

Secret médical et assurance de personnes Médecine asservie à l'assurance ou médecine au service de l'assurance ?

Laurent Homont

Volume 63, numéro 4, 1996

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1105060ar>
DOI : <https://doi.org/10.7202/1105060ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

HEC Montréal

ISSN

0004-6027 (imprimé)
2817-3465 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Homont, L. (1996). Secret médical et assurance de personnes : médecine asservie à l'assurance ou médecine au service de l'assurance ? *Assurances*, 63(4), 589–598. <https://doi.org/10.7202/1105060ar>

Résumé de l'article

The very nature of personal questions asked by insurers requires that the answers be given special treatment to ensure the individual and his or her private life are respected. Reconciling the requirements of medical secrecy and the information insurers require to assess a risk is not easy and has given rise to a mutual distrust between physicians and insurers. For physicians, medical secrecy is essential and no departure must be permitted. Insurers who fear anti-selection see it as an obstacle to equitable risk assessment. In his article, Laurent Homont asks a fundamental question: is medicine subservient to insurance or is it at the service of insurance? He suggests establishing an impenetrable barrier between the medical and administrative spheres that come under the insurer. The delicate balance between the protection of insureds and insurers rests on the protection of the individual. To date, no report recommends departure from medical secrecy in favour of insurance companies. While the article deals with the French experience, it strikes a sensitive chord here in Canada.

Secret médical et assurance de personnes

Médecine asservie à l'assurance ou médecine au service de l'assurance ?*

par

Laurent Homont

The very nature of personal questions asked by insurers requires that the answers be given special treatment to ensure the individual and his or her private life are respected. Reconciling the requirements of medical secrecy and the information insurers require to assess a risk is not easy and has given rise to a mutual distrust between physicians and insurers. For physicians, medical secrecy is essential and no departure must be permitted. Insurers who fear anti-selection see it as an obstacle to equitable risk assessment.

589

In his article, Laurent Homont asks a fundamental question: is medicine subservient to insurance or is it at the service of insurance? He suggests establishing an impenetrable barrier between the medical and administrative spheres that come under the insurer. The delicate balance between the protection of insureds and insurers rests on the protection of the individual. To date, no report recommends departure from medical secrecy in favour of insurance companies. While the article deals with the French experience, it strikes a sensitive chord here in Canada.



Comment lever la défiance des médecins envers des assureurs qui auraient tendance à se transformer en apprentis sorciers, mais aussi celle du Conseil de l'Ordre envers les

* Texte publié dans le journal *L'assurance française* No 711 — Juillet 1995.

confrères conseils auprès des compagnies d'assurances ? En révisant la notion française de secret médical, ce qui paraît aujourd'hui impossible.

Délicat problème que celui de la conciliation des exigences du secret médical et des informations nécessaires à l'assureur pour évaluer son risque.

590 La déclaration du risque est une obligation légale : l'assuré se doit de « *répondre exactement aux questions posées par l'assureur (...) sur les circonstances qui sont de nature à (lui) faire apprécier les risques qu'il prend en charge* » (art. L 113-2 C. assur.). L'établissement du contrat est par conséquent soumis à la notion juridique de bonne foi. Bonne foi de l'assuré qui s'engage à ne pas dissimuler d'informations susceptibles de changer l'objet du risque. Bonne foi de l'assureur qui s'engage en fonction des déclarations faites par l'assuré. Pour mieux évaluer les risques, les assureurs ont élaboré des questionnaires santé et un système de contrôle médical intervient en appui, l'assureur ayant besoin des informations ainsi recueillies. C'est à ce niveau que les choses se compliquent car la nature même des questions posées font que leurs réponses nécessitent un traitement particulier afin de préserver le respect de la personne, son intimité et sa vie privée. Parallèlement, la mutualisation des risques passe par une connaissance parfaite de l'ensemble des données relatives au secteur considéré pour éviter l'écueil de l'anti-sélection.

Préserver les intérêts des assurés et permettre à l'assureur d'accéder aux informations indispensables à l'évaluation de son risque est un exercice d'équilibre complexe et délicat que la médecine d'assurance devrait a priori pouvoir assumer. Cependant, il s'est installé un climat de méfiance, pour ne pas dire d'incompréhension réciproque entre les médecins et les assureurs ; méfiance que la notion de secret médical cultive avec application. Pour les uns, le secret médical protège un droit essentiel de l'individu et ne doit souffrir aucune dérogation. Pour les autres il n'est qu'un obstacle à la juste évaluation des risques.

