

# Application de l'indice médical dans les contrats d'assurance maladie en Belgique

Hamza Hanbali, Hubert Claassens, Michel Denuit, Jan Dhaene, Julien Trufin



# Application de l'indice médical dans les contrats d'assurance maladie en Belgique

Hamza Hanbali<sup>1</sup>      Hubert Claassens<sup>2</sup>      Michel Denuit<sup>3</sup>  
Jan Dhaene<sup>4</sup>      Julien Trufin<sup>5</sup>

29 Novembre 2016

<sup>1</sup>Katholieke Universiteit Leuven, hamza.hanbali@kuleuven.be

<sup>2</sup>Katholieke Universiteit Leuven, hubert.claassens@law.kuleuven.be

<sup>3</sup>Université Catholique de Louvain, michel.denuit@uclouvain.be

<sup>4</sup>Katholieke Universiteit Leuven, jan.dhaene@kuleuven.be

<sup>5</sup>Université Libre de Bruxelles, julien.trufin@ulb.ac.be

## Résumé

Les raisons de l'élaboration de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre (LCAT, qui a aujourd'hui fait place à la loi relative aux assurances du 4 avril 2014) s'expliquent par la volonté du législateur de rétablir un équilibre entre assureur et consommateur. Elle remplaçait une loi antérieure datant du 11 juin 1874 qui ne comportait que 43 articles et qui reposait sur un principe d'égalité entre les deux parties, assureur et assuré. Les marges de manoeuvre importantes laissées aux parties contractantes par la loi de 1874 avaient été réduites par la LCAT, laquelle introduisait un grand nombre de dispositions impératives, le plus souvent destinées à mieux protéger le consommateur.

Ce n'est que vers la fin de la première moitié du 20<sup>ème</sup> siècle que l'assurance maladie obligatoire a été instaurée avec la mise en place de la Sécurité Sociale. Au même moment, l'assurance maladie complémentaire n'en était encore qu'à ses balbutiements. Même si sa contribution sur ce point était limitée, la loi du 25 juin 1992 avait permis de mettre en place un cadre légal pour les assurances maladie. Elle constitue un point de départ dans la réglementation de ce secteur. Dans ce contexte, le présent document relate les évolutions de la législation relative à l'indice médical en Belgique depuis son introduction en 2007. Le but est de mieux comprendre les points de vue des assureurs et des consommateurs quant à la définition et à l'application de cet indice. Nous préciserons également certains aspects souvent mal compris par les uns ou par les autres.

# 1 Introduction

Le présent document a pour but de retracer l'évolution de l'indice médical en Belgique depuis son introduction dans la loi du 20 juillet 2007 (modifiée par la loi du 17 juin 2009<sup>1</sup>). Cette date marque un tournant majeur pour les assureurs maladie privés car depuis lors, les contrats non-liés à l'activité professionnelle sont conclus à vie et le montant des primes est garanti. La raison de ce changement est de permettre un large accès à une assurance maladie complémentaire, et d'éviter les contrats avec des primes sujettes à révision par l'assureur. L'évolution future des coûts des soins de santé étant impossible à prévoir par les assureurs, et largement hors de leur contrôle, le législateur a introduit dans la loi un indice reflétant l'évolution du coût des soins de santé, indice auquel les primes prévues au contrat peuvent être liées. Un tel système d'indexation est nécessaire à la fois pour protéger les consommateurs d'augmentations brutales des primes par l'assureur, en réponse à une dérive des coûts des soins de santé, et pour garantir la solvabilité des compagnies en permettant la prise en charge des coûts futurs par les assurés. Avant l'intervention du législateur, l'assureur procédait à un relèvement de ses primes lorsqu'il constatait des pertes. Ceci lui permettait de rétablir l'équilibre technique et d'être ainsi en mesure de poursuivre l'exécution du contrat. Il en résultait une augmentation parfois brutale des tarifs, qui devait laisser place à une évolution plus régulière grâce à la liaison de la prime à l'indice médical.

Nous allons tout d'abord retracer les étapes principales de l'historique de l'indice médical. Nous discuterons la pertinence de certains aspects et commenterons les avis des consommateurs ainsi que ceux des compagnies sur d'autres points.

## 2 L'indice médical dans la loi du 20 juillet 2007

### 2.1 Première loi réglémentant les modifications tarifaires et contractuelles en assurance maladie

La loi du 20 juillet 2007 connue sous le nom de "loi Verwilghen" - en référence au ministre de l'économie en fonction lors de sa publication - est parue dans le Moniteur Belge du 10/08/2007 n°235. Celle-ci complétait la loi générale du 25 juin 1992<sup>2</sup> (LCAT) en ce qui concerne l'assurance maladie complémentaire. De manière générale, cette loi a pour objectif de protéger les assurés de telle sorte qu'une couverture maladie complémentaire soit accessible au plus grand nombre. Afin d'illustrer l'intérêt de cette réglementation, prenons le point de vue de l'assureur qui accepte de prendre à sa charge les frais médicaux d'un assuré. Plusieurs approches sont envisageables. Dans une vision mutualiste, on s'adressera à un groupe donné et le tarif sera le plus uniforme possible. Dans le cas d'un assureur commercial, la prime dépendra de la qualité du risque transféré. Le plus souvent, l'état de santé de l'assuré lors de

---

<sup>1</sup>Loi du 17 juin 2009 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 LCAT, Moniteur Belge du 10.08.2007 n°235, p. 41674-41680.

<sup>2</sup>Loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre (LCAT), Moniteur Belge du 20.08.1992, 1992011257, p. 18283. Cette loi a été remplacée par la loi du 4 avril 2014. Dans le présent document, nous citons les articles tels qu'ils sont mentionnés dans la loi originale. Pour plus de détails, voir la table de concordance entre la loi du 25 juin 1992 et celle du 4 avril 2014, réalisée par Hélène de Rode et parue dans la Revue Générale des Assurances et des Responsabilités, octobre 2014, 87<sup>e</sup> année - N°8.

la conclusion du contrat ainsi que son âge influencent directement les conditions de couverture et le montant de la prime<sup>3</sup>. Les primes de ces contrats augmentent chaque année avec l'âge de l'assuré<sup>4</sup> et peuvent être très élevées pour les personnes âgées, les malades chroniques et les handicapés.

Considérons les deux articles ci-dessous :

- L'article 138*bis* – 3 §1<sup>er</sup> (LCAT) spécifie la durée des contrats d'assurance maladie définis à l'article 138*bis* – 1 : Ceux-là sont désormais conclus à vie, sauf pour les contrats d'assurance invalidité qui valent jusqu'à l'arrêt complet et définitif de l'activité professionnelle de l'assuré.

"Une fois assuré, toujours assuré". Cette maxime qui ressort de l'article 138*bis* – 3 a des implications techniques importantes. En s'engageant à vie envers le client, l'assureur doit prendre en compte d'une part, le fait que le profil de l'assuré évolue avec l'âge, et d'autre part l'imprévisibilité des évolutions technologiques qui rendraient curables certaines maladies qui n'auraient pas pu l'être à la souscription. En pratique, certains assureurs belges appliquent aux contrats d'assurances maladie des modèles similaires à ceux des contrats d'assurance vie classiques. En particulier, une réserve est constituée pour faire face à l'augmentation du risque de l'assuré lorsqu'il atteint un âge avancé, et ce en utilisant les surplus de primes collectées en début du contrat.

