de la tarification<sup>88</sup>. Ce questionnaire devra respecter la législation relative à la protection de la vie privée. Il devra également comporter « des questions précises qui portent exclusivement sur des événements susceptibles d'attester du caractère accru d'un risque de santé dans le chef du candidat assuré »<sup>89</sup>.

---

<sup>82</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, p. 351.

<sup>83</sup> *Ibidem.*, p. 353.

<sup>84</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 106.

<sup>85</sup> I. VOGELAERE, « L'assurance solde restant dû devient plus accessible », *Actualités*, 30/06/2014, disponible sur <http://www.jura.be>, p. 1.

<sup>86</sup> C. DEVOET, « Accès à l'assurance solde restant dû : un chantier en voie d'achèvement », *For. ass.*, 2013, n°149, p. 234.

<sup>87</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 119.

<sup>88</sup> J.-M. BINON, « Arrêté royal du 10 avril 2014 réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire », *R.D.C. – T.B.H.*, 2014, liv. 7, p. 728.

<sup>89</sup> Art. 4 de l'arrêté royal du 10 avril 2014 réglementant certains contrats visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire.

L'idée était donc de trouver un juste équilibre entre d'une part, la protection de la vie privée des candidats à l'assurance et d'autre part, la possibilité pour les assureurs de délimiter concrètement le risque qui leur est soumis. La Cour d'appel de Liège a d'ailleurs justifié cette intrusion dans la vie privée du candidat par l'obligation légale qui lui est faite de déclarer les risques<sup>90</sup>.

## §2 : L'examen médical

Si l'assureur l'estime nécessaire, il a la possibilité de soumettre le candidat preneur d'assurance à un examen médical complémentaire, en plus du questionnaire médical. L'assureur peut effectivement avoir besoin de plus de renseignements sur l'état de santé du candidat afin de parfaire l'évaluation du risque qui lui est soumis.

Toutefois, si l'on veut éviter les abus de la part des assureurs tentés de soumettre chaque candidat à un examen complémentaire, il faut encadrer le recours à cet examen médical. Le législateur avait convenu, lors de l'élaboration de la loi « Partyka », que le code de bonne conduite déterminerait les situations dans lesquelles l'assureur pourrait demander un examen supplémentaire ainsi que le contenu de cet examen médical<sup>91</sup>. Mais, dans la nouvelle loi relative à l'assurance, le code de bonne conduite a été supprimé. Elle a cependant repris à l'identique la disposition de l'ancienne loi concernant cet examen en déléguant cette fois-ci cette mission au Roi<sup>92</sup>. Malheureusement, l'arrêté royal d'exécution ne dit rien à ce sujet ce qui n'a toutefois pas pour conséquence que cet examen supplémentaire et son contenu soient laissés au libre choix des assureurs<sup>93</sup>.

## §3 : L'examen de la demande d'assurance

---

<sup>90</sup> Liège, 14 septembre 2009, *For. ass.*, n°103, avril 2010, p. 82, obs. J.-Chr. ANDRE-DUMONT.

<sup>91</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 106.

<sup>92</sup> Art. 212, §1, 4° de la loi relative aux assurances.

<sup>93</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 124.

#### A. L'obligation de motivation et d'information pour l'assureur dans l'hypothèse d'une surprime ou d'un refus

Lors d'une demande d'assurance de la part du candidat, l'assureur est tenu de l'examiner et d'y répondre dans les plus brefs délais<sup>94</sup>. Selon le profil du risque qui lui est présenté et suite au questionnaire médical et si nécessaire à l'examen complémentaire, l'assureur peut refuser de couvrir le risque ou lui attribuer une surprime<sup>95</sup>. Cependant, les assureurs sont désormais obligés de motiver leur décision de refus ou de surprime. Ainsi, ils doivent la motiver par écrit et de façon claire et explicite afin que le candidat soit informé des raisons de son refus ou de sa surprime<sup>96</sup>. En cas de surprime, il leur est même demandé de « scinder la prime entre la prime de base et la surprime imputée en raison de l'état de santé de l'assuré »<sup>97</sup>.

Ce devoir de motivation remplit un double objectif. Premièrement, il permet d'informer le candidat victime des raisons médicales et techniques qui ont poussé l'assureur à refuser de le prendre en charge ou à lui imposer une surprime. Deuxièmement, il sert à contrôler l'exigence de justification imposée par la loi anti-discrimination, entre autre, par rapport au critère de l'état de santé<sup>98</sup>.

A côté de ce devoir de motivation, les assureurs sont également soumis à un devoir d'information. Le candidat qui se verrait opposer un refus ou une surprime n'est pas obligé de se satisfaire de l'explication donnée par l'assureur. Il a également la possibilité de réagir à cette décision en demandant à l'entreprise d'assurance des informations complémentaires<sup>99</sup>. Le médecin-conseil de l'entreprise doit ainsi fournir sur demande de l'assuré des informations supplémentaires concernant les raisons médicales qui ont poussé l'assureur à faire ce choix<sup>100</sup>. L'entreprise peut également présenter à l'assuré toutes les études ou statistiques qui ont été utilisées pour évaluer la prime soumise pour le risque à couvrir<sup>101</sup>.

---

<sup>94</sup> C. DEVOET, « Accès à l'assurance solde restant dû : un chantier en voie d'achèvement », *op. cit.*, p. 234.

<sup>95</sup> J.-M. BINON, « Développements nouveaux sur la déclaration du risque dans les assurances de personnes », *op. cit.*, p. 37.

<sup>96</sup> Art. 213 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>97</sup> Art. 213 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>98</sup> N. SCHIMITZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, pp. 129-130.

<sup>99</sup> C. DEVOET, « Accès à l'assurance solde restant dû : un chantier en voie d'achèvement », *op. cit.*, p. 235.

<sup>100</sup> I. VOGELAERE, « L'assurance solde restant dû devient plus accessible », *op. cit.*, p. 2.

<sup>101</sup> *Ibidem.* p. 2.

Toutes ces exigences de motivation et d'information sont principalement là pour améliorer la situation des personnes à santé fragile et, pour éviter que cette situation ne soit défavorisée de manière arbitraire par les assureurs. En obligeant ceux-ci à motiver les raisons de leur refus ou de leur surprime, ils deviennent limités dans leurs faits et gestes et, de fait, ne peuvent plus discriminer de façon aléatoire les personnes malades.

#### B. Les sanctions civiles et pénales en cas de non-respect de cette obligation

En cas de non-respect de ses devoirs de motivation et d'information, l'assureur court le risque d'engager sa responsabilité civile. L'établissement des sanctions civiles était, auparavant, dévolu au code de bonne conduite<sup>102</sup> mais c'était sans compter sur l'élaboration de la loi du 4 avril 2014 qui a, finalement, abandonné cette idée. Dès lors, aujourd'hui, la loi organise, outre les sanctions prévues par les dispositions générales de la loi, un régime de responsabilité civile pour l'assureur qui ne respecterait pas « les dispositions arrêtées en vertu du paragraphe 1 » de l'article 212 de la loi<sup>103</sup>.

Ainsi, plusieurs discussions se sont éveillées concernant l'étendue concrète de ce régime. Interprétée strictement, cette disposition laisse sous-entendre que seul le non-respect des dispositions de l'arrêté royal d'exécution impliquerait la responsabilité civile de l'assureur. Par conséquent, en cas d'autres manquements, c'est le droit commun qui serait appliqué et non ce régime particulier<sup>104</sup>. Mais, pour éviter tout malentendu, il aurait été plus simple de prévoir un régime de responsabilité civile qui s'appliquerait non seulement aux dispositions de l'arrêté d'exécution mais également aux dispositions de la loi-cadre<sup>105</sup>.

Cette même disposition prévoit également une présomption de lien causal entre le préjudice du candidat à l'assurance et le non-respect par l'assureur de ses obligations<sup>106</sup>. Grâce à cette présomption, le régime de la preuve se trouve être renversé puisqu'il repose, dès à présent, sur les épaules de l'assureur qui va devoir prouver l'absence d'un lien causal entre

---

<sup>102</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, p. 357.

<sup>103</sup> Art. 212, §3 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ; C. DEVOET, « Accès à l'assurance solde restant dû : un chantier en voie d'achèvement », *op. cit.*, p. 237.

<sup>104</sup> *Ibidem.*, p. 237.

<sup>105</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 133.

<sup>106</sup> Art. 212, §3 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ; C. DEVOET, « Accès à l'assurance solde restant dû : un chantier en voie d'achèvement », *op. cit.*, p. 238.

le préjudice et le non-respect de ses obligations s'il veut éviter de verser des dommages et intérêts au candidat<sup>107</sup>. Ce mécanisme de présomption a été inséré dans la loi en faveur du candidat à l'assurance qui se retrouve maintenant déchargé de la responsabilité de rapporter la preuve de son préjudice.

A côté de ces sanctions civiles, des sanctions pénales sont également prévues à l'encontre des assureurs qui ne respecteraient pas leurs devoirs. Auparavant, la loi condamnait à des sanctions pénales tout assureur qui ne respectait pas le code de bonne conduite ou les dispositions qui en tiennent lieu<sup>108</sup>. La Cour constitutionnelle a d'ailleurs dû s'exprimer sur la légalité de cette disposition, en ce qu'elle condamnait pénalement le non-respect du code de bonne conduite alors même que les éléments essentiels des comportements incriminés n'étaient pas donnés par la loi<sup>109</sup>. La Cour a répondu « qu'une délégation au Roi n'était pas contraire à ce principe, pour autant qu'elle soit définie de manière suffisamment précise et porte sur l'exécution des mesures dont les éléments essentiels sont fixés préalablement par le législateur »<sup>110</sup>. Mais puisque la loi de 2014 a supprimé le concept de code de bonne conduite, ce problème de légalité ne se pose plus aujourd'hui car c'est la loi elle-même qui décrit maintenant les comportements qui seront incriminés<sup>111</sup>. Désormais, les sanctions pénales ne seront donc prises uniquement qu'en cas de non-respect des dispositions légales qui en tiennent lieu<sup>112</sup>.

Afin de dissuader les assureurs de segmenter de façon aléatoire sans aucune justification pour le candidat, il fallait prévoir des moyens de pression comme le risque de voir leur responsabilité civile engagée ou de subir les conséquences des sanctions pénales.

### C. Le réexamen de la demande par le réassureur

Avant l'intervention du législateur, le candidat à l'assurance qui se voyait refuser l'accès à celle-ci ou qui se voyait appliquer une surprime assimilable à un refus, n'avait pas

---

<sup>107</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 133.

<sup>108</sup> Ancien article 139, §1, 3° de la loi du 25 juin 1992 sur les contrats d'assurance terrestre.

<sup>109</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, p. 357.

<sup>110</sup> C.C., 10 novembre 2011, n°166/2011, p. 51, B.41.2 et pp. 52-53, B.43.6.

<sup>111</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 134.

<sup>112</sup> *Ibidem.*, p. 134.

d'autres choix que d'aller frapper à la porte d'autres assureurs dans l'espoir d'être couvert à des conditions plus abordables<sup>113</sup>. Face à cette injustice, la loi Partyka avait alors prévu la possibilité pour le candidat qui se trouvait en désaccord avec la surprime demandée, de faire réévaluer sa demande à l'assureur de son propre assureur<sup>114</sup>. En cas d'opposition entre le candidat et son assureur, ce dernier avait donc l'obligation de transférer directement le dossier d'assurance à son réassureur pour un nouvel examen<sup>115</sup>. Concernant la nouvelle loi relative aux assurances, elle a repris mot pour mot ce mécanisme de réévaluation imaginé, auparavant, par la loi Partyka<sup>116</sup>.

Par conséquent, en cas de contestation de la part du candidat concernant le montant de la surprime, l'assureur est contraint d'envoyer directement à son réassureur l'entièreté du dossier pour réévaluation. Le réassureur va alors rendre ce qu'on appelle une proposition contraignante qui ne l'est, malheureusement, que par son nom. En effet, même si le réassureur décide d'octroyer une surprime inférieure à celle de l'assureur, ce dernier ne sera contraint de l'appliquer que dans l'hypothèse où il souhaite contracter avec le candidat<sup>117</sup>. Dans le cas contraire c'est-à-dire le cas où il ne souhaiterait plus contracter avec la personne, il peut simplement refuser de couvrir le risque qui lui a été soumis. Le réassureur peut également confirmer la surprime de l'assureur, dans ce cas-là, ce dernier maintiendra sa proposition initiale<sup>118</sup>. Cette proposition contraignante pourrait effectivement sous-entendre que l'assureur soit dans l'obligation de souscrire un contrat d'assurance au candidat mais ces législations n'ont malencontreusement pas pour objectif de consacrer un droit à l'assurance solde restant dû. L'assureur conserve donc sa liberté contractuelle et peut dès lors refuser de contracter avec le candidat<sup>119</sup>.

Selon le libellé de la disposition, le texte laisse à penser que l'intervention du réassureur n'aura lieu qu'en cas de surprime. Cela signifie qu'en cas de refus net et

---

<sup>113</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 124.

<sup>114</sup> J.-M. BINON, « Développements nouveaux sur la déclaration du risque dans les assurances de personnes », *op. cit.*, p. 38.

<sup>115</sup> Art. 214, al.1 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ; X., « Assurance solde restant dû », *Bull. ass.*, 2010, p. 245.

<sup>116</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 125.

<sup>117</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, p. 359.

<sup>118</sup> C. DEVOET, « Accès à l'assurance solde restant dû : un chantier en voie d'achèvement », *op. cit.*, p. 235.

<sup>119</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 126.

d'exclusion, le candidat ne pourra pas faire appel à un réexamen de sa demande<sup>120</sup>. Toutefois, quelque soit le pourcentage de la surprime, toutes les demandes d'assurance sont admises à une réévaluation en cas de désaccord sur ce pourcentage<sup>121</sup>.

Ce mécanisme de réassurance connaît également un autre type de réassureur à savoir le Bureau du suivi de la tarification. Au contraire du réassureur classique, ce Bureau n'intervient pour réévaluation que lorsqu'il s'agit d'une personne présentant un risque de santé accru et non pour tout candidat à l'assurance solde restant dû<sup>122</sup>.

Grâce à cette possibilité de réévaluation, les candidats ont en quelque sorte une seconde chance d'être assurés à des conditions raisonnables. Cependant, ils n'ont toujours pas la garantie concrète de pouvoir souscrire un contrat d'assurance solde restant dû.

#### §4 : La conciliation

En cas de litige entre l'assureur et le candidat preneur d'assurance concernant les mesures d'exécution visées par l'article 212 de la loi relative aux assurances, ce litige doit, au préalable, être adressé à l'organe de conciliation<sup>123</sup>. Ce passage par la conciliation est une condition nécessaire à tout recours judiciaire postérieur<sup>124</sup>. Il est toujours plus agréable de régler nos différends par une conciliation que de faire appel directement à un organe judiciaire. Ce préalable obligatoire ne s'applique donc qu'à ces mesures d'exécution ce qui signifie que pour les articles 213 et suivants de la loi, il n'est pas requis, en cas de litige, de recourir auparavant à la conciliation<sup>125</sup>.

Sous-section 2 : Les nouvelles mesures applicables aux contrats d'assurance solde restant dû uniquement pour les personnes présentant un risque de santé accru

---

<sup>120</sup> C. DEVOET, « Accès à l'assurance solde restant dû : un chantier en voie d'achèvement », *op. cit.*, p. 235.

<sup>121</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 125.

<sup>122</sup> *Ibidem.* p. 125.

<sup>123</sup> Art. 221 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ; C. DEVOET, « Accès à l'assurance solde restant dû : un chantier en voie d'achèvement », *op. cit.*, p. 237.

<sup>124</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 135.

<sup>125</sup> C. DEVOET, « Accès à l'assurance solde restant dû : un chantier en voie d'achèvement », *op. cit.*, p. 237.

Aux côtés des mesures applicables à tous les contrats d'assurance solde restant dû, la nouvelle loi a également voulu sauvegarder certaines mesures spécifiquement introduites pour protéger davantage les personnes présentant un risque de santé accru. Cette protection des personnes à haut risque passe au travers d'un réexamen de la demande par le Bureau du suivi de la tarification, d'une caisse de compensation et d'une garantie standardisée. Ces mesures ont pour objectif de permettre un accès à l'assurance plus aisé pour ces personnes malades avec différents niveaux de protection.

### §1 : Le réexamen de la demande par le Bureau du suivi de la tarification

Excepté l'hypothèse d'une réévaluation de sa demande par un réassureur, le candidat à l'assurance présentant un risque de santé accru peut également faire appel au Bureau du suivi de la tarification. Pour ces personnes souffrant d'une maladie grave ou chronique, une deuxième solution s'ouvre donc à eux, contrairement aux candidats normaux, pour assurer leur accès à cette assurance. Cependant, certaines conditions doivent être respectées pour pouvoir y accéder. C'est donc uniquement en cas de refus net, ce qui est une nouveauté<sup>126</sup>, ou de surprime supérieure à 75% de la prime de base que le candidat à l'assurance peut demander le réexamen de sa demande au Bureau du suivi de la tarification<sup>127</sup>. Ce seuil de 75% a été fixé par l'arrêté royal d'exécution afin d'éviter un engorgement trop important du Bureau et d'ainsi pouvoir donner priorité aux personnes en situation précaire<sup>128</sup>.