Nous allons voir que les relations entre les uns et les autres sont fortement affectées par ces deux conceptions.

L'effraction de la vie privée : pour écarter l'anti-sélection

En assurance de personnes, l'assureur aborde les rapports de souscription dans une optique asymétrique. Le seul détenteur de l'information étant le futur assuré, le rapport de force est inévitablement à l'avantage de ce dernier. C'est cette situation qui explique, pour une large part, la psychose de l'anti-sélection. Psychose qui se traduit par une très forte intervention des assureurs dans la collecte, l'exploitation et le stockage des informations, même si le langage médical, ésotérique par nature, dépasse très largement leur compétence. La crainte est constante de ne pas maîtriser l'ensemble du risque et probablement de s'en remettre à un organe extérieur dont la fiabilité reste incertaine.

591

La psychose de l'anti-sélection

La « bête noire » des assureurs...

On peut dire sans exagérer que l'antisélection est la « bête noire » de l'assureur. C'est le phénomène qui voit affluer vers l'assurance, ceux qui justement présentent les risques les plus lourds. Schématiquement, une personne de cinquante ans qui a des antécédents cardio-vasculaires va souscrire des produits décès-invalidité pour garantir son avenir et celui de sa famille en cas de récurrence. Alors qu'un jeune homme de trente ans en pleine santé ne souscrira rien du tout. Sans contrôle ni sélection médicale à l'entrée, les premiers seraient acceptés sans problème et sans surprime, sans que ces mauvais risques puissent être compensés par les bons. Au final, le portefeuille ne serait composé que de mauvais risques, sans mutualisation possible.

Le phénomène est pernicieux. Les tarifs sont définis en fonction de la fréquence et de la valeur moyenne des sinistres et des données objectives dont dispose l'assureur. Si les mauvais risques ne sont pas complètement déclarés, ou que l'assureur a mal évalué ses taux, les sinistres se multiplient et le rapport

592

sinistres à primes devient négatif. Afin de remédier à cette situation, les tarifs sont revus à la hausse. Conséquence, les cotisations, déjà élevées pour les personnes à faibles risques, deviennent tout à fait dissuasives et conduisent à renoncer au produit. Parallèlement, le portefeuille continue à engranger des risques anormalement plus élevés que la moyenne et sa qualité ne cesse de s'altérer. C'est une spirale infernale qu'il faut éviter à tout prix. La seule thérapie possible s'applique donc en amont. Avec des questionnaires destinés à collecter, traiter et stocker toutes les informations nécessaires, y compris lorsqu'elles ont un caractère confidentiel.

... allmentée par le secret médical à la française

En France, pour être médecin il faut non seulement être docteur en médecine, mais également être inscrit au Conseil de l'Ordre. Et « *le secret professionnel institué dans l'intérêt des malades s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi* ». Ce secret « *couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession* » (art. 11 du Code de déontologie). Pour le Conseil de l'Ordre, il ne souffre aucune dérogation. En principe donc, le futur assuré et lui seul aurait la libre disposition des données médicales. Il devrait être en conséquence le seul à en informer le médecin de la compagnie. En effet, il n'y a pas de secret partagé entre le médecin traitant et le médecin conseil et aucune dérogation légale n'est prévue au profit des assureurs. Le seul moyen d'obtenir des informations en toute légalité est donc de s'adresser directement à l'intéressé.

La thérapie des questionnaires de santé

On ne sait si ces formulaires doivent être appelés « questionnaire de santé » ou « questionnaire médical ». En principe les informations contenues dans le second seraient frappées du sceau du secret médical, alors que le premier ne devrait contenir, au plus, que des données dites confidentielles. Mais cette nuance subtile est surtout une vue de l'esprit.

En tout état de cause, afin d'éviter les dérapages, il est apparu très vite nécessaire de fixer quelques orientations.

Les orientations vers la pratique d'une bonne conduite : la convention du 3 septembre 1991

Une convention sur l'assurabilité des personnes séropositives a été signée le 3 septembre 1991 entre les pouvoirs publics et les assureurs. Un code de bonne conduite sur les règles de confidentialité du traitement des informations médicales par l'assureur y est annexé. Ce code est de « portée générale » et ne concerne pas seulement les problèmes liés à la séropositivité. Il fait partie intégrante de la convention et doit à ce titre être respecté par les organisations signataires. S'agissant des problèmes liés plus particulièrement à la séropositivité, la convention prévoit que les assureurs ne fassent, dans les questionnaires de risques, aucune référence au caractère intime de la vie privée et notamment à la sexualité. Les seules questions qui peuvent être posées dans les questionnaires de risques sont les suivantes :

« Avez-vous ou non subi un test de dépistage de la séropositivité ? Si oui indiquer le résultat du test et sa date.

