



Le cancer : une lésion indolente à faible potentiel de malignité ?

Le diagnostic clinique comme fondement des définitions des maladies graves

de Karin Brendel, Gen Re, Cologne

L'assurance contre les maladies graves (MG) est une prestation du vivant qui joue un rôle important dans de nombreux pays en offrant un certain soutien financier et une tranquillité d'esprit en cas d'apparition d'un état médical grave. Cet article évoque le large éventail de possibilités en matière de conception des produits, de la solution complète qui garantit la quiétude d'esprit au client d'une part, aux produits qui le protègent dans les situations très graves de la vie avec des primes plus accessibles d'autre part.

Afin de toujours satisfaire les attentes des clients et de continuer à proposer un produit durable, il est essentiel que les assureurs décrivent, à l'attention du client, de manière claire, univoque et transparente le lien entre la maladie grave et le versement de prestations.

Alors même que le nom du produit, que ce soit maladie grave, maladie redoutée, traumatisme ou un terme similaire, implique déjà une certaine gravité, les clients s'attendent généralement à ce que la prestation soit payée dès que leur médecin pose un diagnostic figurant dans la liste des maladies couvertes.

L'idée du paiement au diagnostic séduit assurément les clients, pourtant elle comporte certains inconvénients, tant du point de vue médical que de l'assurance. En effet, sur le plan médical, un diagnostic n'est pas toujours catégorique. La compréhension des maladies progresse rapidement et les avancées dans les traitements permettent souvent d'atténuer et de limiter l'impact des états potentiellement graves. Du côté de l'assurance, les actuaires de tarification et les gestionnaires sinistres peuvent craindre que l'évolution des preuves visant à confirmer un diagnostic et les nouvelles techniques entraînant un diagnostic plus précoce s'accompagnent d'une augmentation de la prévalence des cas n'ayant pas ou peu d'impact sur la santé.

Certains assureurs ont récemment modifié les définitions pour se montrer plus généreux, en garantissant le paiement au diagnostic, en demandant peu voire

Contenu

Cancer	2
Crise cardiaque (Infarctus du myocarde)	3
AVC	4
Découvertes fortuites et autres conditions	5
Vue d'ensemble	5

La lettre d'information en bref

Risk Insights est une publication technique conçue par Gen Re pour les cadres de l'assurance vie et santé du monde entier. Les articles portent sur des thèmes ayant trait à la gestion des risques, la médecine, les sinistres, la souscription et les questions actuarielles.

Les produits étudiés sont les assurances maladie grave, soins longue durée, pensions d'invalidité, santé et vie.

pas de preuves et en n'excluant plus les formes moins graves d'une maladie. Les clients vont probablement apprécier ce changement mais cela risque d'affecter l'accessibilité des produits et potentiellement la stabilité financière de l'assureur.

Nous allons étudier des exemples des maladies les plus importantes couvertes dans les politiques MG, analyser les simplifications justifiables et les risques potentiels en cas d'omission de caractéristiques cruciales dans les définitions.

Cancer

Supposons que le droit aux prestations pour le cancer repose exclusivement sur le diagnostic définitif posé par un oncologue.

Avant d'étudier les exclusions, nous allons comparer cette approche aux définitions habituellement appliquées :

En règle générale, la définition du cancer inclut des caractéristiques comme la « malignité », la « prolifération incontrôlée » et l'« invasion des tissus ». Ces éléments s'inscrivent dans la compréhension médicale du cancer et sont donc justifiés. En revanche, nous pourrions soutenir que ces termes n'apportent pas grand-chose étant donné qu'ils sont inhérents, par définition, à la malignité. Il est fortement recommandé d'ajouter l'exigence d'une confirmation histologique, qui n'est pas mentionnée ci-dessus mais est généralement incluse, car elle assure une protection contre les méthodes potentielles futures de diagnostic, telles que la biopsie liquide. Bien que cette méthode soit actuellement au stade expérimental pour le diagnostic, on pourrait imaginer des cas de résultat de biopsie liquide positif sans aucune tumeur identifiée ou confirmée par d'autres moyens.¹