Ce bureau du suivi de la tarification doit mettre à jour tous les deux ans ses conditions d'accès ainsi que ses tarifs par rapport aux avancées techniques<sup>129</sup>. Par conséquent, l'assureur a l'obligation, en cas de surprime ou de refus, d'informer le candidat de ces conditions d'accès et de tarifs. Il doit également l'informer de la possibilité qu'il a de faire réévaluer sa demande par le Bureau ou, simplement, de celle de s'adresser à un autre assureur<sup>130</sup>. Par contre, la Cour constitutionnelle a affirmé qu'il n'était en aucun cas demandé à l'assureur de

---

<sup>126</sup> Cf. le projet de loi relatif aux assurances du 13 février 2014, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2008-2009, doc. n°53-3361/001, p. 52.

<sup>127</sup> J.-M. BINON, « Arrêté royal du 10 avril 2014 réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire », *op. cit.*, p. 728.

<sup>128</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 140.

<sup>129</sup> Art. 219, §1 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>130</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 136.

s'aligner sur les conditions tarifaires et d'accès données par le Bureau ou d'informer le candidat de la possibilité d'une garantie standardisée<sup>131</sup>.

Dans l'hypothèse où le candidat remplit les conditions d'accès au Bureau<sup>132</sup>, ce dernier va alors examiner si la décision de l'entreprise d'assurance « se justifie objectivement et raisonnablement d'un point de vue médical et au regard de la technique de l'assurance »<sup>133</sup>. Contrairement au réassureur, où la loi n'en fait pas mention, le Bureau peut donc se baser sur des critères médicaux et techniques en plus du dossier qui lui est fourni<sup>134</sup>. Il devra alors rendre une proposition contraignante comme c'est le cas pour la réassurance. Toutefois, comme pour cette dernière, cette proposition n'est contraignante que par son nom. Effectivement, même si le Bureau décrète que le candidat à l'assurance peut être assuré ou qu'il applique une surprime inférieure à celle de l'assureur, ce dernier n'est en aucun cas tenu de contracter avec le candidat et peut simplement lui refuser l'accès<sup>135</sup>. Par contre, s'il décide de contracter, alors dans ce cas-là, la proposition deviendra contraignante et il sera obligé d'appliquer les conditions tarifaires fixées par le Bureau<sup>136</sup>. Ce dernier présente donc l'avantage d'être un outil substantiel, une seconde chance pour les personnes gravement malades d'être assurées à des conditions raisonnables.

## §2 : La caisse de compensation

La caisse de compensation se trouve être aussi l'un des mécanismes créé pour venir en aide aux personnes atteintes d'une maladie grave ou chronique. Cette caisse de compensation a pour première mission, de « répartir la charge des surprimes » sur l'ensemble des acteurs du marché<sup>137</sup>. Il s'agit donc d'un mécanisme de solidarité puisque celle-ci est financée par des versements provenant à la fois des assurances vie comme garantie de crédit hypothécaire et des prêteurs hypothécaires<sup>138</sup>. Par conséquent, la surprime exigée par l'assureur sera, pour partie, assumée solidairement par le secteur de l'assurance vie ainsi que par celui du crédit

---

<sup>131</sup> C.C., 10 novembre 2011, n° 166/2011, p. 42, B.25.3 ([www.const-cour.be](http://www.const-cour.be)).

<sup>132</sup> L. LEMMENS, « Le bureau du suivi de la tarification a commencé la réévaluation des assurances solde restant dû », *Actualités*, 22/01/2015, disponible sur <http://www.jura.be>.

<sup>133</sup> Art. 217, §3 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>134</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 138.

<sup>135</sup> I. VOGELAERE, « L'assurance solde restant dû devient plus accessible », *op. cit.* p. 2.

<sup>136</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 137.

<sup>137</sup> Art. 220, §1 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>138</sup> Art. 220, §3 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

hypothécaire<sup>139</sup>. Mais derrière cet objectif principal de solidarité se cache une toute autre motivation à savoir, le fait d'« éviter l'antisélection et l'inassurabilité et de répartir sur le marché la charge des sinistres des gros risques »<sup>140</sup>.

Cependant, même si le but de ce mécanisme est de « diminuer à due concurrence le montant total de la prime réclamé par l'assureur au preneur », l'arrêté royal a limité ce recours à la caisse de compensation en fixant comme condition, une surprime comprise entre 125% et 800% de la prime de base c'est-à-dire la prime qui serait normalement réclamée à une personne sans aucun risque de santé<sup>141</sup>. Le premier seuil maximal de 200% de la prime de base imposé par la loi du 4 avril 2014<sup>142</sup> a toutefois, créé bon nombre de discussions entre les représentants des consommateurs et des patients qui trouvaient que ce seuil était trop élevé et les représentants des entreprises d'assurances qui, eux, jugeaient qu'il fallait laisser libre les assureurs de fixer leur prime de base<sup>143</sup>. L'arrêté royal a dès lors adjugé comme seuil celui de 125% ce qui semble être le parfait compromis entre les positions opposées de chacun des représentants<sup>144</sup>. Une fois les conditions remplies, l'intervention de la Caisse de compensation se divisera par parts égales entre les différents acteurs, c'est-à-dire que la moitié des interventions seront assumées par les établissements de crédit et les entreprises hypothécaires et que l'autre moitié sera quant à elle assumée par les entreprises d'assurances<sup>145</sup>.

Pour activer ce mécanisme de solidarité, c'est à l'assureur de s'adresser directement à la Caisse de compensation, le candidat à l'assurance, quant à lui, ne doit en aucune façon en faire la demande expresse. L'intervention de cette caisse se fera automatiquement<sup>146</sup>. Il est même demandé aux entreprises d'assurances, aux entreprises hypothécaires et aux

---

<sup>139</sup> B. FOSSEPREZ, « L'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé », *op. cit.*, p. 108.

<sup>140</sup> *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2008-2009, doc. n°52-1977/001, p. 10.

<sup>141</sup> B. TOUSSAINT et J.-M. BINON, « Arrêté royal du 4 mars 2015 portant l'agrément de la Caisse de compensation visée par l'article 220 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances », *R.D.C. – T.B.H.*, 2015, liv. 5, pp. 479-480.

<sup>142</sup> Art. 223, al. 4 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>143</sup> Commission des assurances, *Avis du 23 avril 2013 sur l'avant-projet d'arrêté royal réglant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire*, DOC C/2013/01, <http://www.fsma.be>, pp. 30-31.

<sup>144</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 144.

<sup>145</sup> I. VOGELAERE, « L'assurance solde restant dû devient plus accessible », *op. cit.*, p. 3.

<sup>146</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 146.

établissements de crédit d'indiquer dans chaque prospectus, l'existence de ce mécanisme de solidarité afin d'en informer les personnes gravement malades<sup>147</sup>.

### §3 : La garantie standardisée

Enfin, la nouvelle loi de 2014 a repris à l'identique la réglementation de la loi Partyka concernant la garantie standardisée venant en aide aux personnes souffrant de maladies graves ou chroniques. Aucun changement n'a donc été opéré lors de l'élaboration de cette nouvelle loi relative aux assurances.

Le candidat preneur d'assurance peut faire appel à cette garantie lorsque l'assureur auquel il a fait une demande d'assurance, lui impose une surprime supérieure à 200% du montant de la prime de base<sup>148</sup>. Si cette condition de pourcentage est remplie, la garantie standardisée se mettra automatiquement en place sans que le candidat à l'assurance ne doive en faire la demande expresse<sup>149</sup>. Un montant maximal de 200.000 euros sera alors alloué à la personne présentant un risque de santé aggravé si elle souscrit seule un crédit hypothécaire. Par contre, si plusieurs personnes co-empruntent, le montant maximal sera le même pour le candidat assuré mais il sera toutefois limité à 50% du capital assuré<sup>150</sup>.

Aux côtés du réexamen par le Bureau du suivi de la tarification et de la Caisse de compensation, la garantie standardisée est le dernier instrument créé par le législateur pour permettre à toutes ces personnes discriminées de pouvoir avoir un accès plus libre et plus aisé à l'assurance solde restant dû.

### **Section 3 : Les lacunes persistantes de l'assurance solde restant dû : Aucun droit à l'assurance**

Depuis quelques années, le législateur a pris en considération les différentes critiques évoquées à l'égard de cette assurance solde restant dû et surtout, de la discrimination qu'elle

---

<sup>147</sup> Art. 11 de l'arrêté royal réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire.

<sup>148</sup> Art. 222, al. 1 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>149</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 142.

<sup>150</sup> Art. 222, al. 2 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

provoquait. A travers différentes lois, il a tenté de la rendre plus accessible pour la majorité des personnes atteintes de maladies graves ou chroniques. Et, même s'il lui a fallu plusieurs tentatives, on pourrait croire qu'une solution définitive a enfin été trouvée en 2014 par l'entrée en vigueur de la nouvelle loi relative aux assurances. En effet, grâce à ce nouvel édifice, ces risques aggravés devraient pouvoir s'assurer et avoir accès à un logement plus facilement qu'auparavant<sup>151</sup>.

Cependant, même si cette législation occasionne une progression notable dans la vie économique et sociale de ces personnes malades, il n'en reste pas moins qu'une partie d'entre elles reste toujours inassurable. Cette réglementation ne garantit en aucune façon un droit général à l'assurance solde restant dû, elle permet simplement un accès plus aisé à l'assurance par des mécanismes de protection du consommateur<sup>152</sup>. Par conséquent, les assureurs auront toujours la possibilité de refuser de couvrir un candidat simplement pour des raisons de santé. Cette liberté de contracter apparaît d'ailleurs à plusieurs reprises dans la nouvelle législation. Le meilleur exemple en est la création de la proposition contraignante du réassureur ou du Bureau du suivi de la tarification qui n'est contraignante que par son nom puisque l'assureur ne sera au final jamais obligé de couvrir le candidat si tel n'est pas son souhait.

De plus, malgré l'élaboration d'un Bureau du suivi de la tarification supposé aider les risques aggravés, Test-achat constate que « ce Bureau n'est qu'une mascarade, un cirque »<sup>153</sup>. Test-achat a d'ailleurs décidé de se retirer de ce Bureau qui ne fonctionne maintenant plus qu'avec un seul représentant des patients face à deux pour les assureurs. Entre autre, selon les chiffres de la première année concernant les cancers en rémission, le Bureau donne raison dans 94% des cas aux assureurs qui refusent une assurance vie et dans 90% des cas, il justifie la surprime particulièrement élevée que les assureurs opposent aux cancéreux en rémission<sup>154</sup>. On peut donc se poser la question de savoir à quoi sert réellement ce Bureau du suivi de la tarification.

---

<sup>151</sup> H. VAN DONINCK, « Assurance du solde restant dû et personnes présentant un risque de santé accru », *Le monde de l'assurance*, mars 2010, p. 31.

<sup>152</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 165.

<sup>153</sup> « Survivre au cancer, à quel prix ? », *Reporters*, RTL-TVI, 22 avril 2016, <http://www.rtl.be/rtltvi/video/578332.aspx>.

<sup>154</sup> *Ibidem*.

Ainsi, cette soi-disant progression par rapport à la discrimination des personnes malades ne serait-elle pas qu'une fiction et non une réalité ? C'est certainement un socle satisfaisable pour commencer à la contrer mais il me semble criant que ce n'est toujours pas suffisant. Tolérer que des personnes atteintes d'une maladie grave ou chronique soient encore dans le refus ou la difficulté de trouver un logement est injuste. Il reste à espérer que cette prémisse de protection engendrera à l'avenir des mesures supplémentaires tout en continuant à prendre en considération les besoins vitaux des entreprises d'assurances<sup>155</sup>.

Entre autre, cette nouvelle législation apporte avec elle de nombreuses imperfections et de zones d'ombres qu'il s'agira d'éclaircir à l'avenir. En effet, ce nouvel édifice imaginé par le législateur reste tellement complexe et difficilement compréhensible qu'on aurait tendance à croire que cette loi n'est pas encore complètement achevée. Bien qu'elle permette une meilleure compréhension pour les candidats des raisons qui poussent les assureurs à leur refuser l'accès à l'assurance, des adaptations devraient être mises en œuvre dans l'espoir de répondre réellement aux différentes exigences des risques aggravés<sup>156</sup>. Le droit belge devrait peut-être prendre exemple sur son voisin, le droit français, qui fait application d'un droit à l'oubli pour les cancéreux en rémission<sup>157</sup>. En effet, après un certain laps de temps, les dossiers médicaux de ces personnes lors de la souscription d'une assurance ne peuvent plus comporter le souvenir de la maladie. Dès lors, une amélioration de ce nouveau système de protection serait peut être nécessaire et, espérons le, ne saurait tarder.

### **Chapitre 3 : L'impact de la « loi Verwilghen » et de la « loi Reynders » sur l'assurance maladie privée**

La seconde assurance particulièrement touchée par le phénomène de segmentation des risques est l'assurance maladie privée. Les maladies sont définies comme des « atteintes corporelles qui sont le résultat d'une cause interne à l'organisme de la victime ou qui procèdent d'une agression progressive à forme évolutive à la santé ou à la vigueur de la

---

<sup>155</sup> H. VAN DONINCK, « Assurance du solde restant dû et personnes présentant un risque de santé accru », *op. cit.* p. 31.

<sup>156</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », *op. cit.*, p. 148.

<sup>157</sup> « Survivre au cancer, à quel prix ? », *Reporters*, RTL-TVI, 22 avril 2016, <http://www.rtl.be/rtlvi/video/578332.aspx>.

personne »<sup>158</sup>. Le législateur a essayé d'améliorer l'accessibilité de cette assurance à travers plusieurs mécanismes, tout comme en assurance solde restant dû. C'est ainsi que plusieurs lois, à savoir la loi Verwilghen et la loi Reynders, sont venues modifier l'ensemble de l'édifice légal de cette assurance.

N'ayant pourtant jamais attiré l'attention du législateur auparavant, l'assurance maladie se trouvait être depuis de nombreuses années l'une des assurances les plus populaires. Elle permet entre autre à ses bénéficiaires de compléter les prestations qui leur sont versées par les mutuelles et par conséquent, d'augmenter leur protection financière<sup>159</sup>. Mais malgré le grand nombre de dispositions qui s'appliquaient à cette assurance, leur éparpillement au sein de la loi portait grandement préjudice à ses consommateurs qui ressentaient le besoin d'avoir un cadre légal bien défini<sup>160</sup>. C'est donc, par l'élaboration de la loi du 20 juillet 2007 appelée la « loi Verwilghen », que le législateur a enfin décidé d'accorder un minimum de reconnaissance à l'assurance maladie. L'objectif premier de cette loi est « d'améliorer et de protéger les droits des assurés »<sup>161</sup> mais surtout, de corriger la situation délicate dans laquelle se trouvent les personnes malades.

Cependant, même si cette loi a été chaleureusement accueillie lors de son élaboration, il n'en reste pas moins qu'elle a très rapidement montré ses premières faiblesses. En effet, cette loi établissait une distinction entre l'assurance maladie individuelle qui était non liée à une activité professionnelle et l'assurance maladie collective qui était, quant à elle, liée à une activité professionnelle alors qu'il existait dans le marché, des assurances collectives non liées à une activité professionnelle<sup>162</sup>. Une loi du 17 juin 2009 dite « de réparation », à savoir la loi Reynders, est ainsi venue corriger cette imperfection. Désormais, les assurances maladies privées sont classées dans deux catégories différentes de celles d'auparavant avec, d'une part, les assurances liées à l'activité professionnelle et d'autre part, les assurances non liées à l'activité professionnelle<sup>163</sup>.

---

<sup>158</sup> C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, *op. cit.*, p. 6.

<sup>159</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, pp. 275-276.

<sup>160</sup> *Ibidem.*, pp. 278-279.

<sup>161</sup> Projet de loi du 26 septembre 2006 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord., 2005-2006, n°51-2689/001, p. 3.

<sup>162</sup> J.-Ch. ANDRE-DUMONT, « Les “assurances maladies” pratiquées par les assureurs privés en Belgique », *R.G.A.R.*, 2010, n°14.628, p. 5.

<sup>163</sup> *Ibidem.*, p. 1.

## Section 1 : Les différentes formes d'assurance maladie complémentaire

L'assurance maladie s'organise autour de quatre formes d'assurances : l'assurance soins de santé, l'assurance incapacité de travail, l'assurance invalidité et l'assurance dépendance.