Au fur et à mesure que cette réserve se constitue, l'actuaire peut constater une déviation de ses prédictions initiales par rapport à la réalité. Une manière d'y remédier aurait pu être la réévaluation des primes futures ou une autre modification du contrat, qui tiennent compte des déficits passés. Cette possibilité est d'emblée écartée avec l'introduction de l'article qui suit.

- L'article 138*bis* – 4 (LCAT) a pour but de protéger l'assuré des "modifications tarifaires et contractuelles" abusives. Le 1<sup>er</sup> paragraphe prévoit que les modifications a posteriori des bases techniques de la prime et des conditions de couverture ne peuvent être apportées au contrat qu'avec un accord réciproque des deux parties, et à la demande du preneur et seulement dans l'intérêt de celui-ci. Il n'est donc plus possible pour l'assureur d'augmenter soudainement ses tarifs ou d'exclure par la prime un risque de son portefeuille<sup>5</sup>. Cependant, le législateur atténue ces restrictions en introduisant un 2<sup>ème</sup> paragraphe dans cet article. L'assureur peut adapter la prime, la franchise et la prestation en fonction de l'indice des prix à la consommation à la date d'échéance annuelle de la prime. Ceci permet d'éviter une sous-évaluation due à une hausse générale des prix. Ce même paragraphe, ainsi que la suite de l'article, permettent aussi de se référer au régulateur en charge des assurances<sup>6</sup> afin d'augmenter les primes dans les deux cas suivants :

---

<sup>3</sup>D'autres facteurs peuvent influencer la prime comme le domicile de l'assuré dans le cas d'une assurance hospitalisation ou sa profession dans le cas d'une assurance incapacité-invalidité.

<sup>4</sup>Sauf pour certains phénomènes locaux tels que la maternité, ou chez les personnes d'âges très avancés. Dans ces cas, on peut observer un décrochage de la tendance croissante des frais médicaux par rapport à l'âge.

<sup>5</sup>Du moins pour les contrats d'assurance maladie visés à l'article 138*bis* – 1, §1<sup>er</sup>.

<sup>6</sup>Qui, jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2011, était la Commission Bancaire, Financière et des Assurances "CBFA", remplacée ensuite par l'Autorité des services et marchés financiers "FSMA" et la Banque nationale de Belgique "BNB".

1. Quand l'indexation sur base des prix à la consommation est jugée insuffisante (§ 2). Le régulateur peut alors consentir, après concertation avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), à une augmentation des primes et/ou des prestations liée à des paramètres "représentatifs et objectifs".
2. Quand le coût réel des prestations subit une modification durable se répercutant significativement sur les prestations garanties (§ 3). Le législateur précise dans ce même article comment et pour quels éléments du contrat l'adaptation des tarifs peut être appliquée. Il incombe ensuite au régulateur et au KCE de vérifier le bien-fondé de la demande de réévaluation des primes.

Notons que dans le dernier paragraphe de l'article 138*bis*–4, on prévoit aussi la possibilité de modifier le montant de la prime, la période de carence et les conditions de la police d'assurance, quand les caractéristiques du risque subissent un changement significatif. Par exemple, lorsque l'assuré change de profession et/ou de revenu dans le cas d'une assurance incapacité de travail ou invalidité. Il est donc tout à fait naturel qu'une modification des éléments du contrat ait lieu, dans la mesure où de tels changements de risque n'auraient pas pu être pris en compte dans le calcul de la prime à la conclusion du contrat.

Pour conclure, et en tenant compte de ces deux articles, les contrats d'assurance maladie individuelle non-liés à l'activité professionnelle visés à l'article 138*bis* – 1, §1<sup>er</sup> sont des contrats conclus à vie ou jusqu'à l'âge légal de la retraite, selon le type de couverture. De plus, l'assureur s'engage contre une prime a priori constante valant pour toute la durée de couverture. Concernant les modifications en cours de contrat, le tarif de base et les conditions de couverture peuvent être adaptés sur base de l'indice des prix à la consommation, ou avec l'accord de l'autorité de contrôle.

Cependant, avec de telles restrictions, le législateur ne tient pas vraiment compte de la réalité de l'évolution des charges de sinistres chez les assureurs privés et les mutualités ; des évolutions qui ne sont pas dues seulement à la hausse des prix à la consommation et sur lesquelles les assureurs privés ou mutualistes ont peu de prise. Nous abordons ce sujet dans la section qui suit.<sup>7</sup>

## 2.2 Evolution des soins de santé

Les coûts des soins de santé sont globalement en hausse [2, 3]. Comme cela a été mentionné par André-Dumont [4], ces hausses s'expliquent par divers facteurs liés les uns aux autres et dont nous allons essayer d'exposer une liste non-exhaustive dans ce qui suit.

La première raison vient de la structure de remboursement des dépenses médicales qui fait que l'assurance maladie privée a justement pour but de couvrir la partie des coûts des soins de santé non prise en charge par l'INAMI. Ainsi, dans le cas où la part de couverture obligatoire INAMI dans le remboursement des soins de santé diminue, la charge des sinistres chez les assureurs privés augmente inévitablement<sup>8</sup>. Il en est de même dans le cas de la hausse des frais de séjours hospitaliers hors INAMI. Ces facteurs sont influencés notamment par des

<sup>7</sup>Pour l'évolution de la législation concernant les adaptations tarifaires, voir Binon [1].

<sup>8</sup>Notez que beaucoup d'assureurs expriment l'étendue de leur garantie en fonction du plafond de remboursement de l'INAMI, ce qui atténue quelque peu cet effet. Dans le cas extrême où l'INAMI n'interviendrait plus pour une pathologie donnée, celle-ci ne serait plus non plus indemnisée par l'assureur.

décisions des prestataires de soins et des considérations politiques, et ne constituent donc pas des éléments raisonnablement prévisibles, même pour un professionnel de l'assurance.

Vient ensuite une autre raison qui est liée à la fois à la démographie et à des facteurs socio-économiques. Le vieillissement de la population entraîne une diminution des cotisations à la sécurité sociale et une augmentation du volume des prestations en faveur des personnes âgées. A cela s'ajoute la hausse des prix due aux développements de la technologie qui s'opère sur plusieurs niveaux. Dans un premier temps, l'investissement lié à la recherche médicale nécessite d'être amorti et rémunéré. De plus, ce progrès médical peut conduire à la découverte de nouvelles maladies (qui devront désormais être prises en charge) ou même à cerner des maladies déjà connues, ainsi qu'à des traitements performants et très souvent coûteux. En définitive, ce progrès vient augmenter l'espérance de vie et accentue encore les conséquences du vieillissement de la population.