Avez-vous eu une infection conséquence d'une immuno-déficience acquise ? »

Les recours au test doivent rester exceptionnels et notamment recueillir l'accord préalable de l'assuré. Sur la collecte des informations, il est précisé que le questionnaire est remis en même temps que les documents de souscription. S'agissant de leur transmission, la convention précise qu'elle se fait sous forme confidentielle à l'établissement de crédit qui l'envoie à l'assureur.

La pratique désorientée de la bonne conduite

Les recommandations du Gap et la convention de 1991 précisent et tentent d'harmoniser une série de comportements. Les intentions sont louables, mais elles restent nettement

insuffisantes. Il suffit pour s'en convaincre de se reporter aux questionnaires des compagnies, aux modes de transmission, de traitement et de stockage des informations.

Nous nous sommes procurés neuf questionnaires actuellement en circulation (2 Société générale/Fédération continentale ; 2 Crédit lyonnais/UAP et AGF ; 1 CCF/Mutuelles du Mans Assurances ; 2 CNP ; 1 BNP/UAP ; 1 Banques populaires/Fructivie.). À l'exception d'une seule compagnie (Fructivie), le même formulaire comporte à la fois les renseignements administratifs à l'usage du seul assureur et le questionnaire de santé simplifié.

594

Penchons-nous sur lesdites questions :

- en raison de votre état de santé, êtes-vous soumis à un traitement ou un contrôle médical régulier ?
- êtes-vous actuellement atteint ou avez-vous été atteint au cours des dix dernières années : d'une maladie cardiaque, d'hypertension artérielle, de diabète d'une affection neuro-psychique, de dépression nerveuse ou d'une affection tumorale ?
- êtes-vous atteint d'une maladie grave ou chronique ?
- êtes-vous atteint d'une infirmité (congénitale ou acquise) ?

À chaque question l'assurable doit répondre par oui ou par non. En cas de réponse positive, il doit préciser selon les cas la pathologie, les causes, les motifs, les traitements suivis, etc. Il doit également se soumettre à un questionnaire complémentaire appelé « questionnaire médical » qu'il pourra trouver très facilement sur la page suivante ou au verso du formulaire. Enfin et dans le seul but de traiter plus rapidement le dossier, certains assureurs invitent très cordialement à transmettre « *tous documents médicaux relatifs à votre état de santé* ». Pour finir, l'assuré signe un document qui parfois comporte la mention suivante : « *je sais que le rapport qui est administratif sera à l'usage des services administratifs des compagnies* ». Dans la mesure où l'assurable est le seul détenteur des informations

médicales et puisque son banquier ou son agent d'assurances aura mis pour lui toutes les croix dans les cases correspondantes, cette formule prend toute sa signification. Un seul formulaire autorise expressément « *si vous le désirez à mettre ce document (questionnaire), après l'avoir rempli, dans une enveloppe avec la mention « confidentiel secret médical » à l'attention du médecin-conseil de la Direction Groupe* ». Un seul produit présente une « fiche santé » comportant en surimpression la mention « document confidentiel », devant être transmis sous enveloppe « confidentiel secret médical » à la seule attention du médecin conseil. Les renseignements administratifs sont portés sur un autre formulaire.

595

Que reste-t-il, dans ces pratiques, des recommandations du Gap et de la convention de bonne conduite?

Pratiquer l'assurance de personnes dans le respect de la personne

C'est la devise de l'Association des médecins conseils en assurance de personnes (Amcap). Mais après enquête, il semble que la situation actuelle ne soit pas satisfaisante. Il faudrait voir évoluer cette volonté d'asservissement qui a conduit des assureurs à s'immiscer dans un domaine qui devrait en principe rester purement médical. Un asservissement qui permet le traitement et le stockage d'informations confidentielles dans des conditions qui n'offrent pas toutes les garanties de préservation de la confidentialité. L'assureur a besoin d'informations ? Soit. Mais la nature personnelle et intime de ces renseignements font que la médecine doit être à son service. Il ne s'agit pas seulement d'améliorer le fonctionnement du système actuel, mais de le modifier en réanimant des textes et des bonnes intentions qui ont trop rapidement sombré dans un état comateux profond. Outre les solutions récentes proposées par l'Amcap, deux rapports avaient également alimenté le débat, celui de la commission Jolivet en 1990 et celui de la commission René en 1994.