L'assurance soins de santé, ou plus couramment appelée l'assurance hospitalisation<sup>164</sup>, est celle qui est la plus répandue en assurance maladie. Son succès lui est en partie dû au fait que les consommateurs se retrouvent depuis quelques années face à une réduction des interventions de la sécurité sociale par rapport aux soins de santé<sup>165</sup>. Ainsi cette assurance « garantit, en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, des prestations relatives à tout traitement médical préventif, curatif ou diagnostique nécessaire à la préservation et/ou au rétablissement de la santé »<sup>166</sup>. Le législateur laisse le choix aux parties de déterminer dans le contrat si cette assurance aura un caractère forfaitaire ou indemnitaire. Toutefois, la plupart du temps, elles feront le choix du caractère indemnitaire puisqu'il suffit à l'assuré de présenter à l'assureur ses factures relatives aux frais d'hospitalisation ou aux frais médicaux pour se faire rembourser le montant exact<sup>167</sup>.

La seconde assurance est l'assurance incapacité de travail qui « en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, indemnise totalement ou partiellement la diminution ou la perte de revenus professionnels due à l'incapacité de travail d'une personne »<sup>168</sup>. Cette assurance couvre exclusivement le dommage économique de l'assuré par rapport à son revenu professionnel<sup>169</sup>. Le revenu professionnel est donc le critère déterminant de cette assurance. D'ailleurs, si jamais l'incapacité de travail n'est pas la cause qui entraîne la perte des revenus de l'assuré, ce dernier perdra le bénéfice de son assurance<sup>170</sup>. Quant au caractère indemnitaire ou forfaitaire, les auteurs n'ont pas tous le même avis. En effet, certains nous diront que

---

<sup>164</sup> Projet de loi du 26 septembre 2006 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess, ord., 2005-2006, n°51-2689/001, p. 8.

<sup>165</sup> W. JANSSENS, « Un indice médical pour les polices Soins de santé privées. Pourquoi faire simple quand on peut faire compliquer ? », *Le monde de l'assurance*, avril 2010, p. 37.

<sup>166</sup> Art. 201, §1, 1° de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>167</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, pp. 290-291.

<sup>168</sup> Art. 201, §1, 2° de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>169</sup> F. GOYENS, « La loi du 20 juillet 2007 pour améliorer l'accessibilité et la continuité de l'assurance maladie privée », *Assurinfo*, Novembre 2007, III.

<sup>170</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, p. 291.

puisque les prestations de l'assureur sont mesurées par rapport à la perte des revenus, il est normal que cette assurance soit à caractère indemnitaire<sup>171</sup>. D'autres estiment qu'avec l'existence d'un plafond d'intervention, l'assurance peut également être forfaitaire<sup>172</sup>. Mais finalement, chacun s'entend à dire que même s'il existe un plafond d'intervention, le caractère indemnitaire n'est pas rejeté et qu'au contraire, le fait que l'intervention de l'assureur soit limitée aux revenus n'entraîne pas automatiquement le caractère indemnitaire de l'assurance<sup>173</sup>.

La troisième assurance maladie, à savoir l'assurance invalidité, est celle qui « garantit une prestation en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident »<sup>174</sup>. Vu l'imprécision de cette définition, les travaux préparatoires ont limité l'étendue de cette assurance « au paiement d'une allocation en vue d'indemniser l'atteinte à l'intégrité physique ou psychique ; elle couvre l'invalidité physiologique »<sup>175</sup>. Toutefois, on peut se poser la question de la distinction ainsi opérée entre l'assurance invalidité d'une part, et l'assurance incapacité de travail d'autre part puisqu'auparavant ces deux assurances étaient réunies en un seul et même produit d'assurance basé sur l'intégrité physique<sup>176</sup>. Mais aujourd'hui distinctes l'une de l'autre, l'assurance invalidité couvre l'invalidité psychologique et n'est en aucune façon en lien avec l'activité professionnelle contrairement à l'assurance incapacité de travail qui repose sur un critère d'incapacité économique, à savoir les revenus de l'assuré<sup>177</sup>. Et, selon le libellé de ce texte, cette assurance pourrait très bien avoir un caractère indemnitaire comme un caractère forfaitaire<sup>178</sup>.

Enfin, la quatrième forme d'assurance est celle de la dépendance qui « prévoit des prestations en cas de perte totale ou partielle d'autonomie »<sup>179</sup>. Cette assurance permet à

---

<sup>171</sup> C. DEVOET, « La loi du 20 juillet 2007 sur l'assurance maladie privée. Quelques commentaires », *For. ass.*, octobre 2007, n°77, p. 128.

<sup>172</sup> J.-Ch. ANDRE-DUMONT, *L'assurance maladie privée*, Limal, Anthémis, 2012, pp. 44-45.

<sup>173</sup> J.-Ch. ANDRE-DUMONT, *L'assurance maladie privée*, *op. cit.*, p. 42 ; C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, *op. cit.*, pp. 100-101, n° 277 ; N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, p. 294.

<sup>174</sup> Art. 201, §1, 3° de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>175</sup> Projet de loi du 26 septembre 2006 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, *Doc. parl.* Ch. repr., sess. ord., 2005-2006, n°51-2689/001, p. 9.

<sup>176</sup> C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, *op. cit.*, p. 6, n°11.

<sup>177</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, p. 296.

<sup>178</sup> C. DEVOET, « La loi du 20 juillet 2007 sur l'assurance maladie privée. Quelques commentaires », *op. cit.*, p. 129.

<sup>179</sup> Art. 201, §1, 4° de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

l'assuré de se faire rembourser l'aide non médicale qu'il pourrait recevoir en cas de perte d'autonomie<sup>180</sup>. Concernant son caractère indemnitaire ou forfaitaire, la liberté est laissée aux parties dans le contrat d'assurance puisqu'en utilisant le terme « prestation », il peut tout autant s'agir d'un montant fixe que d'une indemnisation équivalente à la perte réelle d'autonomie<sup>181</sup>.

Ces quatre formes d'assurances composent donc la sphère de l'assurance maladie privée, complémentaire au régime de la sécurité sociale. Certaines d'entre elles, comme l'assurance soins de santé, sont bien évidemment beaucoup plus prisées que d'autres qui ne sont quant à elles quasiment jamais souscrites, comme l'assurance invalidité.

## **Section 2 : Quelques principes dans les assurances maladies privées non liées à une activité professionnelle**

Comme vu précédemment, la loi Reynders est venue apporter certaines modifications à la loi Verwilghen de 2007. L'une d'entre elles est la nouvelle distinction que cette loi a opérée au sein de l'assurance maladie privée. Aujourd'hui il est donc question de distinguer dans l'assurance maladie les assurances qui, d'une part, sont liées à l'activité professionnelle et celles qui, d'autre part, n'y sont pas liées. Partant des assurances qui ne sont pas liées à une activité professionnelle, beaucoup de changements ont été aménagés afin d'étendre la protection des consommateurs qui ne sont pas assurés via leur profession. Par conséquent, les assureurs ont désormais l'obligation de respecter une série de dispositions pendant la durée de leur contrat.

### Sous-section 1 : Les contrats d'assurance maladie conclus à vie

Avec l'élaboration de la loi Verwilghen, les contrats d'assurance vie sont désormais conclus pour une durée à vie<sup>182</sup>. Cependant, avant l'adoption de cette loi, les contrats d'assurance maladie étaient déjà dispensés de l'obligation générale d'annualité des contrats

---

<sup>180</sup> J. BEERNAERT, « La loi Verwilghen : poursuite individuelle de l'assurance maladie liée à l'activité professionnelle », *L'assurance au présent*, 13-17 septembre 2010, n°32, p. 2.

<sup>181</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, p. 297.

<sup>182</sup> Art. 203, §1 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

d'assurance. Les parties étaient donc libres de choisir la durée de leur contrat. Toutefois, il était extrême d'affirmer, comme certains ont pu le faire, que si les contrats d'assurance maladie étaient effectivement soustraits à cette obligation d'annualité, ils étaient alors manifestement conclus à vie<sup>183</sup>. En aucun cas, cette dérogation au régime de l'annualité ne générerait une obligation de conclure à vie, elle permettait uniquement aux parties de choisir la durée de leur contrat d'assurance.

Cette obligation de durée à vie a, entre autre, été motivée par le fait que certaines entreprises d'assurances hospitalisation avaient pour habitude de résilier leurs contrats dès que leurs assurés se trouvaient victimes d'une maladie ou d'un accident<sup>184</sup>. Ce nouveau régime permet donc aux personnes malades ainsi qu'à leur famille d'avoir une plus grande protection puisque, en cas de maladie ou du handicap, ils seront assurés jusqu'à la fin de leurs jours<sup>185</sup>. De cette façon, l'assureur ne pourra plus résilier le contrat avec pour justification que son assuré est tombé malade<sup>186</sup>. Mais les différentes formes d'assurance maladie ne sont pas toutes soumises à cette obligation de conclusion à vie puisque les assurances incapacité de travail, par exception, « valent jusqu'à l'âge de 65 ans ou un âge antérieur, si cet âge est l'âge normal auquel l'assuré met complètement et définitivement fin à son activité professionnelle »<sup>187</sup>.

Cependant, ce principe n'est pas absolu puisque deux exceptions à cette obligation de contracter pour une durée à vie existent et permettent de réduire la durée du contrat d'assurance. Premièrement, si l'assuré en fait la demande expresse et qu'il prouve que cela est dans son intérêt, il va pouvoir réduire la durée de celui-ci. Deuxièmement, si le contrat d'assurance maladie se trouve être un contrat accessoire, il sera contraint de suivre la durée du contrat principal<sup>188</sup>.

---

<sup>183</sup> J.-Ch. ANDRE-DUMONT, « Les “assurances maladies” pratiquées par les assureurs privés en Belgique », *op.cit.*, p. 8.

<sup>184</sup> B. WEYTS, « De wet-Verwilghen m.b.t. private ziekteverzekerings-overeenkomsten : enkele stappen voorwaarts enkele stappen achterwaarts », *R.W.*, 2009-10, p. 1626, n°1.

<sup>185</sup> J.-M. BINON, *Droit des assurances de personnes. Aspects civils, techniques et sociaux*, *op. cit.*, p. 410.

<sup>186</sup> B. FOSSEPREZ, « L'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé », *op. cit.*, p. 86.

<sup>187</sup> Art. 203, §1 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>188</sup> J.-Ch. ANDRE-DUMONT, « Les “assurances maladies” pratiquées par les assureurs privés en Belgique », *op. cit.*, pp. 8-9.

## Sous-section 2 : Les modifications contractuelles et tarifaires en cours de contrat

### §1 : Principe : L'immutabilité du contrat

Suite à l'élaboration de la loi Verwilghen est né le principe de l'immutabilité du contrat en assurance maladie. Auparavant, l'assureur se permettait souvent de modifier de façon unilatérale les conditions contractuelles et tarifaires de ses contrats d'assurance maladie ce qui était particulièrement préjudiciable pour les assurés totalement démunis face à ce pouvoir<sup>189</sup>. Mais lorsque la durée d'un tel contrat est à vie, la question de l'éventuelle modification unilatérale des conditions tarifaires et contractuelles par l'assureur en cours de contrat prend tout son sens<sup>190</sup>. En effet, si on avait continué à accorder ce pouvoir à l'assureur, l'assuré n'aurait eu d'autre choix que de résilier prématurément son contrat afin de se protéger de ces modifications tarifaires parfois abusives<sup>191</sup>.

Par conséquent, le législateur a consacré ce principe de l'immutabilité du contrat en assurance maladie en 2007 afin de restaurer un certain équilibre contractuel<sup>192</sup>. Désormais, l'assureur ne peut plus modifier le contrat unilatéralement sauf en cas d'accord des parties ou dans les cas prévus par la loi. Ce principe va surtout protéger les personnes qui, dans le futur, tomberaient malades ou seraient victimes d'un handicap contre une sélection des risques *a posteriori*<sup>193</sup>.

### §2 : Les exceptions à ce principe

Evidemment ce principe d'immutabilité n'est pas un principe absolu et plusieurs exceptions ont été accordées par la loi afin de laisser la possibilité aux parties d'effectuer des modifications dans le contrat quand cela devient nécessaire.

---

<sup>189</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, p. 305.

<sup>190</sup> J.-Ch. ANDRE-DUMONT, « Les "assurances maladies" pratiquées par les assureurs privés en Belgique », *op. cit.*, p. 9.

<sup>191</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, p. 306.

<sup>192</sup> C. DEVOET, « La loi du 20 juillet 2007 sur l'assurance maladie privée. Quelques commentaires », *op. cit.*, p. 131.

<sup>193</sup> B. FOSSEPREZ, « L'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé », *op. cit.*, p. 87.

Ainsi, il est, tout d'abord, permis à l'assureur d'effectuer des modifications tarifaires ou contractuelles en cas d'accord réciproque de l'assuré et uniquement dans l'intérêt de ce dernier<sup>194</sup>. Mais pour faire jouer cette exception, il est indispensable que l'initiative provienne de l'assuré exclusivement<sup>195</sup>.

Ensuite, il est également permis à l'assureur de modifier les conditions tarifaires sur base du mécanisme de l'indexation. L'assureur pourra, non seulement, indexer les primes, prestations et franchises « sur la base de l'indice des prix à la consommation mais également, sur la base d'un ou plusieurs indices spécifiques, aux coûts des services couverts par les contrats privés d'assurance maladie si et dans la mesure où l'évolution de cet ou de ces indices dépasse celle de l'indice des prix à la consommation »<sup>196</sup>. Relativement à cette deuxième hypothèse insérée lors de l'élaboration de la loi Reynders, il est question d'un indice médical c'est-à-dire d'un indice des prix qui est conforme aux coûts des soins de santé<sup>197</sup>. Les modalités de calcul de ces indices médicaux ont été fixées par le Roi dans un arrêté royal du 1 février 2010 qui laisse le soin au S.P.E. Economie de les déterminer ainsi que de les publier<sup>198</sup>. Toutefois, cet indice médical a, par la suite, fait l'objet de nombreuses critiques tant de la part des entreprises d'assurances que des consommateurs<sup>199</sup>. Le Conseil d'Etat a d'ailleurs annulé partiellement cet arrêté royal au motif que le fait que les réserves de vieillissement n'étaient pas reprises dans la base de calcul de l'indice médical n'avait aucune motivation et justification<sup>200</sup>. Il serait donc préférable qu'un nouvel arrêté royal prenant en compte ces réserves voit le jour afin que cette exception puisse à nouveau être mise en œuvre<sup>201</sup>. C'est ainsi qu'en 2016, un arrêté royal décide de « réintroduire un indice médical qui prenne en considération les réserves de vieillissement que l'entreprise d'assurances a constituées par le passé »<sup>202</sup>.

---

<sup>194</sup> Art. 204, §1, alinéa 2 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>195</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, p. 308.

<sup>196</sup> Art. 204, §2 et 3 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>197</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, p. 310.

<sup>198</sup> J.-Ch. ANDRE-DUMONT, « Les "assurances maladies" pratiquées par les assureurs privés en Belgique », *op. cit.*, pp. 10-11.

<sup>199</sup> Commission des assurances, *Projet d'avis du 7 janvier 2010 sur le projet d'arrêté royal déterminant les indices spécifiques visés à l'article 138bis-4, §3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre*, DOC C/2009/11, ([www.fsma.be](http://www.fsma.be)).

<sup>200</sup> C.E., 29 décembre 2011, n°217.085, *Bull. ass.*, 2012, p. 234 et obs. M. THIRION.

<sup>201</sup> M. THIRION, obs. sous C.E., 29 décembre 2011, n°217.085, *op. cit.*, p. 240.

<sup>202</sup> Voir le préambule de l'arrêté royal du 18 mars 2016 portant modification de l'arrêté royal du 1 février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 138bis-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

Troisièmement, la loi Reynders a concédé à l'assureur le pouvoir de modifier les conditions tarifaires et contractuelles de ses contrats sur autorisation de la Commission bancaire, financières et des assurances afin de remettre ses prix en équilibre lorsque le tarif qu'il appliquait pouvait engendrer des pertes<sup>203</sup>.

Enfin, la dernière exception qui permet à l'assureur d'adapter ses conditions tarifaires et contractuelles concerne les modifications intervenues dans la profession, les revenus ou le statut social de l'assuré<sup>204</sup>.

### Sous-section 3 : L'incontestabilité du contrat au regard des maladies préexistantes

Lors de la souscription de n'importe quel contrat d'assurance, il est demandé au candidat preneur d'informer l'assureur sur les circonstances connues de lui pouvant influencer la réalisation du risque à couvrir. Il est donc inévitable dans les assurances maladie, que le candidat doive faire part de son état de santé actuel et passé par le biais d'un questionnaire médical<sup>205</sup>. Toutefois, la notion « d'état de santé préexistant » va commencer à poser de nombreux problèmes pour les personnes malades. Le régime d'incontestabilité, alors appliqué uniquement aux assurances vie, va s'étendre par la loi Verwilghen aux contrats d'assurance maladie privée non liés à une activité professionnelle<sup>206</sup>.