Enfin, les centres de soins peuvent être tentés de gonfler la facture des patients couverts par une assurance maladie complémentaire et les assurés peuvent opter pour un niveau de confort supérieur (typiquement, une chambre individuelle) qui aura un impact considérable sur la facture finale. Ce point est certainement sujet à débat puisque, dans le cas des assurances indemnitaires, l'article 20 de la LCAT impose à l'assuré de prendre les mesures nécessaires pour prévenir et atténuer les conséquences du sinistre tout en respectant le principe d'exécution de bonne foi des conventions pour limiter les frais médicaux.

## 2.3 Introduction de l'indice médical

En se basant sur l'article 138*bis* – 1 de la loi du 25 juin 1992, on peut voir qu'il y a deux catégories de contrats d'assurance maladie : les contrats qui indemnisent les frais liés à la préservation et/ou au rétablissement de la santé (art. 138*bis* – 1 §1, 1°) et ceux qui indemnisent les pertes de revenus ou d'autonomie causées par une maladie ou un accident (art. 138*bis* – 1 §1, 2°, 3° et 4°). Donc, en ne donnant à l'assureur que la possibilité d'une indexation sur base du prix à la consommation, la loi Verwilghen aurait pris en compte seulement l'augmentation des prestations indemnisant les pertes de revenus, pas l'évolution du coût des soins de santé. L'introduction d'un indice spécifique paraît nécessaire. D'ailleurs, la notion d'indexation sur base des coûts médicaux est introduite dans la loi de 2007, mais celle-ci n'est pas encore claire. En effet on peut lire dans le second alinéa de l'article 138*bis* – 4 §2 que "La CBFA fixe les paramètres objectifs [...] (et) procède au calcul périodique de ces valeurs. [...]".

Avec cette loi, le législateur avait pour but d'harmoniser l'indexation au niveau sectoriel. Cependant, le vrai problème qui se pose est de définir une méthodologie qui prenne bien en compte l'inflation médicale tout en étant suffisamment transparente pour qu'elle soit acceptée par les consommateurs. Ainsi, la méthodologie de construction de cet indice devait être définie par le KCE, puis serait appliquée à l'ensemble du secteur par la CBFA.

Dans son rapport de décembre 2008 consacré à l'élaboration de cette méthodologie [5], le KCE propose deux méthodes<sup>9</sup> pour calculer cet indice qui est une originalité belge. Ce

---

<sup>9</sup>que nous n'abordons pas en détail ici. Pour plus d'information concernant la méthodologie, le lecteur peut se référer au rapport du KCE de 2008 disponible sur : [https://kce.fgov.be/fr/publication/report/construction-d%E2%80%99un-index-m%C3%A9dical-pour-les-contrats-priv%C3%A9s-d%E2%80%99assurance-maladie#.WDLb1\\_nhCUk](https://kce.fgov.be/fr/publication/report/construction-d%E2%80%99un-index-m%C3%A9dical-pour-les-contrats-priv%C3%A9s-d%E2%80%99assurance-maladie#.WDLb1_nhCUk)

rapport avait été réalisé en collaboration avec le bureau d'étude Reacfin, spinoff de l'UCL fondée par plusieurs professeurs de sciences actuarielles, dont Michel Denuit et Pierre Devolder. On y trouve une présentation avec analyse de chaque méthode, illustrant bien le défi de la construction d'un indice médical qui, à la demande du législateur, doit être "objectif et représentatif". Le rapport souligne aussi que le choix entre les deux méthodes relève du domaine politique.

## 2.4 Faisabilité d'un point de vue juridique : Un premier avis de la Commission des Assurances

La Commission des assurances a publié le 4 février 2008 [6] un avis sur le projet d'un article 30*bis* (LCAT) concernant la modification de la prime et du contrat. Bien que cet avis ne portait pas vraiment sur l'indice médical, on peut trouver dans son introduction des éléments juridiques intéressants. En particulier, l'avis cite certaines dispositions légales antérieures à la loi de 2007 avec lesquelles il pourrait y avoir une incompatibilité, à savoir

- le principe de la force obligatoire des conventions, cité à l'article 1134 du Code civil, exigeant le consentement mutuel des parties intéressées pour toutes modifications du contrat en cours d'exécution ; et
- le droit de l'assureur à la modification des tarifs, figurant à l'article 32.2 de la loi sur les pratiques du commerce, n'impose à l'assureur qu'une obligation d'information vis-à-vis du preneur d'assurance.

Cependant, une réserve est émise quant à l'application de ces restrictions aux contrats d'assurance maladie. En effet, l'avis souligne qu'il est normal pour les assurances maladie que le régime habituel de modification des contrats d'assurance ne s'applique pas quand un mécanisme faisant varier la prime est prévu par le législateur ou par les parties contractantes. L'exemple donné est celui du bonus-malus couramment utilisé en assurance automobile, mais l'avis renvoie aussi à l'article 138*bis* – 4 § 2 de la LCAT qui, en autorisant ce type de modification, permet à l'indexation d'échapper aux contraintes du Code civil et de la loi sur les pratiques du commerce.

## 3 Loi dite de réparation du 17 juin 2009<sup>10</sup>

### 3.1 Description de la loi

Deux ans après la publication de la loi Verwilghen, une nouvelle loi apparaît concernant les contrats d'assurance maladie. Mise à part la distinction faite entre les assurances liées ou non à l'activité professionnelle - qui remplacent respectivement les appellations collectives et individuelles - celle-ci modifie l'article 138*bis* – 4 sur les adaptations tarifaires et contractuelles. En particulier, elle modifie les dispositions concernant l'indexation sur base de l'inflation médicale. Les assureurs peuvent désormais adapter la prime, la franchise et la prestation à la date d'échéance annuelle de la prime et sur la base d'un ou plusieurs indices

---

<sup>10</sup>Loi du 17 juin 2009 modifiant, en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 LCAT et la loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 LCAT, Moniteur Belge du 08.07.2009, F. 2009 - 2386, p. 47120-47123.



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>11</sup>.

Alors que l'indice médical avait déjà été introduit en 2007 et avait fait l'objet d'un rapport du KCE, la loi du 17 juin 2009 parle de manière plus explicite d'indice(s) spécifique(s) permettant de mesurer l'inflation médicale. De plus, le régulateur donne dans le paragraphe 3 de la nouvelle version de l'article 138*bis* – 4 des indications quant à la manière de le(s) calculer.

D'après cette loi, le calcul et la publication au Moniteur belge se font par le SPF Economie, à une fréquence annuelle qui peut être modifiée par le Roi. Les paramètres sous-jacents, leurs modes de calcul et leurs poids respectifs dans le(s) indice(s), sont déterminés par le Roi, sur proposition conjointe des ministres en charge des Assurances et des Affaires sociales et après consultation du KCE. De plus ce dernier peut, à la demande de ces mêmes ministres, évaluer la méthode de construction déterminée par le Roi.

Notons par ailleurs que le caractère "objectif et représentatif" de l'indice est important pour que l'application de ce nouvel article reste conforme aux dispositions de la loi sur les pratiques du commerce. En effet, dans l'avis du 9 juillet 2009 de la Commission des Assurances [7], il est dit que "L'indexation est possible uniquement si elle est calculée sur la base de critères objectifs sur lesquels les parties au contrat ne peuvent exercer d'influence<sup>12</sup>" ce qui est le cas de l'inflation classique aussi bien que de l'inflation médicale. Il ajoute ensuite qu' "elle ne peut être opérée qu'à l'échéance annuelle de la prime" et précise enfin que "l'indexation n'est pas applicable aux taxes et cotisations perçues par les pouvoirs publics".

