

Assurabilité des personnes traitées pour un cancer

Parmi les difficultés auxquelles sont confrontés les patients qui ont été traités pour un cancer, la difficulté à l'assurabilité est particulièrement mal vécue. La personne vit une double injustice : celle d'avoir été malade, et celle de ne pouvoir se réinsérer socialement ou professionnellement.

Cette assurance est indispensable pour pouvoir obtenir un prêt pour un achat immobilier. L'idéal est de pouvoir obtenir une assurance de groupe, jusque-là presque toujours refusée, dès lors que l'on a été traité pour un cancer.

Certaines assurances individuelles se préoccupent plus particulièrement des risques aggravés, notamment du fait de problèmes de santé.

Même en cas d'acceptation, les difficultés ne sont pas aplanies : les surprimes sont habituelles, et ce qui est frappant, c'est la disparité dans le montant des taux de surprime, chaque assureur étant parfaitement libre de ses appréciations.

C'est pour tenter d'aplanir ces difficultés qu'a été mise en place la Convention Belorgey.

Convention Belorgey

Elle a été signée en septembre 2002, après 4 années de préparation.

Commission de suivi

La commission de suivi a pour mission de faire progresser la convention. Elle appuie ses travaux sur les données fournies par la section scientifique et la section de médiation.

Section scientifique

La section scientifique est constituée de 8 membres dont 4 représentants des usagers et 4 médecins. Elle recueille et étudie les données disponibles sur la mortalité et la morbidité occasionnées par les différentes pathologies, à partir desquelles seront déterminés les taux de surprimes pour risques aggravés ou le bien-fondé des refus.

Ses objectifs sont de mettre en évidence les conséquences des progrès thérapeutiques sur les risques de mortalité. Ceux-ci reposent sur les statistiques de durée de vie après traitement initial. Ce sont les bases de travail des médecins assureurs et notamment des actuaires. Or, les estimations sont encore trop souvent basées sur des statistiques non actualisées et ne prenant pas en compte les progrès récents.

Par ailleurs, alors que les taux de surprime sont calculés à partir des tables de mortalité (estimation du nombre d'individus vivants entre anniversaire x et date $x+n$), on constate de très grandes disparités suivant les assureurs dans les taux de surprimes, les assureurs étant actuellement libres de fixer ces taux. Or, bien des assureurs ne disposent que de statistiques anciennes.

Ainsi, si le risque est jugé trop important (et c'est le cas des cancers métastatiques), le dossier sera refusé. Mais dans bien des cas, soit ce refus n'est pas justifié, soit les surprimes sont disproportionnées.

Les objectifs de la section scientifique sont donc de proposer à la commission de suivi des arguments scientifiques permettant d'élargir les conditions de la Convention actuelle, et d'unifier les taux de surprimes imposées aux patients traités et sans signe évolutif.

La Commission scientifique a consacré plusieurs séances à l'évolution des risques des divers cancers, pour souligner les améliorations obtenues dans certaines localisations : testicule, certains lymphomes, leucémies aiguës, thyroïde et sein, en faisant intervenir les experts compétents.

Progrès recherchés

L'un des objectifs est d'obtenir que « tout patient ayant été traité pour un cancer depuis au moins 10 ans, qui a été parfaitement surveillé selon les règles prescrites par les spécialistes, et qui ne présente aucun signe laissant suspecter une récurrence, puisse être considéré comme à risque égal à une personne n'ayant pas eu de cancer ».

Pour ce faire, des statistiques de survie à long terme, sans récurrence, sont indispensables. La fréquence des récurrences d'un cancer est maximum dans les 5 premières années, pour décroître progressivement par la suite. Après dix ans, elle est, sinon nulle, du moins minime.

Toutefois, tous les cancers n'ont pas la même évolution. On sait qu'il existe quelques rares cas de première rechute tardive, notamment dans certains cancers du sein, lymphomes folliculaires ou cancers prostatiques. Mais, nous ne disposons d'aucune statistique chiffrée en d'autres termes, de statistiques de la durée de vie sans rechute à long terme dans les divers cancers. Par ailleurs, en cas d'acceptation de l'assurance, une surprime est habituellement imposée, et il existe une très grande variabilité dans le taux des surprimes.

Des statistiques actualisées et précises permettraient d'exiger une plus grande lisibilité dans les modalités de tarification.

Problème du risque d'invalidité

Jusqu'à présent, seul le risque de décès est envisagé. À ce sujet, la Commission de suivi est saisie de la forte demande des Associations de patients d'élargir la couverture des risques de mortalité à ceux de l'invalidité.

Avant toute discussion, il est indispensable de disposer d'éléments objectifs permettant d'évaluer la faisabilité ou les conditions d'application d'un tel élargissement.

C'est pourquoi, compte tenu des exigences économiques avancées par les assureurs, on s'en tiendra dans un premier temps à l'invalidité dite de 3^e niveau, c'est-à-dire avec perte totale d'autonomie. Les statistiques communiquées par la Cnam sont d'interprétation difficile. Un groupe d'experts scientifiques pourrait également se pencher sur ce problème.

Dr Françoise May-Levin

Ligue nationale contre le cancer, Paris