Avant l'adoption de cette loi, les assureurs avaient pour habitude d'insérer dans leurs contrats des clauses d'exclusion concernant la prise en charge des conséquences d'une maladie préexistante à la conclusion du contrat<sup>207</sup>. Ainsi, dès qu'une maladie ou que ses symptômes existaient lors de cette conclusion, l'assureur se déchargeait de sa responsabilité au motif que le risque s'était déjà réalisé avant la conclusion du contrat, ce que les auteurs de la loi Verwilghen trouvaient particulièrement injuste. Ces derniers considéraient seulement

---

<sup>203</sup> Art. 204, §4 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ; B. FOSSEPREZ, « L'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé », *op. cit.*, p. 88.

<sup>204</sup> Art. 204, §5 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>205</sup> J.-M. BINON, « Actualités législatives et jurisprudentielles dans les assurances de personnes », in *Actualités en droit des assurances*, Commission Université-Palais, vol. 106, Liège, Anthémis, 2008, p. 349.

<sup>206</sup> C. DEVOET, « La loi du 20 juillet 2007 sur l'assurance maladie privée. Quelques commentaires », *op. cit.*, p. 131.

<sup>207</sup> J.-Ch. ANDRE-DUMONT, « Les "assurances maladies" pratiquées par les assureurs privés en Belgique », *op. cit.*, p. 13.

comme « équitable que cette exclusion ne soit autorisée que pour des maladies qui au moment de la conclusion du contrat étaient connues »<sup>208</sup>. La jurisprudence s'est également ralliée à cette tendance puisque, à travers plusieurs arrêts<sup>209</sup>, elle a déclaré que ces clauses d'exclusion n'étaient justifiées que dans l'hypothèse où la maladie était connue de l'assuré ou qu'il ne pouvait en tout cas l'ignorer et qu'un diagnostic avait été posé dans un délai raisonnable. Suite à cela, les auteurs de la nouvelle loi ont alors créé un régime d'incontestabilité immédiat et différé en cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelle. Evidemment dans l'hypothèse d'une omission intentionnelle de la part du candidat, ce régime d'incontestabilité n'est pas d'application et l'assureur peut bien évidemment résilier le contrat.

La première hypothèse d'omission ou d'inexactitude non intentionnelle est celle où « la maladie ou l'affection ne s'était pas encore manifestée d'aucune manière au moment de la conclusion du contrat d'assurance »<sup>210</sup>. L'assureur ne pourra donc pas revendiquer l'application de l'article 60 de la loi relative à l'assurance, c'est-à-dire qu'il ne pourra pas demander la modification du contrat ou la résiliation de celui-ci<sup>211</sup>. Dans ce cas-ci, on parle alors d'incontestabilité immédiate.

La seconde hypothèse d'omission ou d'inexactitude non intentionnelle est celle où « la maladie ou l'affection s'est déjà manifestée lors de la conclusion du contrat mais qu'elle n'a pas été diagnostiquée dans un délai de deux ans »<sup>212</sup>. L'assureur ne pourra pas non plus modifier ou résilier le contrat d'assurance si la maladie n'a pas été découverte dans les deux ans de la conclusion du contrat. Toutefois, si elle vient à être diagnostiquée endéans ce délai de deux ans, alors, selon l'exposé des motifs de la loi, l'assureur pourra refuser de couvrir les conséquences de l'affection ou de la maladie<sup>213</sup>. Mais la doctrine est d'avis qu'au regard du droit commun, l'assureur a seulement le pouvoir de modifier son contrat d'assurance<sup>214</sup>.

---

<sup>208</sup> Projet de loi du 26 septembre 2006 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, *Doc. parl.* Ch. repr., sess. ord., 2005-2006, n°51-2689/001, p. 5.

<sup>209</sup> Prés. Comm. Bruxelles, 16 juin 2003, *R.D.C.*, 2003, pp. 887-888.

<sup>210</sup> Art. 205, alinéa 2 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>211</sup> J.-M. BINON, « Développements nouveaux sur la déclaration du risque dans les assurances de personnes », *op. cit.*, p. 45.

<sup>212</sup> Art. 205, alinéa 1 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>213</sup> Projet de loi du 26 septembre 2006 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, *Doc. parl.* Ch. repr., sess. ord., 2005-2006, n°51-2689/001, p. 14.

<sup>214</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, p. 323.

Par rapport aux clauses d'exclusion, même si elles ont ouvert la porte sur de nombreuses contradictions dans la doctrine, une grande majorité des auteurs affirment qu'implicitement ce régime d'incontestabilité emporte condamnation également de ces clauses d'exclusion qui dispenseraient l'assureur d'intervenir en cas de maladies préexistantes dans l'une des deux hypothèses vues précédemment<sup>215</sup>. Les assureurs ne peuvent donc plus se servir de ce type de clauses pour décliner leur intervention.

#### Sous-section 4 : Le droit à l'assurance pour les personnes de moins de 65 ans en assurance soins de santé

Afin de permettre aux personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'un handicap d'avoir enfin accès à l'assurance soins de santé et plus spécialement à l'assurance hospitalisation à des tarifs raisonnables, la loi Verwilghen a inséré une disposition révolutionnaire lors de son élaboration. En effet, ces personnes ont dorénavant un droit à l'assurance soins de santé. Les assureurs n'ont, non seulement, plus le pouvoir de refuser de couvrir une personne de moins de soixante-cinq ans atteinte d'une maladie chronique ou d'un handicap mais ils sont également contraints de leur réclamer la prime qu'ils leur auraient réclamée si ces personnes n'étaient pas malades<sup>216</sup>. Cette disposition est qualifiée de révolutionnaire en ce sens qu'elle crée une sorte de contrat obligatoire ce qui va pourtant à l'encontre même du principe de liberté contractuelle<sup>217</sup>.

Toutefois, même si ces personnes ont un droit à l'assurance soins de santé, la disposition permet quand même à l'assureur d'exclure les coûts liés à la maladie ou au handicap qui existe au moment de la conclusion du contrat d'assurance<sup>218</sup>. Ainsi, par ce libellé, on perçoit déjà une première limite de ce droit à l'assurance qui se trouve, par cette possibilité d'exclusion, estropié de son objectif principal à savoir protéger les personnes fragilisées par leur état de santé<sup>219</sup>. Ces personnes ne peuvent donc souvent s'assurer que pour des soins médicaux autres que ceux qui se trouvent être nécessaires à leur maladie chronique

---

<sup>215</sup> J.-M. BINON, « Développements nouveaux sur la déclaration du risque dans les assurances de personnes », *op. cit.*, p. 45.

<sup>216</sup> Art. 206, alinéa 1 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>217</sup> C. DEVOET, « La loi du 20 juillet 2007 sur l'assurance maladie privée. Quelques commentaires », *op. cit.*, p. 132.

<sup>218</sup> Art. 206, alinéa 1 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>219</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, p. 329.

ou à leur handicap, raison pour laquelle ils souhaitent bien entendu souscrire cette assurance<sup>220</sup>. Qui plus est, ces personnes seront également soumises à l'interprétation que les assureurs feront de ces coûts liés à la maladie ou au handicap<sup>221</sup>. Ils sont donc totalement dépendants du pouvoir d'appréciation de ceux-ci. Ce droit à l'assurance est encore limité d'une autre manière puisqu'il ne s'applique qu'aux contrats d'assurance maladie non liés à une activité professionnelle et uniquement lorsqu'il s'agit d'une garantie soins de santé<sup>222</sup>.

La nouvelle loi relative aux assurances, quant à elle, n'a quasiment apporté aucune nouveauté concernant cette assurance maladie privée. Cependant, ce droit à l'assurance soins de santé créé par la loi Verwilghen n'était au départ que temporaire et expérimental. Cette disposition avait dès lors connu plusieurs prolongations avant que le législateur ne décide en 2014 d'éliminer toute référence au caractère temporaire de celle-ci et consacre enfin ce principe au sein de la nouvelle loi<sup>223</sup>.

### **Section 3 : Le droit de poursuite individuelle des contrats liés à une activité professionnelle**

L'une des plus grandes innovations de la loi Verwilghen est également la possibilité pour les personnes ayant souscrit une assurance maladie liée à une activité professionnelle et qui en perdent le bénéfice ainsi que pour les assurés secondaires telle que la famille, de poursuivre cette assurance à titre individuel sans nouvelle sélection médicale<sup>224</sup>. Ces personnes dont la santé peut se détériorer au fil du temps et qui, par conséquent, deviennent des risques aggravés pour les assureurs se trouvent protégées et peuvent enfin bénéficier à vie d'une assurance maladie<sup>225</sup>. L'assureur ne peut donc imposer « aucune prime supplémentaire en raison de l'évolution de l'état de santé de l'assuré au cours du contrat d'assurance lié à

---

<sup>220</sup> K. TERMOTE, « Couverture à vie dans les assurances maladie complémentaires », *Bilan*, 2007, n°549, p. 3.

<sup>221</sup> B. FOSSEPREZ, « L'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé », *op. cit.*, p. 91.

<sup>222</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, pp. 328-329.

<sup>223</sup> J.-M. BINON, « La loi du 4 avril 2014 relative aux assurances – Nouveautés dans les assurances de personnes, les assurances vie en général et les assurances maladie », in *La nouvelle loi du 4 avril 2014*, Bruxelles, Larcier, 2015, p. 93.

<sup>224</sup> C. DEVOET, « La loi du 20 juillet 2007 sur l'assurance maladie privée. Quelques commentaires », *op. cit.*, p. 133.

<sup>225</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, pp. 331-332.

l'activité professionnelle »<sup>226</sup>. Grâce à cette avancée remarquable, les personnes dont la santé a été fragilisée au cours de leur contrat d'assurance collective n'ont plus à craindre le risque d'exclusion à l'assurance qui, auparavant, pesait sur eux.

Le législateur a cependant requis que, pour bénéficier de ce droit de poursuite individuelle, il fallait que « l'assuré principal ait, durant les deux années précédant la perte du contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle qui est poursuivi, été affilié de manière ininterrompue à un ou plusieurs contrats d'assurance maladie successifs souscrits auprès d'une entreprise d'assurance »<sup>227</sup>. Par cette disposition, le législateur a voulu éviter les risques de fraude en obligeant l'assuré à avoir souscrit pendant deux années et de façon continue une assurance maladie, qu'elle soit individuelle ou collective<sup>228</sup>. Toutefois, certains sont d'avis que cette assurance maladie doit nécessairement revêtir la forme d'une assurance collective<sup>229</sup>. Il est également impossible pour l'assuré de poursuivre individuellement une assurance maladie liée à une activité professionnelle si la perte du bénéfice de cette assurance résulte de sa propre faute<sup>230</sup>. Enfin, comme pour toute assurance, il est nécessaire pour l'assuré d'avoir un intérêt à être assuré<sup>231</sup>.

La couverture d'un contrat d'assurance maladie lié à une activité professionnelle poursuivi individuellement ne sera pas identique à celle du contrat d'assurance collective perdu. En effet, chaque preneur d'assurance, à savoir l'employeur, va adapter les conditions de couverture de son assurance à ses besoins professionnels, ainsi il est impossible de pouvoir faire coïncider exactement ces conditions de couvertures à celles du nouveau contrat d'assurance individuelle<sup>232</sup>. Il est toutefois demandé que ce contrat « offre au moins des garanties similaires à celles offertes par le contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle poursuivi »<sup>233</sup>. Une série d'éléments permettant de présumer cette similarité dans chacune des formes de l'assurance maladie sont ainsi mentionnés dans les dispositions de la loi relative aux assurances.

---

<sup>226</sup> Art. 210, §2 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>227</sup> Art. 208, §1, alinéa 2 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>228</sup> F. GOYENS, « La loi du 20 juillet 2007 pour améliorer l'accessibilité et la continuité de l'assurance maladie privée », *op. cit.*, VI.

<sup>229</sup> C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, *op. cit.*, p. 437, n° 1189.

<sup>230</sup> Art. 208, §1, alinéa 1 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>231</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, p. 333.

<sup>232</sup> J.-Ch. ANDRE-DUMONT, « Les "assurances maladies" pratiquées par les assureurs privés en Belgique », *op. cit.*, p. 16.

<sup>233</sup> Art. 210, §1, alinéa 1 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Lors de la poursuite individuelle du contrat d'assurance maladie lié à une activité professionnelle, il est, entre autre, tenu compte de l'âge de l'assuré au moment de la poursuite individuelle du contrat. Il est également tenu compte des éléments d'évaluation du risque qui existaient au moment de la souscription du contrat poursuivi<sup>234</sup>. Mais la potentielle dégradation de l'état de santé de l'assuré n'est pas prise en compte puisqu'il n'y a pas de nouvelle investigation médicale. Toutefois, puisque la prime est adaptée en fonction de l'âge de l'assuré, ce dernier se voit régulièrement appliquer une prime largement supérieure à celle d'avant car bien souvent son âge au moment de la poursuite individuelle est l'âge de la retraite<sup>235</sup>. Par conséquent, la loi Verwilghen a prévu un mécanisme de préfinancement pour venir en aide à ces personnes. Il leur est maintenant permis de payer une prime complémentaire, sans interruption, pendant toute la durée du contrat d'assurance lié à une activité professionnelle afin, que l'âge qui soit pris en compte soit celui au moment du commencement des paiements de ces primes complémentaires et non l'âge au moment de la poursuite du contrat<sup>236</sup>. Ce mécanisme de préfinancement leur permet d'éviter de subir des adaptations de primes particulièrement préjudiciables.

Qu'il soit question de l'assureur ou du preneur d'assurance, c'est-à-dire l'employeur, il leur est à chacun d'eux demandé d'informer l'assuré principal sur ce droit de poursuite individuelle ainsi que sur ce mécanisme de préfinancement. Dans l'hypothèse où ils ne respecteraient pas cette obligation, l'assureur aura l'obligation de prendre en compte l'âge de l'assuré au moment de l'affiliation de celui-ci à l'assurance collective. Le preneur d'assurance, quant à lui, se verrait dans l'obligation de supporter la différence entre la prime sur base de l'âge au moment de la poursuite individuelle du contrat et la prime sur base de l'âge au moment de l'affiliation de l'assuré à l'assurance collective<sup>237</sup>.

Ce droit de poursuite individuelle d'un contrat d'assurance maladie lié à une activité professionnelle sans nouvelle investigation médicale se révèle être une progression sans précédent car les personnes évoluant en risques aggravés peuvent désormais bénéficier d'une assurance maladie à vie ce qui n'est pas négligeable.

---

<sup>234</sup> Art. 211 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>235</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, p. 335.

<sup>236</sup> C. DEVOET, « La loi du 20 juillet 2007 sur l'assurance maladie privée. Quelques commentaires », *op. cit.*, p. 134.

<sup>237</sup> J.-Ch. ANDRE-DUMONT, « Les "assurances maladies" pratiquées par les assureurs privés en Belgique », *op. cit.*, p. 17.

#### **Section 4 : La réelle efficacité de ces mesures légales**

Suite à l'adoption de la loi Verwilghen, le législateur a enfin décidé d'accorder l'intérêt qui était dû à l'assurance maladie complémentaire. En effet, les personnes malades devenaient de plus en plus discriminées dans cette assurance, et spécialement en assurance soins de santé. Les exclusions et les surprimes exorbitantes n'étaient que routine pour ces personnes qualifiées de risques aggravés.

L'intervention du législateur a principalement permis à ces personnes de se prémunir face à la résiliation anticipée de leur contrat d'assurance ou face à la modification des conditions tarifaires suite à l'évolution de leur état de santé. Grâce aux nouveaux principes de durée à vie et d'immutabilité des contrats, les personnes contractant dans le futur une maladie n'ont plus à craindre de se retrouver sans assurance maladie. Mais qu'a-t-on réellement fait pour rencontrer les objectifs premiers du législateur à savoir que les personnes victimes d'une maladie diagnostiquée et connue de tous avant la souscription du contrat d'assurance aient enfin un accès plus libre à l'assurance maladie complémentaire ? Le nouveau principe d'incontestabilité des contrats d'assurance maladie, permet certes aux personnes, déjà victimes d'une maladie ou d'un handicap lors de la souscription du contrat de protéger leur assurance maladie d'une clause d'exclusion mais uniquement si la maladie ou le handicap n'a pas été diagnostiqué lors de la conclusion du contrat. Cette nouveauté ne vient donc nullement en aide aux personnes malades au grand jour.

Concernant ce nouveau droit à l'assurance pour les personnes victimes d'une maladie ou d'un handicap âgées de moins de 65 ans, c'est assurément une grande avancée puisqu'il interdit aux assureurs de refuser de couvrir ces personnes et il les oblige également à leur appliquer une prime similaire à celle qu'ils auraient appliqué si ces personnes n'avaient pas été malades. Toutefois, ce droit regorge tellement d'exceptions qu'on en arrive à croire que l'exception est devenue la règle. En effet, comme précisé précédemment, les assureurs ont la possibilité d'exclure de la couverture d'assurance les soins de santé relatifs à la maladie ou au handicap. Pourquoi ces personnes malades viendraient-elles souscrire une assurance maladie soins de santé si les soins relatifs à leur maladie risquent certainement de ne pas être pris en

charge ? Elles ne trouveront aucun intérêt à contracter cette assurance si celle-ci ne prend même pas en compte leurs risques prédominants<sup>238</sup>.