Le législateur ajuste donc la loi sur les modifications tarifaires et contractuelles à la réalité médicale en permettant aux assureurs de tenir compte des augmentations des frais de santé de manière systématique à la date d'échéance annuelle de la prime. Cependant, il reste prudent car il ne permet pas à cet indice médical de se superposer à celui des prix à la consommation. En effet l'article 138*bis* – 4 § 3 modifié par la loi de 2009 précisait que seul le maximum entre les deux indices pouvait être utilisé.

## **3.2 Première mise en pratique : arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010**

### **3.2.1 Description de l'arrêté royal**

Après un long parcours administratif et une adaptation suite à l'avis du Conseil d'Etat, l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010<sup>13</sup> a permis de fixer certains détails concernant les modalités et les rôles de chacun dans l'application de l'indice médical. Comme nous le verrons plus loin (section 3.3), cet arrêté royal a été quasi totalement annulé par le Conseil d'Etat ; puis remplacé par une nouvelle version en mars 2016. Nous choisissons d'en parler dans la suite car celui-ci a joué un rôle important dans l'élaboration de la nouvelle version.

Le premier article de l'arrêté confirme que c'est bien au SPF que reviennent les charges du calcul et de la publication de l'indice sur base des informations fournies par les assureurs. Ces informations sont présentées sous forme de matrice distinguant 4 types de garanties (chambre

---

<sup>11</sup> Article 6 de la loi du 17 juin 2009.

<sup>12</sup> Il n'est cependant pas question d'imprévisibilité dans cet avis.

<sup>13</sup> Arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010, Moniteur Belge du 08.02.2010, F. 2010 - 436, p. 7686-7688.

particulière, chambre commune, soins ambulatoires et soins dentaires) et 5 catégories d'âges (0 à 19 ans, 20 à 34 ans, 35 à 49 ans, 50 à 64 ans et 65 ans ou plus) contenant la charge brute des sinistres. Dans la circulaire de la CBFA du 2 février 2010 [8], la charge brute des sinistres est définie comme le montant de la facture après déduction de l'intervention de l'INAMI. Notons que d'après le paragraphe 3 de l'article 4 de l'arrêté, le Roi précise aussi que les données doivent être certifiées par un réviseur agréé par le régulateur, et que le manquement à cette obligation entraîne un rejet des données. Ceci peut donc garantir le caractère objectif des données à la base de la construction de l'indice. Notez également qu'il s'agit bien des montants des factures et pas d'évaluation des coûts des sinistres par les assureurs (à ce titre, il aurait sans doute mieux valu parler de coût des sinistres plutôt que de leur charge).

D'autre part, afin que les indices (qui sont donc calculés par type de garantie et par classe d'âge) soient applicables, il faudrait, selon l'article 5 de l'arrêté royal, que le régulateur en charge confirme que les données récoltées concernent "au moins trois entreprises d'assurance représentant 75% de l'encaissement du marché belge des contrats d'assurance soins de santé autres que ceux liés à l'activité professionnelle". Ceci garantit la représentativité des données, tout en évitant de donner trop de poids à la sinistralité d'un seul assureur dans la construction de l'indice. Il est aussi indiqué dans le même article qu'en cas de non représentativité ou de non conformité des données, les derniers indices en date sont prolongés jusqu'à la période suivante.

Cependant, l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010 ne satisfaisait pas tout le monde. Un mois avant sa publication, celui-ci avait déjà fait l'objet d'un avis de la Commission des Assurances [9] réunissant des représentants du secteur concerné et des consommateurs, mais aucun ne semblait y trouver réellement son compte. Il faut souligner que le Conseil d'État avait adapté le projet avant que la Commission des Assurances n'émette son avis, et donc que cette dernière n'avait accès qu'à la version originale. Il reste néanmoins intéressant de mentionner certaines de ses remarques, qui vraisemblablement n'ont pas été prises en compte.

### 3.2.2 Avis de la Commission des Assurances du 7 janvier 2010

Il ressort du rapport de la Commission des Assurances du 7 janvier 2010 [9] que l'instauration d'un indice médical est dans l'intérêt des deux parties (assureur et assuré). Cependant les représentants de ces deux parties avaient émis des réserves sur certaines modalités pratiques de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010.

**Point de vue des assureurs :** L'un des plus importants constats des représentants des compagnies d'assurance était que l'arrêté permettait seulement d'indexer les primes à venir. Or, cette augmentation est insuffisante en raison des réserves constituées par l'assureur. Le plus souvent, l'assureur constitue une provision grâce aux surplus de primes collectées en début de contrat, aux âges où les coûts des soins de santé sont modérés. Ces montants permettent ensuite de réduire les primes aux âges plus avancés (principe de nivellement des primes). Ceci veut dire que lorsque l'assureur veut s'adapter aux augmentations dues à l'inflation, il doit aussi pouvoir ajuster la réserve constituée jusqu'au moment de l'indexation. La nécessité d'indexer ces réserves s'applique également aux contrats conclus avant la promulgation de la loi introduisant l'indice médical, puisque au moment de leurs signatures, les assureurs n'auraient pas pu prévoir un tel changement législatif.

Ce point de vue est justifié sur le plan de la technique actuarielle et correspond au contenu du rapport du KCE.

**Point de vue des consommateurs :** Selon les représentants des consommateurs, les assureurs seraient en mesure de prévoir l'évolution du coût des soins de santé sur plusieurs décennies à l'aide d'outils mathématiques - sauf pour certains scénarios extrêmes. Or, compte tenu des facteurs présentés dans la section 2.2 ci-dessus, aucun modèle ne permet de prédire ces évolutions. D'autre part, selon les représentants des consommateurs, l'indexation systématique donnerait lieu à des pratiques commerciales permettant de détourner l'objectif de la conclusion à vie du contrat. L'exemple qui avait été donné dans l'avis de la Commission des Assurances est celui de contrats vendus à des jeunes avec des primes attractives augmentant au moment où l'assuré atteint un âge qui ne lui permettrait plus de changer de compagnie. Afin d'augmenter la protection des consommateurs dans ce sens, leurs représentants avaient demandé à ce qu'une réserve soit définie pour chaque assuré, à l'instar des assurances vie classiques, permettant à chaque consommateur d'être informé de l'évolution de son contrat<sup>14</sup>. De plus, celle-ci étant traitée comme une valeur de rachat, l'article 114 de la LCAT pourrait être appliqué. A cela, les représentants des compagnies d'assurance avaient répondu que la constitution des réserves se fait pour des groupes d'assurés ayant le même profil de risque, et que les modèles utilisés reposent sur le principe de solidarité entre les assurés. Ce système de réserves collectives empêcherait alors de définir des réserves individuelles. Il faut toutefois nuancer ces affirmations car certains grands assureurs calculent une réserve par contrat. Notons aussi que les formules permettant un tel calcul sont bien connues et enseignées dans toutes les universités belges formant des actuaires.