Unique conclusion : un équilibre doit être trouvé afin que le médical reste de la seule compétence du médecin et que

l'administratif revienne au seul assureur. À l'heure où ces derniers s'intéressent de près aux progrès de la génétique, il devient essentiel qu'une prise de conscience collective survienne, même si un moratoire de 5 ans a été décidé sur ce point. Elle peut se faire, avec le Conseil de l'Ordre, autour du médecin conseil.

Le médecin conseil : un praticien comme les autres

596

Le Conseil de l'Ordre est particulièrement méfiant à l'égard des médecins d'assurances qui seraient moins vigilants que d'autres sur le respect du secret médical. À ce titre le rapport Jolivet précisait que le médecin mandaté par une compagnie ne peut fournir que des conclusions administratives et ne pas indiquer les raisons médicales qui les motivent. Ce rapport rappelait également l'assujettissement de ces personnels aux règles du Code de déontologie.

Faire du médecin conseil le gardien de la confidentialité

La confidentialité des données ne peut être garantie que par l'instauration d'une cloison étanche entre la sphère médicale et la sphère administrative.

La protection de l'assurable et de l'assuré

Il faut renforcer les circuits de confidentialité. Pour ce faire il est nécessaire de rendre destinataire naturel et obligatoire le seul médecin conseil. Les compagnies devront préalablement identifier ce médecin dans le questionnaire. Il utilise les éléments qui lui sont transmis, peut demander des explications ou des examens complémentaires. Il rédige ensuite un avis à l'attention de l'assureur en ne lui communiquant que les éléments administratifs strictement nécessaires à l'évaluation de son risque. L'avis peut être « barémisé » (évaluation en pourcentage de surmortalité). Il n'est absolument pas indispensable que l'assureur connaisse la nature de la pathologie. Contrairement aux apparences, la compagnie ne se bornera pas à enregistrer les décisions du médecin conseil. Ce dernier ne donne qu'un avis, à

charge pour cette dernière de décider de l'opportunité d'une souscription et du taux à retenir. Enfin en cas de sinistre, s'il y a une contestation, l'assureur peut toujours demander une expertise amiable ou judiciaire. Une décision de justice pourra en effet contraindre tout médecin intervenant à communiquer le dossier médical de l'assuré.

La protection de l'assureur

En laissant le médecin recevoir, traiter et stocker toutes les informations à caractère médical, l'assureur prévient le risque de divulgation interne ou externe de documents. Quant à la protection de l'assureur contre le risque d'anti-sélection, elle doit être appréhendée en concertation avec le corps médical. Parler de l'anti-sélection sans évoquer au préalable l'auto-sélection revient à occulter une partie de l'analyse. Or, avant de s'assurer, l'assurable sélectionne le produit. Outre une sélection préliminaire sur les garanties, il opère une seconde sélection en fonction des questions et des tests exigés à l'entrée. À la différence de l'anti-sélection l'auto-sélection n'altère pas les résultats techniques des assureurs. Elle est à la mesure de la qualité des questionnaires médicaux.

597

Le secret médical doit-il rester général et absolu ?

Ni le rapport Jolivet, ni le rapport de la commission de réflexion sur le secret professionnel, présidée par le docteur Louis René, ne préconisent de dérogation au secret médical pour les compagnies d'assurances. Sur ce point cependant, il conviendrait de nuancer le caractère général et absolu afin de ne pas favoriser la fraude.

Tous les fondements juridiques et administratifs existent pour permettre aux assureurs et aux médecins de s'entendre et de faire bénéficier les assurés d'un accès plus sécurisant aux assurances de personnes. Certaines compagnies ont d'ores et déjà pris conscience des exigences particulières de confidentialité que nécessite leur activité. Nous pouvons regretter qu'elles ne soient pas plus nombreuses. Dans moins de cinq ans les assureurs

relanceront le débat sur l'utilisation des tests génétiques dans l'évaluation de leur risque. Si les problèmes liés au circuit de confidentialité des informations médicales n'est pas réglé à cette date, il y a fort à parier que de sérieuses difficultés surviendront.