Par rapport au droit de poursuite individuelle d'un contrat d'assurance maladie lié à une activité professionnelle, il s'agit d'une hypothèse bien particulière qui n'incorpore certainement pas toutes les situations où des personnes présentant un risque aggravé sont victimes de discrimination dans leur accès à l'assurance maladie. En effet, plusieurs conditions doivent être remplies afin de pouvoir bénéficier de ce mécanisme de poursuite individuelle ce qui a pour principale conséquence que peu de personnes malades pourront en profiter.

A l'issue du développement des nouveautés de la loi Verwilghen, on décèle clairement une volonté du législateur d'améliorer l'accès à l'assurance maladie pour les personnes dont la santé se trouve fragilisée. Toutefois, malgré les quelques solutions trouvées, cette nouvelle loi rencontre encore beaucoup trop de zones d'ombres et d'incohérences que pour réellement offrir une assurance maladie à un tarif acceptable<sup>239</sup>.

### **Titre III : Les solutions envisageables afin d'accroître l'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé de santé : Un droit à l'assurance**

Même si, ces dernières années, l'assurabilité des risques aggravés a connu une grande évolution avec l'aide du législateur, ces risques se trouvent encore trop souvent discriminés par rapport aux consommateurs normaux. Leur accès est peut-être facilité par les différentes législations entrées en vigueur, mais ils vivent malheureusement toujours avec la crainte de ne pas obtenir d'assurances ou en tout cas de ne pas en obtenir à un prix raisonnable. Les assurances continuent d'apposer sur ces personnes une étiquette d'« ancien malade » que ces dernières jugent comme discriminatoire au regard de leur accès à l'assurance en général.

Pour l'instant, la solidarité aléatoire est le principe de base en assurance. Cette solidarité conduit à la mutualisation des risques c'est-à-dire qu'elle participe au regroupement de personnes soumises à un même risque et qui contribuent, par leurs versements, à

---

<sup>238</sup> N. SCHIMTZ, « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », *op. cit.*, p. 330.

<sup>239</sup> *Ibidem.*, p. 364.

l'indemnisation des autres personnes du groupe victimes, quant à elles, d'un sinistre<sup>240</sup>. Evidemment, ces personnes n'acceptent de contribuer au sinistre des autres qu'à la condition que leurs risques soient homogènes<sup>241</sup>. La mutualisation des risques peut tout à fait s'effectuer sans aucune solidarité consciente de la part des membres des groupes segmentés par l'assureur. La plupart des consommateurs s'assurent d'ailleurs uniquement dans un objectif de protection de leur patrimoine et non avec la volonté de créer de la solidarité. La mutualisation des risques provoque donc inconsciemment de la solidarité entre les assurés.

Mais, cette solidarité aléatoire est loin d'être suffisante pour permettre un accès satisfaisant à l'assurance. Le recours à la solidarité subsidiaire ou subventionnelle est le chemin recommandé pour permettre aux risques aggravés de pouvoir s'assurer à des tarifs abordables. Cette solidarité subsidiaire se définit comme « l'hypothèse où le groupe accueille de moins bons risques ou lorsque tous les risques, bons et moins bons, sont rassemblés dans la même catégorie et traités de la même manière, autrement dit tarifés à la moyenne »<sup>242</sup>. Elle se résume donc par un transfert entre les bons et les mauvais risques. En faisant le choix d'une solidarité subventionnelle, l'assureur fait fatalement le choix de ne pas segmenter<sup>243</sup> et accepte, par conséquent, de couvrir à des tarifs raisonnables les plus mauvais risques.

Des solutions supplémentaires à travers lesquelles les assureurs seraient contraints de recourir à cette solidarité subventionnelle peuvent ainsi être envisagées et clôtureraient définitivement ce problème d'exclusion des moins bons risques.

## **Chapitre 1 : Un droit général à l'assurance associé à une obligation de contracter pour l'assureur**

### **Section 1 : La consécration d'un droit général à l'assurance ?**

Une des premières solutions qui nous vient directement à l'esprit afin de faciliter l'assurabilité des personnes malades est celle de créer un droit général à l'assurance. Le

---

<sup>240</sup> B. DUBUISSON, « Solidarité, segmentation et discrimination en assurances. Nouveau débat, nouvelles questions », *op. cit.*, pp. 106 à 107.

<sup>241</sup> J.-L. FAGNART, « Sida, assurances et vie privée », *Con. M.*, 1996, liv. 1, p. 34.

<sup>242</sup> C. PARIS, *Les dérives de la segmentation en assurance*, *op. cit.*, p. 39.

<sup>243</sup> Ch. GOLLIER, « La solidarité sous l'angle économique », in *Assurance et solidarité*, R.G.D.A., 2002, p. 826

législateur a déjà essayé d'instaurer ce droit de façon plus encadrée dans certaines branches d'assurance bien spécifiques. Malheureusement la plupart du temps il se retrouve criblé de limites et d'exclusions. L'assurance soins de santé en est le parfait exemple puisque son « soi-disant » droit à l'assurance pour les personnes de moins de 65 ans victimes d'une maladie ou d'un handicap, est en réalité couvert d'exclusions. Les risques aggravés n'ont donc encore jamais eu l'opportunité de bénéficier d'un droit absolu à l'assurance.

C'est spécialement du côté néerlandophone<sup>244</sup> que l'on défend l'idée de créer un droit à l'assurance pour les candidats preneurs et de l'associer à une obligation de contracter pour l'assureur. Dans notre société, certaines branches d'assurance, telle que l'assurance solde restant dû ou l'assurance soins de santé, tout en n'étant pas obligatoires, sont tout de même devenues une nécessité sociale et économique pour la population. Elles méritent d'être appréciées à leur juste valeur et, par conséquent, chaque candidat devrait avoir la possibilité de souscrire celles-ci avec des conditions tarifaires abordables<sup>245</sup>. La consécration d'un droit général à l'assurance dans ces branches qualifiées d'incontournables semble être la solution la plus efficace et certainement la plus radicale. Mais malheureusement elle est également la solution la plus dépréciée et ce, à plusieurs niveaux.

## **Section 2 : Les « imperfections » de cette issue**

D'innombrables critiques de la part du législateur ont été pestées contre la consécration d'un droit général à l'assurance dans certaines branches. Ces critiques ont égard notamment au principe de l'autonomie de la volonté, à la confusion qui peut naître entre l'assurance privée et l'assurance sociale mais également à l'entrave que ce droit provoquerait par rapport aux règles européennes de la libre concurrence.

Tout d'abord, l'autonomie de la volonté est un principe directeur dans le monde de l'assurance. L'assureur est libre de conclure ou de ne pas conclure les contrats qui lui sont soumis. Si, aux vues des informations qui lui sont transmises, le risque à souscrire lui semble trop dangereux pour l'équilibre de son portefeuille, il peut refuser de conclure le contrat

---

<sup>244</sup> VLAAMS PATIËNTENPLATFORM, *Verzekeringsproblemen van mensen met een chronische ziekte of handicap en hun omgeving. Standpunt van het Vlaams Patiëntenplatform vsw*, Rapport disponible sur le site <http://www.vlaamspatiëntenplatform.be>, pp. 5 - 7.

<sup>245</sup> F. DE BRUYNE, « Van solidariteit naar uitsluiting : de weigering van de chronische zieken door verzekeringsmaatschappijen », *T.v.R.M.*, 2006, liv. 1, p. 14.

d'assurance. La liberté contractuelle est une liberté avérée pour les assureurs. Ainsi, reconnaître l'existence d'un droit général à l'assurance et, par conséquent, l'obligation de contracter pour l'assureur, reviendrait à nier, selon certains<sup>246</sup>, ce principe de l'autonomie de la volonté.

Ensuite, l'assurance privée s'oppose à ce qu'on appelle l'assurance sociale c'est-à-dire les mutuelles. Ces dernières affichent la particularité que « tous les individus, même ceux qui représentent un risque aggravé, sont couverts par la sécurité sociale et que les cotisations à la sécurité sociale ne sont pas calculées en fonction du risque que représente l'assuré social »<sup>247</sup>. Ces assurances permettent donc de combattre l'exclusion sociale. Un droit à l'assurance risquerait alors de créer une confusion entre ces deux types d'assurances dont l'objectif est pourtant différent. De plus, les assurances privées en étant contraintes de contracter encourrent également le risque de subir des difficultés financières comme les mutuelles. Cependant, à cette dernière critique peut être opposé le fait que les assurances privées fonctionnent par capitalisation et non par répartition comme le font les assurances sociales<sup>248</sup>. Entre autre, une solidarité subsidiaire entre les bons et les moins bons risques permettrait de réaliser l'objectif financier d'un tel droit à l'assurance<sup>249</sup>.

Enfin, le secteur de l'assurance est un secteur où la compétition est souveraine. Les assureurs sont libres de faire concurrence aux autres entreprises d'assurances mais ils y sont également contraints puisque l'équilibre de leur portefeuille en dépend. S'ils ne se montrent pas un minimum compétiteurs, ils risquent de voir partir leurs bons risques auprès de leurs concurrents. De multiples stratégies de concurrence contrôlent en partie le marché assurantiel. La consécration d'un droit général à l'assurance viendrait alors entraver cette libre concurrence puisque, étant par hypothèse obligés de souscrire des contrats, les assureurs ne seraient plus rivaux. Chacun serait contraint d'accepter les risques qui lui sont présentés sans aucune objection et plus aucune compétitivité n'existerait entre eux. Mais le marché de l'assurance étant soumis aux règles de libre concurrence, il semble impossible pour le législateur d'édicter, en tout cas, au sein d'une loi rigide un droit général à l'assurance.

---

<sup>246</sup> J.-L. FAGNART, « Le droit au secret de l'assureur à l'égard de l'assuré, du bénéficiaire et de la personne lésée », *Rev. dr. U.L.B.*, vol. 21, 2000-1, pp. 246-247.

<sup>247</sup> J.-L. FAGNART, « Sida, assurances et vie privée », *op. cit.*, p. 42.

<sup>248</sup> B. FOSSEPREZ, « L'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé », *op. cit.*, p. 123.

<sup>249</sup> F. DE BRUYNE, « Van solidariteit naar uitsluiting : de weigering van de chronische zieken door verzekeringsmaatschappijen », *op. cit.*, p. 14.

### Section 3 : Une solution intermédiaire : un accord conventionnel entre les assureurs

Cette solution étant peut-être un peu utopiste, il semble nécessaire de modérer nos propos et de trouver une solution intermédiaire. Un accord conventionnel dans lequel les assureurs s'engageraient à accepter certains risques difficiles pourrait représenter un intervalle intéressant au droit général à l'assurance<sup>250</sup>. Les entreprises d'assurances devraient alors se mettre d'accord toutes ensemble car un assureur, seul, ne peut se permettre d'essayer de faire changer les choses sans mettre en danger la solvabilité de son entreprise<sup>251</sup>.

Plusieurs conventions entre entreprises d'assurances ont déjà vu le jour. Les néerlandophones ont ainsi prévu, dans les assurances de personnes, des protocoles qui permettent d'éviter d'exploiter les résultats de tests d'hérédité et de séropositivité. Les français ont également confirmé une convention dans une loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades afin de restreindre la sélection des assureurs<sup>252</sup>. En Belgique, par contre, aucune convention entre les assureurs n'a encore été signée par rapport au secteur de la santé. C'est uniquement dans le domaine de la responsabilité civile automobile qu'ils se sont mis d'accord pour conclure le contrat '29/29' qui permet d'éviter la surtarification des jeunes conducteurs<sup>253</sup>.

L'objectif de ces accords conventionnels est de se battre contre l'exclusion que subissent les personnes présentant un risque aggravé et plus particulièrement celles présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé. Mais, même si cette solution se révèle être délicate puisqu'elle impose quand même l'accord de toutes les entreprises d'assurances, c'est néanmoins une des solutions les plus efficaces puisqu'elle émanerait des assureurs eux-mêmes. Elle permettrait ainsi aux mauvais risques de ne plus être confrontés à un refus net de la part des assureurs, alors contraints d'accepter le risque qui leur est soumis suite à leur approbation de l'accord conventionnel.

---

<sup>250</sup> C. PARIS, *Les dérives de la segmentation en assurance*, *op. cit.*, p. 104.

<sup>251</sup> B. FOSSEPREZ, « L'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé », *op. cit.*, p. 124.

<sup>252</sup> C. PARIS, « Segmentation et sélection des risques », *op. cit.*, pp. 83-84.

<sup>253</sup> *Ibidem.*, p. 85

## Chapitre 2 : Une réglementation tarifaire

Une seconde solution envisageable concerne la réglementation de la liberté tarifaire, liberté que les instances européennes ont entendu confier aux entreprises d'assurances. Ce principe implicite de liberté tarifaire a fait l'objet d'une longue évolution dans la jurisprudence européenne. A plusieurs reprises, la Cour de justice européenne a été dans l'obligation de freiner cette liberté afin d'éviter l'effet pervers que cette dernière a produit sur les risques aggravés. Instaurer une réglementation tarifaire se révélerait ainsi être une échappatoire à notre problématique d'inassurabilité. Mais cette solution présente toutefois quelques difficultés et insuffisances.

### Section 1 : L'évolution jurisprudentielle européenne afin d'« encadrer » cette liberté tarifaire

Deux directives<sup>254</sup> européennes, dites de la troisième génération, ont interdit aux Etats membres d'insérer dans leur législation des dispositions prescrivant un régime d'approbation préalable des conditions contractuelles et tarifaires des assureurs. Le législateur européen poursuivait principalement un but de libre concurrence et, selon lui, les assureurs devaient « pouvoir pratiquer une politique de tarification sans contrainte »<sup>255</sup>. La Cour de justice européenne a alors déduit de cette suppression du contrôle *a priori* un principe de liberté tarifaire quasi absolu. Cependant, ce principe n'a jamais été énoncé explicitement dans la législation européenne.

C'est, tout d'abord, par un arrêt du 25 février 2003<sup>256</sup> que la Cour de justice européenne a affirmé que le législateur européen avait entendu garantir un principe de liberté tarifaire dans le secteur de l'assurance. Elle a également allégué qu'un Etat ne pouvait pas invoquer l'intérêt général, à savoir l'accès à l'assurance pour les consommateurs, comme justification aux atteintes de cette de liberté tarifaire.

---

<sup>254</sup> Directive (CEE) du 18 juin 1992 portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie et modifiant les directives 73/239/CEE et 88/357/CEE, *J.O.C.E.*, L 228, du 11 août 1992, p. 1 ; Directive (CEE) n°2002/83 du Parlement européen et du Conseil, du 5 novembre 2002, concernant l'assurance directe sur la vie, *J.O.C.E.*, L 345, du 19 décembre 2002, p. 1.

<sup>255</sup> J.-M. BINON, « La directive du 18 juin 1992 ; an I du Marché unique de l'assurance non-vie ? Son régime, ses opportunités et ses limites », *Bull. ass.*, 1994, p. 25, n°28.

<sup>256</sup> C.J.C.E., 25 février 2003, *Commission c/ République italienne*, C-59/01, *R.G.A.R.*, 2003, 13787, spéc. les considérants 27 à 31 et 35 à 38.

Malheureusement, cette liberté n'a pas eu les effets escomptés et a très rapidement montré ses limites. Cette possibilité pour les assureurs de fixer librement leurs tarifs devait avant tout permettre aux consommateurs d'avoir « accès à la plus large gamme de produits d'assurance pour pouvoir choisir parmi eux celui qui convient le mieux à ses besoins »<sup>257</sup>. Mais un effet pervers s'est très vite fait ressentir dans le monde de l'assurance. En effet, à travers cette liberté tarifaire, les assureurs n'ont fait qu'affiner leurs critères de sélection et de segmentation des risques ce qui a eu pour conséquence, une exclusion de plus en plus prononcée des risques aggravés<sup>258</sup>. Deux arrêts<sup>259</sup> de la Cour de justice ont alors réduit la portée qui avait été donnée auparavant à ce principe. La Cour affirme dorénavant qu'on ne peut pas déduire de la suppression du contrôle *a priori* un principe absolu de liberté tarifaire. Par conséquent, cette dernière ne peut pas non plus écarter toutes les dispositions étatiques ayant une influence sur les tarifs de l'assurance. A la suite de ce revirement jurisprudentiel, la force de cette liberté s'est retrouvée affaiblie et réduite pour permettre aux Etats d'invoquer l'intérêt général quand ils le jugent nécessaire.