Les représentants de consommateurs s'étaient interrogés sur des incompatibilités avec les principes tendant à lutter contre les discriminations prônés par la loi du 10 mai 2007<sup>15</sup>, et dès lors sur la différenciation des augmentations en fonction de l'âge demandée par cet arrêté<sup>16</sup>. Ils avaient également émis des réserves sur la manière dont serait appliqué l'article 5 de l'arrêté royal, notamment si pour atteindre la barre des 75% de l'encaissement du marché, le poids des entreprises et les endroits où elles exercent seraient pris en compte.

Enfin, les représentants des consommateurs avaient mis en doute d'une part les données qui devraient être fournies par les assureurs à la CBFA, ainsi que le réviseur qui aurait des liens avec les entreprises<sup>17</sup>, et d'autre part l'objectivité de l'étude menée par le KCE en collaboration avec la spinoff de l'UCL Reacfin. Cependant, les partisans de cette étude voient ici un procès d'intention à l'encontre du Centre d'Expertise fédéral KCE, du monde académique et des instances de contrôle. De plus, ils estiment que ces accusations ne sont basées sur aucun argument solide de la part des représentants des consommateurs. Par ailleurs, notons que la recherche en sciences actuarielles en Belgique est considérée comme

---

<sup>14</sup>Nous revenons plus en détail sur ce point dans la section 4.3.

<sup>15</sup>Loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination, Moniteur Belge du 30.05.2007, p. 29016.

<sup>16</sup>La différenciation sur base de l'âge de l'assuré est abordée dans la section 3.3 qui suit.

<sup>17</sup>Il a été souligné que "la mission de contrôle de solvabilité qui incombe à la CBFA est incompatible avec une mission de défense du consommateur et qu'il y a conflit d'intérêt dans cette double tâche" (Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2008-2009, n°52 – 1662/004, p.48), mais ce reproche ne devrait plus vraiment être d'actualité vu le nouveau système de contrôle bipolaire (*Twin peaks*) mis en place depuis 2011.

une référence mondiale, et qu'à ce jour, malgré certaines contestations, aucun élément du rapport du KCE ne s'est révélé erroné.

En dépit de l'insatisfaction des parties, l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010 est entré en vigueur et a permis une première application de l'indice médical, mais pas pour longtemps ...

### 3.3 Annulation de l'arrêté royal

Il n'a fallu que très peu de temps après la publication de l'arrêté royal au Moniteur belge pour qu'une polémique voie le jour. En effet, plusieurs médias belges parlaient de l'actualité impliquant le leader local de l'assurance hospitalisation privée DKV contre l'association de protection des consommateurs Test-Achats [10]. Durant la conférence de presse que Test-Achats avait donnée le 22 février 2010, l'association accusait DKV de hausse croissante "déloyale et illégale" depuis 8 ans, pratique que l'assureur estimait comme étant normale vu l'incontestable augmentation des coûts des soins médicaux.

Selon Test-Achats, ces augmentations étaient contraires à la LCAT puisqu'au moment où la dernière augmentation avait été annoncée, l'indice médical n'avait pas encore été mis en place, et qu'une indexation sur base des prix à la consommation n'aurait jamais pu mener à une telle hausse. Cependant, l'assureur s'était défendu en expliquant que la troisième possibilité d'indexation, qui est le recours à la CBFA<sup>18</sup>, avait été sollicitée mais que cette dernière n'avait pas répondu assez vite par rapport à l'urgence économique dans laquelle se trouvait la compagnie. DKV se voyait donc obligée d'agir rapidement, sur base de la loi de contrôle de 1975.

Dans cette affaire des arguments sont brandis des deux côtés : liberté tarifaire contre pratiques discriminatoires, objectivité des techniques actuarielles contre opacité des calculs. Selon l'union des assureurs Assuralia, certaines compagnies avaient choisi d'adapter progressivement leurs tarifs alors que d'autres avaient attendu avant d'augmenter les primes de manière certes brutale, mais actuariellement équivalente [10]. Et c'est bien là le coeur du problème : d'un point de vue actuariel, il n'y a pas de réponse unique à la question. Tout dépend de critères et de choix tarifaire. Une fois défini, il n'y a par contre qu'une seule augmentation de prime qui en découle.

Rappelons que Test-Achats avait déjà porté une affaire similaire devant le Tribunal de Commerce de Bruxelles qui lui avait donné raison le 7 mars 2005 [11] en condamnant DKV à revenir aux primes de 2004 et à rembourser les surplus récoltés après l'augmentation appliquée aux primes, et pour cause : l'indexation croissante en fonction de l'âge avait été jugée discriminatoire.

Cependant, l'assureur avait fait appel en 2006 contre cette décision du Tribunal de Commerce devant la cour d'appel de Bruxelles qui avait notamment désigné un expert en actuariat pour donner un avis. L'une des questions auxquelles l'expert a dû répondre est si une indexation qui dépend de l'âge de l'assuré est discriminatoire ou non. Après la remise du rapport en 2008, la cour d'appel de Bruxelles avait rendu son arrêt définitif libérant DKV [13]. Pour une bonne compréhension de la réponse de l'expert, l'utilisation des formules mathématiques et actuarielles peut s'avérer nécessaire. Cependant, dans un souci de simplification,

---

<sup>18</sup>Rappelons que depuis l'instauration du modèle de contrôle bipolaire, cette tâche a été confiée à la BNB.

nous distinguons deux éléments :

- l’indice médical, qui découle de l’augmentation des prestations futures due à la hausse générale des frais de santé, et
- le facteur d’indexation, qui est appliqué à l’indice médical afin de tenir compte de la réserve.<sup>19</sup>

Même si la hausse des coûts des soins de santé est la même pour tous les âges, l’indexation ne peut pas avoir lieu de manière homogène. Selon l’expert, le seul moyen pour qu’aucune différenciation ne soit faite en cours de contrat, est que la prime de base soit la même pour tous les assurés quel que soit leur âge à la souscription. Une telle tarification est bien entendu envisageable et pourrait avoir les faveurs d’un assureur mutualiste, mais on n’aperçoit aucune raison de l’imposer à tous les assureurs. Elle entraînerait d’ailleurs des problèmes considérables en raison de l’anti-sélection qui en découlerait. Notons que l’expert avait également calculé les augmentations théoriques comparées à leur moyenne, soulignant ainsi que l’application de cette moyenne aurait pénalisé les jeunes assurés.

Par la suite, l’arrêté royal a connu un parcours tumultueux notamment avec une annulation en 2011, par un arrêt du Conseil d’Etat (chambre néerlandophone) des articles 1, 2, 6, 7 et 8, suite à un recours introduit par Assuralia [14]. La raison de cette annulation est que les réserves constituées n’avaient pas été prises en compte dans l’indexation, contrairement à ce que préconisait le rapport du KCE et que, sur ce point, aucune justification n’avait été fournie. L’association Test-Achats avait également introduit en parallèle une requête auprès du Conseil d’Etat (chambre francophone) visant à annuler l’arrêté royal en question. Cette demande avait été rejetée par un arrêt rendu le 7 novembre 2012<sup>20</sup> dû au fait que la chambre néerlandophone s’était déjà prononcée sur l’affaire, rendant caduques les motifs de l’association de consommateurs. Cependant, la chambre francophone s’était attardée sur l’un des moyens avancés par Test-Achats contestant la pertinence et la fiabilité des données concernant la “charge brute des sinistres” à fournir par les assureurs telles qu’utilisées dans la construction de l’indice santé. Ce moyen avait été également rejeté<sup>21</sup>.