## **Section 2 : Une dérogation à la liberté tarifaire**

Les surprimes excessives que doivent subir les risques aggravés en partie à cause de la segmentation pratiquée par les assureurs, pourraient être évitées en instaurant une réglementation tarifaire. Plusieurs pistes peuvent être suivies afin d'encadrer les tarifs opposés aux assurés lors de la conclusion du contrat. Le législateur pourrait fixer des normes tarifaires minimales. Avec de telles normes, la solidarité serait renforcée entre les bons et les moins bons risques puisque qu'on éviterait au législateur de segmenter en faveur des meilleurs. Mais le législateur pourrait également faire l'inverse c'est-à-dire fixer des normes tarifaires maximales afin que les risques aggravés échappent aux surprimes. Une troisième possibilité de réglementation serait la fixation à la fois de normes tarifaires minimales et maximales. La liberté laissée aux assureurs deviendrait alors complètement encadrée par ces normes<sup>260</sup>. Enfin, la dernière solution serait de fixer un écart maximum entre la prime minimale et la prime maximale.

---

<sup>257</sup> Voy. le considérant 19 de la directive du 18 juin 1992 et le considérant 46 de la directive du 5 novembre 2002.

<sup>258</sup> C. PARIS, *Les dérives de la segmentation en assurance*, *op. cit.*, p. 75.

<sup>259</sup> C.J.C.E., 7 septembre 2004, *Commission c. Grand-duché de Luxembourg* (aff. C-346/02) et *Commission c. France* (aff. C-347/02), *J.T.*, 2004, p. 683, obs. Fr. COLLON

<sup>260</sup> Voy. F. CORLIER, « Segmentation : le point de vue de l'assureur », *op. cit.*, p. 198.

Mais ces différentes pistes de réglementation tarifaire ne pourront être mises en œuvre que dans le respect des deux directives de droit européen. En effet, la liberté tarifaire ayant été implicitement consacrée par le droit européen, il est nécessaire que ces solutions respectent les exceptions prévues par celui-ci<sup>261</sup>.

Une dérogation est, entre autre, permise par ces directives afin de permettre aux Etats membres d'aménager des mesures d'intérêt général qui doivent toutefois être appliquées « de façon non discriminatoire à toute entreprise opérant dans cet Etat membre et être objectivement nécessaires et proportionnées à l'objectif poursuivi »<sup>262</sup>. Pour être légales, ces mesures devront donc respecter une condition de nécessité et une condition de proportionnalité. En ce qui concerne la condition de nécessité, une dérogation sous forme de réglementation tarifaire n'aura aucune difficulté à la respecter compte tenu de la difficulté à laquelle les personnes malades sont confrontées lorsqu'elles doivent s'assurer. Ensuite, la limitation tarifaire semble également proportionnée puisqu'elle n'entrave en aucun cas la libre circulation des services. Par ailleurs, les mesures déjà mises en place ne s'avèrent pas suffisantes pour prohiber l'inassurabilité des risques aggravés<sup>263</sup>. Par conséquent, cette réglementation semble totalement justifiée et légale si, toutefois, elle respecte les conditions de dérogation de ces directives européennes.

### **Section 3 : L'insuffisance de cette solution au regard de la liberté contractuelle**

Cette solution de réglementation tarifaire vise en plein cœur le problème de l'inassurabilité des personnes malades. En effet, la plupart d'entre elles sont souvent victimes de surprimes tellement exorbitantes que celles-ci peuvent être assimilées à un refus net d'assurance de la part des assureurs. En réglementant cette liberté, les assureurs devront respecter des minimas et des maximas ce qui aura pour effet de renforcer la solidarité entre les bons et les moins bons risques. Les risques aggravés ne seront plus discriminés et pourront

---

<sup>261</sup> B. FOSSEPREZ, « L'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé », *op. cit.*, p. 122.

<sup>262</sup> Voy. le considérant 19 de la directive du 18 juin 1992 et le considérant 46 de la directive du 5 novembre 2002.

<sup>263</sup> B. FOSSEPREZ, « L'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé », *op. cit.*, p. 122.

ainsi trouver des assurances à des tarifs abordables comme s'ils étaient des risques tout à fait normaux.

Cependant, même si l'inassurabilité des risques aggravés fait surtout référence aux surprimes que les assureurs peuvent appliquer, le plus gros problème pour ces risques est le refus net d'assurance. Malgré le fait que la limitation tarifaire permettra aux mauvais risques de s'assurer à un tarif plus raisonnable, elle laissera intacte la liberté contractuelle de l'assureur. Malheureusement donc, ce dernier aura toujours la possibilité de refuser simplement de couvrir un risque lorsque celui-ci représentera un trop grand danger pour l'équilibre de son portefeuille. Cette réglementation n'est, par conséquent, pas suffisante pour assurer aux personnes malades un accès concret à l'assurance. Finalement, cette solution pourtant très prometteuse, ne permet pas de venir complètement en aide aux risques aggravés. Elle a vite eu fait de présenter ses insuffisances et ses limites.

### **Chapitre 3 : L'interdiction pour les assureurs de prendre en compte certains critères de référence pour la segmentation**

#### **Section 1 : Des paramètres de segmentation jugés arbitraires ou discriminatoires**

La troisième solution qui peut être envisagée est celle d'interdire aux assureurs d'utiliser des critères de segmentation qualifiés de discriminatoires. Certains critères, et en particulier ceux liés à l'état de santé de l'assuré, sont des critères de classification sur lesquels le candidat n'a aucune emprise et qui sont inhérents à sa personne. Ces assurés n'ayant donc aucun pouvoir sur ces critères, il serait injuste pour eux que les assureurs s'appuient sur ceux-ci dans le cadre de leur sélection des risques. Les données génétiques en sont d'ailleurs le meilleur exemple. Aujourd'hui on essaye d'étendre la politique de ces données au critère de l'état de santé en général. Mais comme chaque solution qui se manifeste, elle provoque à son tour bon nombre de défaillances et de critiques.

Sous-section 1 : Les données génétiques, une application de l'interdiction déjà en vigueur

Les données génétiques se trouvent être la première application de cette solution. En effet, il est interdit aux assureurs de prendre en compte ces données comme critère de segmentation car elles sont jugées discriminatoires pour les assurés. Celles-ci ne peuvent donc être communiquées au sens de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances. L'assureur ne peut requérir du candidat qu'il fournisse un bilan génétique mais l'assuré lui-même ne peut pas non plus communiquer à l'assureur ses tests génétiques dans l'espoir de retirer une prime plus favorable<sup>264</sup>.

La raison principale en est que le candidat à l'assurance n'a aucune main mise sur ses données génétiques. Utiliser ce critère pour classer les risques et ainsi privilégier ceux qui ont la chance d'avoir de bons gènes constituerait une sélection complètement discriminatoire pour les moins chanceux d'entre nous. L'assureur est donc obligé de sélectionner ces risques en fonction de leur état de santé actuel et non sur leur état de santé futur grâce à des analyses génétiques<sup>265</sup>. De plus, prendre en compte ces données reviendrait à porter atteinte à la vie privée des parents de l'assuré, ce qui n'est pas concevable<sup>266</sup>. Les entreprises d'assurances restent, par conséquent, dans l'incertitude par rapport à l'état de santé futur de leurs assurés. Le hasard a encore toute sa place à jouer dans le monde de l'assurance.

Cette interdiction d'utiliser les données génétiques des candidats preneurs d'assurance a été une formidable avancée pour l'assurabilité des personnes malades. Cependant, se limiter au critère bien précis des données génétiques d'une personne ne semble pas suffisant pour leur accorder un véritable accès à l'assurance.

## Sous-section 2 : Le critère de l'état de santé de l'assuré

Depuis une vingtaine d'années, les partisans des consommateurs plaident pour que les assureurs n'aient plus l'occasion de segmenter sur la base de l'état de santé de l'assuré en général. Selon eux, ce n'est pas un facteur sur lequel les assurés peuvent exercer un pouvoir. Il serait donc injuste de les tenir pour responsables d'être tombés malades ou d'être victimes d'un handicap à condition, toutefois, qu'ils fassent tout leur possible pour éviter d'aggraver

---

<sup>264</sup> ANDRE-DUMONT J.-C., « La sélection du risque et la segmentation en assurance de personne – Les assurances vie », *op. cit.*, p. 141.

<sup>265</sup> Art. 61, al. 3 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

<sup>266</sup> ANDRE-DUMONT J.-C., « La sélection du risque et la segmentation en assurance de personne – Les assurances vie », *op. cit.*, p. 141.

leur état<sup>267</sup>. Une personne souffrant d'une maladie devrait, par conséquent, payer la même prime qu'une personne en parfaite santé puisque la première n'a en aucun cas décidé de souffrir.

L'idée est clairement de permettre aux assureurs de sélectionner les risques en fonction de critères dépendants de la volonté des assurés et de leur interdire de prendre en compte des critères indépendants du bon vouloir de ceux-ci. Ils auront ainsi la possibilité de faire varier le montant de la prime par rapport aux premiers ce qui amènera sans doute les assurés à changer leur comportement. Par contre, faire varier le montant de la prime en fonction des seconds ne fera qu'augmenter le sentiment d'injustice et n'influencera pas le comportement préventif de ces assurés<sup>268</sup>.

L'état de santé est une chose très précieuse pour chacun de nous. Aucun assuré ne demande à être atteint d'une maladie ou d'un handicap. C'est totalement indépendant de notre volonté. Par conséquent, il est encore plus inéquitable de penser qu'un assureur peut refuser sa garantie à une personne souffrante sous prétexte simplement qu'elle risque de perturber l'équilibre de son portefeuille. Malgré les raisons, souvent involontaires, qui poussent les assureurs à segmenter les risques, la santé d'une personne ne devrait pas pouvoir être prise en compte. Insérer dans la loi une disposition interdisant d'utiliser l'état de santé comme critère de segmentation semble peut-être radical mais sera, en tout cas, efficace pour assurer l'accès à l'assurance des risques aggravés.

## **Section 2 : Les défaillances à l'égard de ce « remède »**

Même si l'idée d'interdire aux assureurs de segmenter sur base du critère de l'état de santé est très séduisante puisqu'elle résoudrait le problème de l'inassurabilité des personnes malades d'un claquement de doigt, elle présente malheureusement encore pas mal de faiblesses. Certains auteurs ont ainsi mis en avant plusieurs défaillances techniques par rapport à cette solution.

---

<sup>267</sup> J.-P. COTEUR et N. VANHEE, « Assurance solde restant dû. Malade et usé pour l'assureur », *B&D*, septembre/octobre 2009, n° 206, p. 18.

<sup>268</sup> C. PARIS, *Les dérives de la segmentation en assurance*, *op. cit.*, p. 81.

Tout d'abord, cette interdiction amènera les assureurs à classifier leurs risques en fonction de critères comportementaux et non en fonction de critères stables et inchangeables. L'idée est que ces critères comportementaux ont plus d'influence sur le risque que l'assureur a décidé de couvrir. Ils dépendent entièrement de la bonne volonté de l'assuré et peuvent évoluer au fil du temps. Mais ce principe de prendre en compte uniquement les particularités de l'assuré est incompatible avec le système même de l'assurance. En effet, cette dernière fonctionne uniquement en regroupant et en mutualisant les risques et non en les individualisant<sup>269</sup>.

Une seconde incohérence est l'effet pervers que crée l'individualisation des risques. Effectivement, plus un assureur aura tendance à individualiser le risque en prenant en considération les caractéristiques personnelles de chaque assuré, plus il poussera à la segmentation et, par voie de conséquence, à l'exclusion des risques aggravés<sup>270</sup>. Les partisans des consommateurs en voulant interdire d'utiliser l'état de santé comme critère de sélection, ne s'attendaient certainement pas à ce revers de situation. A force de ne retenir que les critères altérables d'un assuré, nous ne ferons donc qu'intensifier la segmentation.

Ensuite, si la classification se base sur des critères comportementaux, il est cohérent que, dans l'hypothèse où le comportement de l'assuré change, l'assureur puisse modifier le contrat dans le sens d'une aggravation ou d'une diminution du risque<sup>271</sup>. Cependant, l'une des premières revendications des partisans des consommateurs fragilisés par leur santé, est d'exclure la possibilité que détient l'assureur de modifier le contrat. Par conséquent, il existe une contradiction totale entre l'impact qu'entraîne l'interdiction du critère de l'état de santé et les souhaits des consommateurs.

Le respect à la vie privée risque également d'être compromis suite à cet individualisme. L'assureur contraint d'utiliser des critères de segmentation comportementaux, devra nécessairement faire appel à des questionnaires beaucoup plus détaillés afin de se renseigner sur les habitudes de vie du candidat<sup>272</sup>. Interdire le critère de l'état de santé en

---

<sup>269</sup> C. DEVOET, « Assurance, différenciation et discrimination », P. WAUTELET (sous le dir.), *Le droit de la lutte contre la discrimination dans tous ses états*, Commissions Université-Palais, Université de Liège, vol. 108, Liège, Anthémis, 2009, p. 70.

<sup>270</sup> C. PARIS, *Les dérives de la segmentation en assurance*, *op. cit.*, p. 99.

<sup>271</sup> C. DEVOET, « Assurance, différenciation et discrimination », *op. cit.*, p. 71.

<sup>272</sup> B. FOSSEPREZ, « L'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé », *op. cit.*, p. 120.

général et se pencher plutôt sur des critères altérables provoquera inévitablement une intrusion dans la vie privée des candidats à l'assurance. Pourtant, les partisans de cette tarification comportementale jugeraient cette intrusion comme abusive et choquante<sup>273</sup>. De nouveau, nous sommes face à une incohérence.

Enfin, certains relèvent que cette interdiction provoquera obligatoirement une hausse des tarifs pour les bons risques. Mais comme les assurances de personnes sont caractérisées d'assurances facultatives, ils préféreront sans doute ne plus s'assurer plutôt que de payer une surprime pour aider les moins bons d'entre eux<sup>274</sup>.

Au terme de ces innombrables incohérences et contradictions, l'interdiction d'utiliser comme critère de segmentation l'état de santé en général semble quelque peu défectueuse. Malgré le fait que cette solution est la plus intéressante pour les personnes malades puisqu'elle cible parfaitement le problème, elle suscite malheureusement pour certains auteurs trop d'incohérences que pour être mise en œuvre. Une solution intermédiaire a cependant été imaginée. Cela consisterait à interdire l'utilisation de ce critère mais uniquement « lorsque les montants assurés sont inférieurs à une certaine somme »<sup>275</sup>. Cette nouvelle entremise n'est qu'à l'état de proposition et elle engendre également certaines difficultés, notamment quant au montant de référence à déterminer.

## **Chapitre 4 : Les services d'intérêt économique général**

### **Section 1 : Une dérogation aux règles du droit de la concurrence édictées dans le Traité fondamental de l'Union européenne**

Le secteur de l'assurance est habituellement soumis au respect du droit de la concurrence édicté dans le Traité fondamental de l'Union européenne. Cependant, une dérogation à ce droit est permise en utilisant la notion de service d'intérêt économique européen. Cette notion permet principalement à certaines assurances qualifiées

---

<sup>273</sup> C. DEVOET, « Assurance, différenciation et discrimination », *op. cit.*, p. 71.

<sup>274</sup> J.-Chr. ANDRE-DUMONT, « La sélection du risque et la segmentation en assurance de personne – Les assurances vie », *op. cit.*, p. 150.

<sup>275</sup> B. FOSSEPREZ, « L'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé », *op. cit.*, p. 120.

d'indispensables de recevoir des aides d'Etat ou de déroger au principe de libre concurrence en concluant des accords entre entreprises<sup>276</sup>.

Il est indéniable que certains services d'intérêt général tel que le secteur de l'assurance n'arriveront jamais à fonctionner uniquement à travers le marché intérieur en raison des prix de celui-ci qui se révèlent souvent trop élevés pour les consommateurs en position de faiblesse. Ainsi, par cette dérogation, il est permis aux Etats membres de concilier un marché intérieur concurrentiel avec des missions de services d'intérêt économique général beaucoup plus accessibles<sup>277</sup>.

Le droit de la concurrence est l'une des causes principales de l'affinement de la segmentation dans le monde de l'assurance. Suite à cette sélection, les risques les plus fragiles se retrouvent exclus d'un certain nombre d'assurances. Ce droit est donc l'un des premiers droits auquel le législateur devrait déroger afin d'accroître l'assurabilité des risques aggravés.

## **Section 2 : Les conditions cumulatives requises en vue de l'obtention de cette dérogation**

Pour pouvoir déroger aux règles européennes, et plus particulièrement à la libre concurrence, il faut obligatoirement que les entreprises qui pratiquent ces services d'intérêt économique général respectent trois conditions prévues par l'article 106, §2 du Traité fondamental de l'Union européenne. Cette dérogation exige l'existence d'une mission de services d'intérêt économique général mais également le caractère proportionnel de cette mission ainsi que la conformité de celle-ci à l'intérêt de l'Union. Dans le cas d'un non-respect, ces entreprises n'échapperont pas aux règles de libre concurrence.