Ainsi, le régulateur a proposé une nouvelle version en déposant le “projet d’arrêté royal portant modification de l’arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010” qui a pour but de combler les lacunes de la première version de 2010, en particulier en ce qui concerne l’indexation de la réserve constituée dans le passé.

La nouvelle loi relative aux assurances du 4 avril 2014<sup>22</sup> rassemble en ses articles 201 à 211 les dispositions antérieures en matière d’assurance maladie. Les changements apportés à l’article 138*bis* – 4 LCAT ont été synthétisés dans l’article 204 de cette loi du 4 avril 2014 relative aux assurances. Dans ce nouvel article 204, on retrouve toujours les exceptions au principe d’intangibilité des conditions tarifaires et de couvertures. Rappelons que ces exceptions ont pour but de résoudre les problèmes posés par le caractère viager des assurances maladie privées, à savoir l’évolution a priori imprévisible des charges brutes de sinistre. Parmi

---

<sup>19</sup>Nous reviendrons plus en détail sur ce facteur d’indexation dans la section 4 ci-après, et nous discuterons de l’approximation proposée par l’Arrêté Royal du 18 mars 2016.

<sup>20</sup>Conseil d’Etat, section du contentieux administratif. Arrêt n° 221.285 du 7 novembre 2012, A.196.124/XV-1879.

<sup>21</sup>Conseil d’Etat, section du contentieux administratif. Arrêt n° 222.601 du 22 février 2013. A.196.124/XV-1879.

<sup>22</sup>Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, Moniteur Belge du 30.04.2014, p. 35487.

ces exceptions on retrouve encore l'adaptation sur base d'un indice médical, mais la mise en pratique de ce dernier a dû attendre la publication de l'arrêté royal du 18 mars 2016<sup>23</sup>.

## 4 Arrêté royal du 18 mars 2016

Le "projet d'arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010" a été soumis à la Commission des Assurances le 30 juin 2015 pour un avis rendu deux mois plus tard [15]. Cet arrêté est enfin paru au Moniteur belge le 25 mars 2016, mais certaines de ces dispositions peuvent être remises en question.

L'observation principale que l'on peut trouver dans l'avis de la Commission des Assurances concerne la similitude entre l'arrêté royal de 2010 et sa nouvelle version de 2016, de sorte que certaines des réserves émises dans l'avis du 7 janvier 2010 [9] par les représentants des deux parties sur la première version restent d'actualité. Il en va de même pour les remarques du KCE émises dans son rapport 96B de 2008 [5]. Ensuite, un des éléments figurant dans l'avis de la Commission concernant le champ d'application de l'indice médical a été pris en compte dans la version finale de l'arrêté royal : les mutualités sont également concernées par cet indice, d'après la loi du 26 avril 2010<sup>24</sup>, et donc l'Office de Contrôle des Mutualités (OCM) doit pouvoir intervenir dans l'application de l'arrêté royal, au même titre que la FSMA ou la BNB.

Dans la suite de cette section, nous traitons certains points techniques de l'avis du 9 septembre 2015 de la Commission des assurances et nous discutons leur pertinence. Dans la sous-section 4.1 qui suit, nous revenons sur la discrimination sur base de l'âge qui avait fait l'objet du procès Test-Achats/DKV. Ensuite, nous discutons l'approximation du facteur d'indexation proposée par l'arrêté royal (i.e. la règle dite du "1.5" ou des 150%) dans la sous-section 4.2 et des réserves dans la sous-section 4.3.

### 4.1 Eventuelle discrimination sur base de l'âge atteint

L'un des points abordés dans l'avis de la Commission des assurances de 2015 et qui a été soulevé par les représentants des consommateurs est que l'indexation sur base de l'âge atteint n'est pas compatible avec la loi qui tend à lutter contre les discriminations. Ceci renvoie à l'affaire opposant Test-Achats à l'assureur DKV au terme de laquelle la cour d'appel de Bruxelles avait jugé cette segmentation non-discriminatoire dans ce cas (voir section 3.3).

Afin de traiter le caractère éventuellement discriminatoire de l'indexation, revenons encore une fois à la distinction faite dans la section précédente entre l'indice médical et le facteur d'indexation. Il apparaît alors que l'âge peut intervenir à deux niveaux. En ce qui concerne l'indice médical, il est évident que tout comme dans l'arrêté royal de 2010, la nouvelle version de 2016 prévoit de le catégoriser sous forme de tableau dont l'une des dimensions est l'âge, conduisant inévitablement à une indexation variable en fonction de l'âge

---

<sup>23</sup>Arrêté royal du 18 mars 2016 portant modification de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> 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, Moniteur belge du 25.03.2016, p. 21143.

<sup>24</sup>Loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire, Moniteur belge du 28.05.2010, p. 32374.

de l'assuré<sup>25</sup>. D'autre part, puisque le facteur d'indexation est appliqué pour tenir compte de l'augmentation de la réserve, alors celui-ci dépend également de l'âge, lorsque les primes à la souscription varient en fonction de l'âge.

D'autre part, nous renvoyons le lecteur à une étude universitaire qui a pour but de déterminer une méthode objective d'indexation des primes basée sur le principe d'équivalence actuarielle [16], i.e. égalité entre les primes et les prestations. Dans cette étude, en supposant que l'indice médical est indépendant de l'âge, les auteurs étudient le facteur d'indexation et l'évolution de la prime de départ dans trois situations, à savoir :

1. **Indexation police par police** : Dans ce cas, chaque police est traitée individuellement, et l'indexation dépend inévitablement de l'âge atteint ainsi que de la durée passée dans le portefeuille. Les résultats numériques de l'étude montrent que le facteur d'indexation dans la méthode individuelle est souvent plus élevé pour les jeunes entrants. A titre d'exemple, un assuré âgé de 50 ans qui a souscrit une assurance depuis l'âge de 25 ans dispose d'une réserve plus élevée qu'un assuré du même âge ayant souscrit la même couverture plus tard. Ceci implique que la répercussion de l'indexation des réserves (qui est justement représentée par le facteur d'indexation) sera plus importante pour le premier assuré, i.e. celui dont la réserve est plus élevée.
2. **Indexation d'un portefeuille de nouveaux entrants** : Ici, l'indexation est portée à un niveau plus global où tous les entrants d'une même année subissent la même indexation, même si les âges à la signature du contrat sont différents. Ainsi, une solidarité est établie mais seulement par groupe de nouveaux entrants d'une même année, et on obtient un facteur d'indexation qui dépend de la distribution des âges de chaque groupe. Notons également que le facteur ne dépend pas du nombre absolu de nouveaux entrants mais seulement de la distribution des âges. De plus, dans le cas où *tous* les nouveaux entrants ont le même âge, cette méthode équivaut à une indexation police par police avec l'âge correspondant.
3. **Indexation d'un portefeuille existant** : La méthode est généralisée au cas de plusieurs groupes d'assurés entrants dans le portefeuille à différentes dates, mais ayant le même facteur d'indexation. Ceci permet alors d'obtenir un facteur d'indexation indépendant de l'âge et de l'année d'entrée dans le portefeuille. Cependant, la distribution des âges des entrants de toutes les années antérieures à la date de calcul du facteur doit être prise en compte. On observe également que le nombre annuel absolu de nouveaux entrants influence la valeur du facteur d'indexation.

Notons que dans ces trois méthodes le facteur d'indexation dépend de plusieurs paramètres, dont les coûts de sinistres par âge, l'inflation observée ainsi que de la base technique de l'assureur.

La comparaison de l'évolution de ce facteur d'année en année entre les trois différentes méthodes remet en question l'utilisation d'un facteur agrégé pour lutter contre la discrimination sur base de l'âge. En effet, dans une méthode agrégée, on ne profite d'une baisse du facteur d'indexation que s'il y a une concentration de nouveaux entrants plus âgés. Or, puisque les réserves ne sont pas transférables en Belgique, il est difficile d'observer en pratique des nouveaux entrants aux âges avancés.

---

<sup>25</sup>Notez toutefois qu'un indice global, tous âges confondus, est également publié et semble avoir la faveur des assureurs jusqu'ici.

Ainsi, on peut conclure que dans un souci de lutte contre la discrimination sur base de l'âge, la méthode individuelle est plus adéquate lorsque les primes de bases ont été segmentées.

## 4.2 La règle du "1.5"

L'étude citée dans la section précédente répond également à une autre problématique qui figure à l'article 6 de l'arrêté royal du 18 mars 2016 et qui concerne l'indexation des réserves. Rappelons que l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010 a été annulé car l'indexation qui y était prévue ne tenait pas compte des primes passées. Cependant la nouvelle solution consiste à remplacer le facteur d'indexation qui est appliqué à l'indice médical pour toutes catégories d'âge et tout type de couverture par un facteur constant qui est de "1.5". Par exemple, si l'indice médical est égal à 2%, alors l'assureur peut appliquer aux primes une augmentation de 3% (i.e.  $1.5 \times 2\%$ ).

Cependant, cette proposition est basée sur une étude de 2013 [17] dont les hypothèses sous-jacentes ne permettent pas nécessairement de faire du facteur "1.5" une généralité. En effet, même en supposant que l'assureur fait appel à la solidarité au sein de son portefeuille pour calculer un facteur agrégé (en appliquant l'une des deux méthodes collectives mentionnées dans la section 4.1), ce dernier varie chaque année, suivant le niveau des réserves constituées, et dépend de la base technique de l'assureur, des valeurs d'inflation passées ainsi que de la composition du portefeuille. On pourrait alors se demander si cette règle du "1.5" est prudente sans pour autant surestimer exagérément l'augmentation des primes. Afin de répondre à cela, on se concentre sur la première méthode définie plus haut (i.e. l'indexation individuelle) et on considère un contrat d'assurance souscrit à l'instant 0. A l'instant 1, une année après la conclusion de ce contrat, l'assureur doit adapter les primes futures afin de tenir compte de l'inflation observée durant cette même année, et doit également tenir compte de la prime payée à l'instant 0 en appliquant à l'inflation observée un certain facteur. Or, puisque l'assuré n'a payé qu'une seule prime, ce facteur sera très souvent relativement faible la première année et l'approximation de "1.5" surestimera sa valeur exacte. On peut en déduire que la règle du "1.5" est prudente et qu'elle surestime l'adaptation pendant les premières années de couverture pendant lesquelles la réserve n'est pas trop élevée. Cependant, après quelques années la valeur exacte du facteur d'indexation peut dépasser cette approximation et conduire - selon l'évolution des paramètres dont dépend ce facteur - à une sous-estimation de l'adaptation des primes. Un raisonnement similaire s'applique aux deux autres méthodes, ce qui remet en question la rigueur de la méthode choisie par le régulateur. Toutefois, notons qu'en cas de sous-estimation de l'adaptation, l'assureur peut, quant à lui, toujours demander une autorisation de modification de la prime auprès de la BNB, mais le consommateur ne dispose pas de moyen pour limiter l'augmentation en cas de surestimation.

Enfin, l'arrêté royal ne tient pas compte du fait que l'assureur pourrait faire une estimation de l'inflation à la conclusion du contrat, alors que d'une part le facteur d'indexation en dépend aussi, et d'autre part la prime pourrait diminuer dans le cas où les prévisions de l'assureur seraient trop conservatrices - par exemple si l'assureur avait prévu 2% d'inflation est que celle-ci a bien été de 2%, alors les primes pourraient quand même être augmentées de 3% ( $1.5 \times 2\%$ ) selon l'arrêté royal même si elles ne devraient pas l'être.



### 4.3 Les réserves

Les représentants des consommateurs avaient souligné, sans conséquence sur la version finale de l'arrêté royal, que l'assuré devrait être informé de l'évolution du montant de sa réserve. Cette demande des représentants des consommateurs s'appuie, entre autres, sur l'article VI.2 du code de droit économique où il est précisé que les "*principales caractéristiques du produit*" doivent être fournies aux consommateurs, la réserve étant incontestablement un élément important du contrat. De plus, l'importance de cette réserve se retrouve également dans l'application du facteur d'indexation défini plus haut. En effet, si l'indice médical doit être augmenté c'est bien pour tenir compte de l'augmentation de la réserve.

Notons également la similitude d'un point de vue technique entre cette réserve et la valeur de rachat dans le cas d'une assurance sur la vie. Il est donc contradictoire d'imposer aux assureurs vie de communiquer l'évolution de la valeur de rachat<sup>26</sup> alors que l'assureur santé en est exempt. De leur côté, les assureurs estiment qu'il est difficile de définir des réserves individuelles car celles-ci sont gérées de manière collective. Cependant, la gestion collective des réserves pourrait être une source d'anti-sélection pour l'assureur : les assurés jeunes et en bonne santé peuvent quitter le portefeuille pour une autre compagnie offrant des tarifs avantageux, augmentant ainsi le risque de l'assureur d'origine. Ce dernier se verrait alors contraint de solliciter auprès de la BNB la permission d'adapter le montant des primes réclamées aux assurés restants. Or, même si la BNB autorise cet assureur à augmenter ses primes, ceci lui ferait perdre encore plus de jeunes clients.