### Sous-section 1 : Une mission de services d'intérêt économique général

La première condition à remplir pour échapper aux règles du droit de la concurrence est celle de l'existence d'une mission de services d'intérêt économique général. L'Union

---

<sup>276</sup> B. FOSSEPREZ, « L'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé », *op. cit.*, p. 124.

<sup>277</sup> F. LOUCKX, « L'influence du droit européen de la concurrence sur l'organisation des systèmes de soins de santé nationaux. Le rôle des services (sociaux) d'intérêt économique général dans la recherche d'un équilibre entre accessibilité financière et compétitivité », *C.D.E.*, 2008, liv. 3-4, p. 383.

européenne n'a jamais défini clairement et précisément cette notion. Chaque Etat membre peut donc la déterminer librement en fonction de sa politique nationale<sup>278</sup>. Mais, selon le Tribunal de Première Instance, il s'agit « d'un acte de puissance publique investissant les opérateurs en cause d'une mission S.I.E.G. ainsi que du caractère universel et obligatoire de cette mission »<sup>279</sup>. Par conséquent, pour qu'il s'agisse bien d'une mission S.I.E.G. aux yeux de la jurisprudence communautaire, il faut que celle-ci rencontre trois caractéristiques.

Premièrement, il faut que la mission des entreprises d'assurances émane d'un acte de la puissance publique et que ce dernier définisse clairement les obligations qui en découlent<sup>280</sup>. Il n'est en aucun cas demandé que cette mission provienne directement d'une loi ou d'un règlement mais cependant, une simple autorisation de la part du législateur national n'est pas suffisante pour être qualifiée d'acte de puissance publique.

Ensuite, la mission S.I.E.G. doit revêtir un caractère universel. Ce caractère universel a été défini dans le Livre blanc sur les services d'intérêt général comme un paramètre qui « instaure le droit à chacun à avoir accès à certains services jugés essentiels et impose aux prestataires de services l'obligation de proposer des services définis à des conditions spécifiées »<sup>281</sup>. Cette universalité n'impose pas que la mission soit en faveur de l'entière de la population, elle peut simplement l'être en faveur d'un groupe restreint d'utilisateurs<sup>282</sup>.

Enfin, la mission S.I.E.G. requiert également d'avoir un caractère obligatoire. Ce caractère doit être compris comme le fait « que les opérateurs chargés de la mission de S.I.E.G. sont, en principe, tenus d'offrir le service en cause sur le marché en respectant les obligations qui régissent la prestation dudit service »<sup>283</sup>. Toutefois, ce caractère obligatoire n'impose pas aux entreprises d'assurances fournissant le service en question, un contenu

---

<sup>278</sup> F. LOUCKX, « L'influence du droit européen de la concurrence sur l'organisation des systèmes de soins de santé nationaux. Le rôle des services (sociaux) d'intérêt économique général dans la recherche d'un équilibre entre accessibilité financière et compétitivité », *C.D.E.*, 2008, liv. 3-4, p. 387.

<sup>279</sup> T.P.I.C.E. (3<sup>e</sup> ch.), 12 février 2008, *Bupa c. Commission des Communautés européennes*, T-289/03, <http://www.curia.eu.int>, point 172.

<sup>280</sup> *Ibidem.*, point 181.

<sup>281</sup> Communication de la Commission du 12 mai 2004 au Parlement européen, au Conseil, Comité économique et social européen et au Comité des régions, Livre blanc sur les services d'intérêt général, COM (2004) 374, sous-titre 3.3.

<sup>282</sup> TPI, aff. T-289/03, *op. cit.*, points 186-187.

<sup>283</sup> F. LOUCKX, « L'influence du droit européen de la concurrence sur l'organisation des systèmes de soins de santé nationaux. Le rôle des services (sociaux) d'intérêt économique général dans la recherche d'un équilibre entre accessibilité financière et compétitivité », *op. cit.*, p. 392.

clairement prédéfini<sup>284</sup>. Les entreprises conservent quand même une certaine liberté quant au contenu et au prix de ce service d'intérêt général. Elles sont uniquement contraintes de le fournir à tous les consommateurs qui en font la demande.

Pour résumer, si les entreprises de S.I.E.G. veulent remplir cette première condition, elles doivent respecter ces trois caractéristiques propres à une mission de services d'intérêt économique général.

#### Sous-section 2 : La nécessité du caractère proportionnel de la mission

La deuxième condition qui est requise est celle de la proportionnalité de la mission par rapport à cette liberté. Cette exigence de proportionnalité signifie que pour déroger aux règles de la concurrence, il faut nécessairement que « l'application [de ces règles] fasse échec à l'accomplissement, en droit ou en fait, des obligations qui incombent à l'entreprise chargée de la mission de S.I.E.G. »<sup>285</sup>. En d'autres termes, déroger à la libre concurrence doit représenter une nécessité pour que les entreprises d'assurances puissent réaliser la mission de service d'intérêt économique général.

Il est également requis pour les entreprises qu'elles énoncent clairement les raisons qui pourraient nuire à leur mission S.I.E.G. si la dérogation au droit de la concurrence ne se réalisait pas<sup>286</sup>. Cependant, il ne leur est pas demandé non plus de prouver explicitement que d'autres mesures ne seraient pas à même de satisfaire ces missions.

#### Sous-section 3 : La conformité à l'intérêt de l'Union

La dernière condition requise est celle de la conformité de la mission S.I.E.G. par rapport à l'intérêt de l'Union européenne. La jurisprudence communautaire s'est jointe au courant affirmant que l'intérêt de l'Union était une condition à part entière et distincte de celle de la

---

<sup>284</sup> TPI, aff. T-289/03, *op. cit.*, points 189.

<sup>285</sup> Article 106, §2 du Traité Fondamental de l'Union Européenne.

<sup>286</sup> C.J.C.E., 23 octobre 1997, *Commission des Communautés européenne c. République française*, C-159/94, <http://www.curia.eu.int>, point 101.

proportionnalité de la mission<sup>287</sup>. Ainsi, dans l'éventualité d'une violation de cet intérêt, la Commission doit délimiter l'intérêt de l'Union européenne afin de pouvoir déterminer la conformité de la mission par rapport à celui-ci<sup>288</sup>.

### **Section 3 : Le cas particulier de l'assurabilité des personnes présentant un risque de santé aggravé**

Pour pouvoir déroger aux règles de la concurrence en matière d'assurabilité, les activités d'assurance doivent respecter les trois conditions prévues par le Traité fondamental de l'Union européenne. Ces activités doivent être envisagées comme des services d'intérêt économique général si la société souhaite favoriser l'accès des risques aggravés à certaines d'entre elles.

Tout d'abord, les activités d'assurance facilitant l'assurabilité doivent être définies comme des missions S.I.E.G. universelles et obligatoires c'est-à-dire des actes émanant de la puissance publique. Le caractère universel de la mission devrait être aisé à remplir puisque cette universalité peut être observée dans la reconnaissance d'un droit à l'assurance pour le candidat<sup>289</sup>. Quant au caractère obligatoire, il suffit pour le respecter de contraindre les assureurs d'offrir ces services d'intérêt économique général.

Les activités d'assurance devront également respecter la condition de proportionnalité de la mission. Vu les difficultés que rencontrent les risques aggravés dans le secteur de l'assurance, il n'est pas compliqué de prouver que les missions S.I.E.G. dans les activités d'assurance sont nécessaires et proportionnées. Du fait de la libre concurrence, les assureurs sont en quelque sorte obligés de sélectionner et de segmenter les risques qui leur sont soumis. Il est quasi impossible pour eux de créer une quelconque solidarité entre leurs assurés car ils mettraient inévitablement leur entreprise d'assurance en danger<sup>290</sup>. Les bons risques décideraient inévitablement de partir vers d'autres entreprises concurrentes plus profitables.

---

<sup>287</sup> F. LOUCKX, « L'influence du droit européen de la concurrence sur l'organisation des systèmes de soins de santé nationaux. Le rôle des services (sociaux) d'intérêt économique général dans la recherche d'un équilibre entre accessibilité financière et compétitivité », *op. cit.*, p. 396.

<sup>288</sup> C.J.C.E., aff. C-159/94, *op. cit.*, point 108-115.

<sup>289</sup> B. FOSSEPREZ, « L'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé », *op. cit.*, p. 128.

<sup>290</sup> *Ibidem.*, p. 128.

Enfin, les activités d'assurance devront garder intact l'intérêt de l'Union. Les mesures tendant à augmenter l'assurabilité des risques aggravés contenues dans les missions S.I.E.G. ne compromettront pas « la libre circulation des services et n'influenceront pas le développement des échanges commerciaux dans un sens qui soit contraire à l'intérêt de l'Union »<sup>291</sup>. Les entreprises étrangères seront ainsi contraintes de respecter ces mesures afin de satisfaire l'intérêt général tout en continuant à pouvoir proposer leurs produits sur notre territoire.

Le rôle des autorités publiques est maintenant de tout mettre en œuvre afin de rendre l'accès à certaines activités de l'assurance plus abordable pour les personnes présentant des risques de santé. Elles sont les seules habilitées à pouvoir faire changer les choses.

Cette dérogation prévue par le Traité fondamental permettrait non seulement aux entreprises d'assurances de recevoir des subsides par leur Etat mais elle permettrait également à celles-ci de conclure des accords entre elles. Ces accords produiraient un début d'harmonisation quant aux garanties que les entreprises d'assurances fournissent à leurs assurés permettant ainsi plus d'équité entre eux.

Les règles du droit de la concurrence s'appliquent également au secteur des soins médicaux puisque les prestataires de services médicaux sont essentiellement des entreprises qui font partie du champ d'application de ces règles<sup>292</sup>. Et malgré l'existence d'exceptions à ces règles, il reste très délicat pour les entreprises dans le secteur des soins de santé de prôner la solidarité plutôt que le marché concurrentiel.

---

<sup>291</sup> B. FOSSEPREZ, « L'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé », *op. cit.*, p. 129.

<sup>292</sup> F. LOUCKX, « L'influence du droit européen de la concurrence sur l'organisation des systèmes de soins de santé nationaux. Le rôle des services (sociaux) d'intérêt économique général dans la recherche d'un équilibre entre accessibilité financière et compétitivité », *op. cit.*, p. 405.

## CONCLUSION

En guise de conclusion, Nelson DE PRIL et Jan DHAENE rapportent que « la spirale de segmentation n'a pas de garde-fou incorporé et peut mener à des drames humains et sociaux, surtout si l'exclusion ou la quasi-inassurabilité portent sur la couverture de risques fondamentaux »<sup>293</sup>. Au terme de ce mémoire, il convient, en effet, de noter que laisser entièrement libre le mécanisme de la segmentation peut avoir des conséquences désastreuses sur la protection de certains consommateurs.

Plusieurs branches d'assurance étant devenues inhérentes à notre mode de vie, il est important de mettre en balance à la fois le droit des consommateurs d'être assurés et le droit des assureurs de pratiquer une certaine justice actuarielle c'est-à-dire d'appliquer un taux proportionnel aux risques qui leur sont soumis. Cette justice, cause principale de la segmentation, se heurte inévitablement à la justice sociale prônée par le droit. De plus en plus, le droit se livre à une vraie bataille dans l'espoir de voir l'intérêt collectif prendre le dessus. Afin de rendre l'accessibilité de certaines assurances moins difficile, la justice sociale recommande donc de multiplier les transferts entre les bons et les mauvais risques au contraire de la justice actuarielle<sup>294</sup>. On constate donc que, ce qui semble injuste pour les assureurs, à savoir le fait que les bons risques épaulent les moins bons risques, s'avère pourtant justifié du côté des juristes.

Cet intérêt collectif issu de la justice sociale se manifeste principalement à travers un accroissement de la solidarité entre les assurés. Cette solidarité « subsidante » semble être la clé du problème car effectivement, « le nonaccès à l'assurance ou un accès plus difficile pour les consommateurs à risques élevés est certainement plus dommageable socialement que la surprime supportée par les consommateurs à risques réduits »<sup>295</sup>. La mutualisation des risques est le principe directeur dans le secteur de l'assurance. Ainsi, revendiquer plus de solidarité subsidante entre les assurés ne fera qu'intensifier cette mutualisation en faveur principalement des mauvais risques.

---

<sup>293</sup> N. DE PRIL et J. DHAENE, « Commission des assurances. Rapport du groupe de travail : Segmentation », *op. cit.*, p. 138.

<sup>294</sup> B. FOSSEPREZ, « L'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé », *op. cit.*, p. 130.

<sup>295</sup> P. DEJEMEPPE, « L'accès à l'assurance », *op. cit.*, p. 208.

Comme nous avons pu le constater tout au long de ce mémoire, le législateur est d'ores et déjà intervenu dans notre droit belge actuel dans l'unique espoir d'instituer plus de justice sociale entre les assurés. Plusieurs dispositions dans des branches d'assurance bien spécifiques font spécialement écho à cette volonté d'accroître l'intérêt collectif. L'exemple le plus criant est certainement celui de l'établissement d'un droit à l'assurance pour les risques aggravés en assurance soins de santé mais également l'institution d'un Bureau de suivi de la tarification en assurance solde restant dû. Mais, malheureusement, force est de constater que ces interventions ponctuelles de la part du législateur ne sont pas encore suffisantes et que certains continuent de juger comme révoltant l'exclusion d'une partie des consommateurs à risques.

Cependant, il faut rester vigilant car même si l'on se bat pour l'institution d'une justice sociale avec plus de solidarité entre les différents assurés, il faut garder à l'esprit que cela ne peut se faire au détriment de la solvabilité des entreprises d'assurances. Notre souhait est de voir cette justice sociale surpasser la justice actuarielle, mais il n'a jamais été question d'envoyer aux oubliettes cette dernière car appliquer un taux proportionnel au risque rencontré relève de la nature même de l'assurance. En effet, forcer les entreprises à pratiquer une solidarité absolue et à abandonner toute règle de proportionnalité engendrerait nécessairement la perte de rentabilité pour celles-ci. On ne peut dès lors pas imaginer créer un droit à l'assurance général mais peut-être bien évoquer l'idée d'un droit à l'assurance encadré et réglementé spécialement dans certaines branches d'assurance et uniquement pour certaines catégories de personnes déterminées, comme c'est déjà le cas aujourd'hui en assurance soins de santé.

Hormis le fait que les assureurs prêchent pour une justice sociale, la libre concurrence a également son mot à dire dans cette problématique de l'assurabilité des risques aggravés. Le secteur de l'assurance est effectivement l'un des domaines soumis aux règles du droit de la concurrence. Par conséquent, si une entreprise décide de créer plus de solidarité entre ses assurés, elle encourt de voir ses bons risques frappés à la porte d'entreprises concurrentes. L'idée est d'organiser une solidarité « subsidiaire » encadrée qui ne porterait pas atteinte à la solvabilité des entreprises qui l'aménagent. A travers l'article 106, §2 du T.F.U.E., cette idée semble être réalisable puisque cet article permet de déroger au droit de la concurrence dans le but de satisfaire l'intérêt général, comme pourrait l'être l'intérêt des personnes malades de pouvoir s'assurer. En recourant à cette dérogation, les Etats se munissent de la possibilité qui

leur est offerte de forcer les entreprises d'assurances de couvrir certains consommateurs. Ces entreprises devront respecter, dans le cadre de l'intérêt général, les obligations de service public, obligations compensées par des aides d'Etat<sup>296</sup>. Ainsi, la solvabilité des entreprises pratiquant la solidarité subsidiante serait préservée puisque le financement de celle-ci ne reposerait pas uniquement sur les bons risques mais plutôt sur la population en général. En effet, les aides d'Etat sont financées essentiellement par l'impôt.

Au terme de ce mémoire, il apparaît clairement que la problématique de l'accès à l'assurance pour les personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé provoque de nombreuses tensions, principalement entre les assureurs et les consommateurs. Ayant des opinions très contradictoires, il est primordial de prendre en compte l'intérêt de chacun d'eux et d'en retirer la solution la moins dommageable. Même si l'accès à l'assurance pour les personnes malades reste très sommaire et qu'il semble évident qu'il faut continuer de l'améliorer, il ne faut pas perdre de vue que les entreprises d'assurances doivent également y trouver leur compte. Mais, en tout état de cause, ces personnes malades méritent amplement d'avoir droit à une assurance comme toute personne normale et cela, même si ça doit être fait au dépens des bons risques. Nous espérons que, dans le futur, les autorités publiques feront leur possible pour concilier au mieux les intérêts de ces deux protagonistes.

---

<sup>296</sup> B. FOSSEPREZ, « L'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé », *op. cit.*, p. 130.

# BILIOGRAPHIE

## I. LEGISLATION

### 1. DROIT DE L'UNION EUROPEENNE

Directive (CEE) n°2002/83 du Parlement européen et du Conseil, du 5 novembre 2002, concernant l'assurance directe sur la vie, *J.O.C.E.*, L 345, du 19 décembre 2002.

Directive (CEE) du 18 juin 1992 portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie et modifiant les directives 73/239/CEE et 88/357/CEE, *J.O.C.E.*, L 228, du 11 août 1992.

### 2. DROIT BELGE

#### A. Normes légales et réglementaires

Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.

Loi du 21 janvier 2010 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru, *M.B.*, 3 février 2010.

Loi du 17 juin 2009 modifiant, en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et la loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, *M.B.*, 8 juillet 2009.

Loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, *M.B.*, 10 août 2007.

Loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes, *M.B.*, 30 mai 2007.

Loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination, *M.B.*, 30 mai 2007.

Loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, *M.B.*, 20 août 1992.

Arrêté royal du 18 mars 2016 portant modification de l'arrêté royal du 1 février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 138bis-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

Arrêté royal du 4 mars 2015 portant l'agrément de la Caisse de compensation visée à l'article 220 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Arrêté royal du 10 avril 2014 réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire.

Arrêté ministériel du 24 décembre 2014 visant à établir le règlement d'ordre intérieur du Bureau du suivi de la tarification, *M.B.*, 30 décembre 2014.

Arrêté royal du 1 février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 138bis-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

## B. Travaux parlementaires

Projet de loi relatif aux assurances, exposé des motifs, *Doc. Parl.*, Ch. repr., 2013-2014, doc. n°53-3361/001.

Projet de loi relatif aux assurances du 13 février 2014, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2008-2009, doc. n°53-3361/001.

Projet de loi modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru. *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2008-2009, doc. n°52-1977/001.

Projet de loi du 26 septembre 2006 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, *Doc. parl.*, Ch., sess. ord., 2005-2006, n° 51-2689/001.

## **II. AVIS ET COMMUNICATIONS**

Commission des assurances, *Avis du 23 avril 2013 sur l'avant-projet d'arrêté royal réglant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire*, DOC C/2013/01, <http://www.fsma.be>.

Commission des assurances, *Projet d'avis du 7 janvier 2010 sur le projet d'arrêté royal déterminant les indices spécifiques visés à l'article 138bis-4, §3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre*, DOC C/2009/11, <http://www.fsma.be>.

Commission des assurances, *Avis n° C/2009/1 du 25 juin 2009 sur l'assurabilité des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé : création d'un bureau de tarification pour les assurances solde restant dû*, DOC C/2009/01, <http://www.fsma.be>.

Communication de la Commission du 12 mai 2004 au Parlement européen, au Conseil, Comité économique et social européen et au Comité des régions, Libre blanc sur les services d'intérêt général, COM (2004) 374, sous-titre 3.3.

## **III. JURISPRUDENCE**

### **1. JURISPRUDENCE EUROPEENNE**

C.J.C.E., 23 octobre 1997, *Commission des Communautés européenne c. République française*, C-159/94, <http://www.curia.eu.int>, point 101.

C.J.U.E., 11 mai 2000, *Commission c. France*, C-296/98, *Rec.*, 2000, p. I-3025.

C.J.C.E., 25 février 2003, *Commission c. République italienne*, C-59/01, *R.G.A.R.*, 2003, 13787.

C.J.U.E., 7 septembre 2004, *Commission c. Luxembourg*, C-346/02, *Rec.*, p. I-7517.

C.J.U.E., 7 septembre 2004, *Commission c. France*, C-347/02, *Rec.*, p. I-7557.

C.J.C.E., 7 septembre 2004, *Commission c. Grand-duché de Luxembourg* (aff. C-346/02) et *Commission c. France* (aff. C-347/02), *J.T.*, 2004, p. 683, obs. Fr. COLLON.

T.P.I.C.E. (3<sup>e</sup> ch.), 12 février 2008 (*Bupa c. Commission des Communautés européennes*), T-289/03, <http://www.curia.eu.int>, point 172.

C.J.U.E., 28 avril 2009, *Commission c. Italie*, C-518/062009, *Rec.*, p. I-3491.

C.J.U.E (4<sup>e</sup> ch.), 7 mars 2013, *D.K.V. Belgium c. Test-Aankoop*, C-577/11, *Bull. ass.*, 2013, p. 315, note F. LONGFILS.

## 2. JURISPRUDENCE NATIONALE

Prés. Comm. Bruxelles, 16 juin 2003, *R.D.C.*, 2003, pp. 883 et s.

Comm. Bruxelles (cess.), 7 mars 2005, *Test-Achats/DKV Belgium*, *J.T.*, 2005, pp. 382 et s.

Liège, 14 septembre 2009, *For. ass.*, n°103, avril 2010, p. 81 et s., obs. J.-Chr. ANDRE-DUMONT.

C.C. n° 166/2011, 10 novembre 2011, *R.D.C. – T.B.H.*, 2012, (Reflet BINON, J.-M.), liv. 3, p. 322 et s.

C.E., 29 décembre 2011, n°217.085, *Bull. ass.*, 2012, p. 234 et s., obs. M. THIRION.

## IV. DOCTRINE

ANDRE-DUMONT J.-Chr., « La sélection du risque et la segmentation en assurance de personne – Les assurances vie », in *Les paramètres de sélection des risques à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Dossier n°10, Bruxelles, Kluwer, 2004, pp. 113 à 151.

ANDRE-DUMONT, J.-Ch., « Les “assurances maladies” pratiquées par les assureurs privés en Belgique », *R.G.A.R.*, 2010, n°14.628.

ANDRE-DUMONT J.-Ch., *L'assurance maladie privée*, Limal, Anthémis, 2012.

BEERNAERT J., « La loi Verwilghen : poursuite individuelle de l'assurance maladie liée à l'activité professionnelle », *L'assurance au présent*, 13-17 septembre 2010, n°32.

BINON J.-M., « La directive du 18 juin 1992 ; an I du Marché unique de l'assurance non-vie ? Son régime, ses opportunités et ses limites », *Bull. ass.*, 1994, p. 25, n°28, pp. 15 à 31.

BINON J.-M., « Le principe de liberté tarifaire : une nouvelle nébuleuse dans le ciel européen de l'assurance », in *Les paramètres de sélection des risques à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Bruxelles, Kluwer, 2004, dossier 10, pp. 9 à 23.

BINON J.-M., *Droit des assurances de personnes. Aspect civils, techniques et sociaux*, Bruxelles, Larcier, 2007.

BINON J.-M., « Actualités législatives et jurisprudentielles dans les assurances de personnes », in *Actualités en droit des assurances*, Commission Université-Palais, vol. 106, Liège, Anthémis, 2008, pp. 325 et 414.

BINON J.-M., « La liberté commerciale des assureurs à l'épreuve du feu européen », *R.D.C. – T.B.H.*, 2010/1, pp. 7 à 19.

BINON J.-M., « Arrêté royal du 10 avril 2014 réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire », *R.D.C. – T.B.H.*, 2014, liv. 7, pp. 728 à 729.

BINON J.-M., « Développements nouveaux sur la déclaration du risque dans les assurances de personnes », in *Actualités en droit des assurance*, Bruxelles, Larcier, 2015, pp. 9 à 47.

BINON J.-M., « La loi du 4 avril 2014 relative aux assurances – Nouveautés dans les assurances de personnes, les assurances vie en général et les assurances malade », in *La nouvelle loi du 4 avril 2014*, Bruxelles, Larcier, 2015, pp. 69 à 95.

CALLEWAERT V., « Les nouvelles règles applicables en matière de segmentation et en assurance de dommages », in *La nouvelle loi du 4 avril 2014 relative aux assurances*, Bruxelles, Larcier, 2015, pp. 51 à 65.

CORLIER F., « Segmentation : le point de vue de l'assureur », in H. COUSY, H. CLAASSENS et C. VAN SCHOUBROECK (dir.), *Compétitivité, éthique et assurance : dixièmes journées de l'assurance à Louvain*, Louvain-la-neuve, Bruylant, 1998, pp.189 à 204.

COTEUR J.-P., VANHEE N., « Assurance solde restant dû. Malade et usé pour l'assureur », *B&D*, septembre/octobre 2009, n° 206, p. 18.

DAVET J.-L., « L'assurance santé individuelle : des solidarités à l'épreuve de la segmentation », *Risques*, septembre 2011, n° 87, disponible sur <http://www.ffsa.fr/Risques>.

DE BILDERLING F., « Discrimination et assurances : le point de vue actuariel », in *Discriminatie in verzekering – Discrimination et assurance*, Anvers, Maklu, 2007, pp. 239 à 251.

DE BRUYNE F., « Van solidariteit naar uitsluiting : de weigering van de chronische zieken door verzekeringsmaatschappijen », *T.v.R.M.*, 2006, liv. 1, p. 14.

DE PRIL N., DHAENE J., « Commission des assurances. Rapport du groupe de travail : Segmentation », in H. COUSY, H. CLAASSENS et C. VAN SCHOUBROECK (dir.), *Compétitivité, éthique et assurance*, Louvain-la-Neuve, Bruylant, 1998, p. 109 à 139.

DEJEMEPPE P., « L'accès à l'assurance », in H. COUSY, H. CLAASSENS et C. VAN SCHOUBROECK (dir.), *Compétitivité, éthique et assurance : dixièmes journées de l'assurance à Louvain*, Louvain-la-Neuve, Bruylant, 1998, pp. 205 à 210.

DEVOET, C., « La loi du 20 juillet 2007 sur l'assurance maladie privée. Quelques commentaires », *For. ass.*, octobre 2007, n°77, pp. 127 à 135.

DEVOET C., « Assurance, différenciation et discrimination », P. WAUTELET (sous le dir.), *Le droit de la lutte contre la discrimination dans tous ses états*, Commissions Université-Palais, Université de Liège, vol. 108, Liège, Anthémis, 2009, pp. 63 à 135.

DEVOET C., *Les assurances de personnes*, Limal, Anthémis, 2011.

DEVOET C., « Accès à l'assurance solde restant dû : un chantier en voie d'achèvement », *For. ass.*, 2013, n°149, pp. 233 à 238.

DOYEN F., « Les nouvelles lois anti-discrimination (I) », *For. ass.*, 2007, n°7, pp. 121 à 125.

DUBUISSON B., « Solidarité, segmentation et discrimination en assurances. Nouveau débat, nouvelles questions », in *Mélanges en l'honneur du Professeur Jean Bigot*, Paris, LGDJ, 2010, pp. 105 à 123.

DURRY G., « La sélection de la clientèle par l'assureur : aspects juridiques », *Risques*, mars 2001, n°45, disponible sur <http://www.ffsa.fr/Risques>.

ESTIENNE N., « Les dérives de la segmentation en assurance », *R.G.A.R*, 2005/7, p. 14021.

FAGNART J.-L., « Sida, assurances et vie privée », *Con. M.*, 1996, liv. 1, p. 34.

FAGNART J.-L., « Le droit au secret de l'assureur à l'égard de l'assuré, du bénéficiaire et de la personne lésée », *Rev. dr. U.L.B.*, vol. 21, 2000-1, pp. 246 à 247.

FAGNART J.-L., *Traité pratique de droit commercial. Tome 3 : Droit privé des assurances terrestres*, Waterloo, Kluwer, 2011.

FAGNART J.-L., « L'assurance revisitée par la jurisprudence européenne », in *Actualités en droit des assurances*, Bruxelles, Larcier, vol. 154, 2015, pp. 89 à 90.

FONTAINE, M., BINON, J.-M., « La loi du 4 avril 2014 relative aux assurances – Présentation générale – Dispositions relatives au droit du contrat d'assurance », *R.D.C. – T.B.H.*, 2014, pp. 964 à 966.

FOSSEPREZ B., « L'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé », *Ann. dr. Louvain*, liv. 1, 2012, pp. 81 à 139.

GOLLIER Ch., « La solidarité sous l'angle économique », in *Assurance et solidarité*, *R.G.D.A.*, 2002, pp. 211 à 215.

GOYENS F., « Segmentering in de aanvullende ziekteverzekering », *Bull. ass.*, 2004, n°23, pp. 157 à 170.

GOYENS F., « La loi du 20 juillet 2007 pour améliorer l'accessibilité et la continuité de l'assurance maladie privée », *Assurinfo*, Novembre 2007.

JANSSENS, W., « Un indice médical pour les polices Soins de santé privées. Pourquoi faire simple quand on peut faire compliquer ? », *Le Monde de l'assurance*, avril 2010, pp. 37 à 42.

LEMMENS L., « Le bureau du suivi de la tarification a commencé la réévaluation des assurances solde restant dû », *Actualités*, 22/01/2015, disponible sur <http://www.jura.be>.

LONGFILS F., « La liberté tarifaire s'arrête là où commencent le contrôle prudentiel et la protection du consommateur d'assurances », note sous C.J.U.E. (4<sup>e</sup> ch.), 7 mars 2013, *Bull. ass.*, 2013, liv. 3, pp. 320 à 325.

LOUCKX F., « L'influence du droit européen de la concurrence sur l'organisation des systèmes de soins de santé nationaux. Le rôle des services (sociaux) d'intérêt économique général dans la recherche d'un équilibre entre accessibilité financière et compétitivité », *C.D.E.*, 2008, liv. 3-4, pp. 382 à 406.

PARIS C., « Segmentation et sélection des risques », in *Les paramètres de sélection des risques à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Bruxelles, Larcier, 2004, dossier 10, pp. 57 à 87.

PARIS C., *Les dérives de la segmentation en assurance*, Les dossiers du journal des tribunaux, n°49, Bruxelles, Larcier, 2005.

PARIS C., « Actualités législatives et jurisprudentielles dans les assurances en général », in *Actualités en droit des assurances*, Liège, Anthémis, 2008, vol. 105, pp. 7 à 125.

SCHIMTZ N., « Les modifications apportées à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en assurance maladie et en assurance solde restant dû : Trois pas en avant... », in *La loi sur le contrat d'assurance terrestre*, Bruxelles, Larcier, 2012, pp. 275 à 364.

SCHIMTZ N., « Les modifications apportées en assurance du solde restant dû par la loi du 4 avril 2014 et l'arrêté royal du 10 avril 2014 (1) », in *La nouvelle loi du 4 avril 2014 relative aux assurances*, Bruxelles, Larcier, 2015, pp. 97 à 148.

TERMOTE K., « Couverture à vie dans les assurances maladie complémentaires », *Bilan*, 2007, n°549, p. 3.

THIERY Y., « Hospitalisatieverzekeraar op de discriminatiebühne terechtgewezen », note sous Comm. Bruxelles (cess.), 7 mars 2005, *R.D.C. – T.B.H.*, 2005/6, pp. 682 à 688.

THIERY Y., « Gelijkheid, dienstverlening en verzekering : een herontdekkingstocht », *R.D.C. – T.B.H.*, 2007/8, pp. 747 à 772.

THIRION M., obs. sous C.E., 29 décembre 2011, n°217.085, *Bull. ass.*, 2012, pp. 238 à 240.

TOUSSAINT, B., « Les dispositions de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances portant sur l'interprétation du contrat d'assurance, la publicité, la tarification et la segmentation », *R.D.C. – T.B.H.*, 2015/10, pp. 943 à 955.

TOUSSAINT, B., BINON, J.-M., « Arrêté royal du 4 mars 2015 portant l'agrément de la Caisse de compensation visée par l'article 220 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances », *R.D.C. – T.B.H.*, 2015, liv. 5, pp. 479 à 480.

VAN DONINCK H., « Assurance du solde restant dû et personnes présentant un risque de santé accru », *Le monde de l'assurance*, mars 2010, pp. 30 à 31.

VAN OLDENEEL C.-A., « Florilège de nouvelles lois concernant les assurances », *Bull. ass.*, 2014/2, n°387, pp. 243 à 247.

VLAAMS PATIËNTENPLATFORM, *Verzekeringsproblemen van mensen met een chronische ziekte of handicap en hun omgeving. Standpunt van het Vlaams Patiëntenplatform vsw*, Rapport disponible sur le site <http://www.vlaamspatientenplatform.be>.

VOGELAERE I., « L'assurance solde restant dû devient plus accessible », *Actualités*, 30/06/2014, disponible sur <http://www.jura.be>.

WEYTS B., « Verzekeraars en de Antidiscriminatiewet », *N.j.W.*, 2004, n°85, pp. 1082 à 1091.

WEYTS B., « De wet-Verwilghen m.b.t. private ziekteverzekerings-overeenkomsten : enkele stappen voorwaarts enkele stappen achterwaarts », *R.W.*, 2009-10, pp. 1626 à 1634.

X., « Loi du 21 janvier 2010 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru », *R.D.C. – T.B.H.*, 2010, pp. 438 à 441.

X., « Assurance solde restant dû », *Bull. ass.*, 2010, p. 245.

## V. AUTRES

« Survivre au cancer, à quel prix ? », *Reporters*, RTL-TVI, 22 avril 2016, <http://www.rtl.be/rtltvi/video/578332.aspx>.