Ces considérations sur les réserves mènent inévitablement à la question suivante : "*À qui appartiennent-elles ?*" Pour l'instant, elles appartiennent à l'assureur qui les affecte à l'ensemble du portefeuille. Les assurés qui maintiennent leur contrat en profitent donc : la résiliation anticipée d'une police libère la réserve correspondante qui profite aux autres contrats en cours. Le calcul de la prime tient d'ailleurs compte de ce phénomène, ce qui revient à octroyer aux assurés une ristourne initiale, anticipant les résiliations futures. Le parallèle avec les contrats d'assurance sur la vie suggère toutefois que les réserves pourraient tout aussi bien appartenir individuellement aux assurés et devraient être transférables [18] afin de ne pas entraver la liberté des assurés à changer d'assureur, favorisant ainsi une saine concurrence sur le marché. Cependant, cette transférabilité a aussi des inconvénients techniques puisque seuls les assurés en bonne santé pourraient en profiter, les autres n'ayant aucune chance de trouver une couverture chez un autre acteur du marché. Ainsi, le rachat en assurance santé affecterait la mutualisation au sein du portefeuille, dans le cas où aucun système de pénalité n'est prévu. Il faudrait donc faire dépendre la réserve du contrat de l'état de santé des assurés, affectant un montant plus élevé aux assurés en mauvaise santé, constituant un risque plus lourd à couvrir<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup>Notamment dans l'Arrêté Royal du 14 novembre 2013 relatif à l'activité d'assurance sur la vie qui impose à l'assureur de communiquer l'évolution de la valeur de rachat *avant la conclusion du contrat* (article 8, § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>) et en cours de contrat *au moins annuellement* (article 19, § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>)

<sup>27</sup>Ceci est actuellement à l'étude à l'UCL, en adaptant le montant de la réserve à la sinistralité passée à l'aide d'un mécanisme de crédibilité.

## 5 Conclusion

On peut retenir que l'arrêté royal du 18 mars 2016 n'est pas encore complet. Plusieurs simplifications ont été faites et le régulateur les justifie par un souci de "clarté, d'intelligibilité et de transparence à l'égard du preneur d'assurance" mais au détriment du principe d'équivalence actuarielle - selon lequel les valeurs actuelles des prestations et des primes sont en moyenne égales - qui à la fois assure la solvabilité des compagnies et protège les clients. En effet, le système d'indexation devrait, tout comme le calcul de la prime, reposer sur ce principe fondamental.

Notons par ailleurs qu'il est dans l'intérêt des assureurs et des assurés qu'un système d'indexation plus rigoureux soit mis en place. D'abord car l'arrêté royal du 18 mars 2016 limite l'application du facteur "1.5" à un écart de 2% par rapport à l'indice santé de base, alors que le caractère imprévisible de l'inflation médicale ne permet pas de déduire un plafond à l'indexation sans faire peser, dans des cas extrêmes, un risque sur la solvabilité de l'assureur, impactant *a fortiori* les consommateurs. Ensuite, comme nous l'avons expliqué dans la section précédente, l'étude de 2016 montre que le facteur "1.5" pourrait surestimer l'augmentation chez certains assureurs mais pourrait également en pénaliser d'autres.

Enfin, rappelons que le système d'indexation mis en place dans l'arrêté royal du 18 mars 2016 n'impose pas aux assureurs une obligation d'indexer : le législateur ne définit que des plafonds d'indexation, chaque assureur pouvant bien entendu rester en-deçà. Ainsi, la concurrence entre les compagnies devrait jouer un rôle important dans la détermination du facteur d'indexation réellement appliqué au contrat.

## Remerciement

Les auteurs remercient la contribution financière de AG Insurance dans le cadre de *AG Insurance Chair in Health Insurance* au sein de l'université KU Leuven.

## Références

- [1] Binon J-M., 2016, "Droit des assurances de personnes. Aspects civils, techniques et sociaux", 2<sup>ème</sup> édition. Précis de la Faculté de Droit de l'Université catholique de Louvain, Larcier, 938-944.
- [2] Dossier de presse 12 novembre 2015, 11e Baromètre MC de la facture hospitalière, "La spirale sans limite des suppléments d'honoraires à l'hôpital"
- [3] Assurinfo n°22, 7 juillet 2011.
- [4] André-Dumont J-C., Devoet C., 2012, "L'assurance Maladie Privée", Anthémis, Droit des assurances.
- [5] Devolder P., Denuit M., Maréchal X., Yerna B-L., Clososon J-P., Léonard C., Senn A., Vinck I. et al., 2008, "Construction d'un index médical pour les contrats privés d'assurance maladie - KCE reports 96B", Health Services Research (HSR), Centre Fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).

- [6] Avis de la Commission 04/02/2008 sur la modification de la prime et du contrat, projet d'article 30bis, Commission des assurances, DOC C/2004/1.
- [7] Avis de la Commission 09/07/2009 sur l'adaptation des contrats d'assurance à la suite de modifications législatives, Commission des assurances, DOC C/2009/4.
- [8] Commission bancaire, financière et des assurances (CBFA), "Indices spécifiques pour les contrats d'assurance soins de santé autres que ceux liés à l'activité professionnelle", CBFA\_2010\_04 du 2 février 2010.
- [9] Avis de la Commission 7/01/2010 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, Commission des assurances, DOC C/2009/11.
- [10] <http://www.lesoir.be/442088/article/soirmag/actu-soirmag/2014-02-14/tres-cheres-assurances-hospitalisation%E2%80%A6>
- [11] Tribunal du commerce de Bruxelles, asbl Test-Achats contre SA DKV Belgium, 7 mars 2005.
- [12] Paris C., 2008, "Actualités en droit des assurances", section 6. Anthemis. Volume 106 de Formation permanente CUP.
- [13] Arrêt de la Cour (quatrième chambre), Recueil de la jurisprudence, affaire C-577/11, 7 mars 2013.
- [14] Arrêt du Conseil d'état n°217.085 du 29 décembre 2011, n° de rôle A. 196.306/VII-38.279.
- [15] Avis de la Commission 09/09/2015 sur le projet d'arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 1er février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 138bis-4 §3 de la LCAT, Commission des assurances, DOC C/2015/3.
- [16] Denuit M., Dhaene J., Hanbali H., Lucas N. et Trufin J., 2016, "Updating mechanism for lifelong insurance contracts subject to medical inflation", Rapport de recherche AFI-16107, KU Leuven. European Actuarial Journal (accepté pour publication).
- [17] Vercruyssen W., Dhaene J., Denuit M., Pitacco E. et Antonio K., 2013, "Premium indexing in lifelong health insurance", Far East Journal of Mathematical Science.
- [18] Dhaene J., Godecharle E., Antonio K., Denuit M., 2016, "Updating mechanisms for lifelong health insurance contracts with reserve- or premium-based surrender values", ASTIN, AFIR/ERM and IACA Colloquia, Sydney.
- [19] Beernaert J. 2010, "La loi Verwilghen : poursuite individuelle de l'assurance maladie liée à l'activité professionnelle", Hans Suijkerbuijk, Kluwer - L'assurance au présent 32, 1-16.
- [20] Legrand J-P., 2010, "Indexation des contrats d'assurance santé non liés à l'activité professionnelle", Forum de l'assurance 101, p. 45-46.

**FACULTY OF ECONOMICS AND BUSINESS**

Naamsestraat 69 bus 3500

3000 LEUVEN, BELGIË

tel. + 32 16 32 66 12

fax + 32 16 32 67 91

info@econ.kuleuven.be

www.econ.kuleuven.be