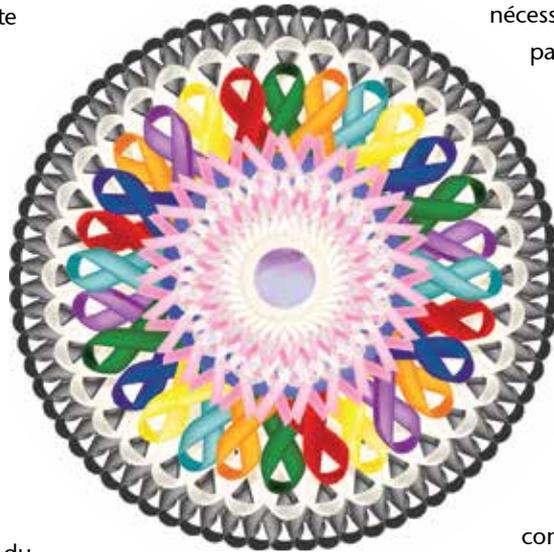
Dans le contexte des MG, les définitions du cancer prévoient généralement plusieurs exclusions, de

sorte que les clients se demandent naturellement pourquoi leur couverture ne les protège pas dans le cas de cancers spécifiques.

Sur ce point, il est important de souligner que le cancer n'est pas une maladie uniforme mais englobe différents types survenant en différents endroits, allant de hautement mortel à à malignité réduite ou prémalin.

Les cancers susceptibles de ne pas développer de symptômes cliniques durant la vie d'un patient peuvent être découverts par hasard, via des programmes de dépistage ou une autopsie. Ce nombre inconnu de cas non signalés augmente l'incertitude quant aux futurs paiements de sinistre pour l'assureur. Un dépistage sensible et généralisé

peut détecter un cancer qui ne nécessite pas de traitement ou n'a pas de conséquence néfaste pour la santé. En l'absence de perte financière ou d'impact sur le bien-être de l'assuré, il n'y a aucun intérêt assurable qui justifie le versement d'une prestation. Parallèlement, des résultats par exemple de cancers in situ très répandus risquent d'augmenter considérablement le coût de l'assurance pour tous.



Des exemples frappants d'exclusions courantes de la couverture des MG liées au cancer sont les stades précoces de cancer de la prostate et de la thyroïde et les cancers de la peau non-mélanome.

Attardons-nous sur chacun de ces exemples :

- **Cancer de la thyroïde** – En ce qui concerne le cancer de la thyroïde, nous observons une très forte corrélation entre les pratiques de dépistage et les taux de détection des néoplasmes asymptomatiques sur la glande thyroïdienne qui sont en grande majorité de faible gravité. Cela a entraîné une forte augmentation des taux d'incidence du cancer de la thyroïde, notamment en Corée du Sud, entre 2000 et 2013 (Figure 1). Suite à un nombre alarmant

d'interventions chirurgicales visant à retirer la glande thyroïdienne, en mars 2014, un groupe de huit médecins en Corée du Sud ont publié une lettre ouverte qui déconseillait le dépistage du cancer de la thyroïde par échographie.² Par la suite, le groupe de travail américain sur les services de prévention (US Preventive Services Task Force) a conclu : « Le dépistage qui entraîne l'identification de cancers de la thyroïde indolents et le traitement de ces cancers surdiagnostiqués sont susceptibles d'augmenter le risque de préjudices pour les patients. »³

- **Cancer de la prostate** – De même, le groupe de travail américain sur les services de prévention établit ce qui suit : « Beaucoup d'hommes présentant un cancer de la prostate ne ressentent jamais de symptômes et, en l'absence de dépistage, n'auraient jamais su qu'ils étaient malades. »⁴ Après le diagnostic, la surveillance active constitue une option thérapeutique courante, ce qui pose un problème spécifique lors de l'établissement du droit aux prestations dans les produits prévoyant des prestations multiples pour le cancer, du fait que la tumeur n'est pas réséquée.
- **Cancer de la peau non-mélanome (CPNM)** – 99 % des cancers de la peau non-mélanome (CPNM) sont des carcinomes basocellulaires (CBC) ou des carcinomes épidermoïdes (CE). Les études estiment que l'incidence du CPNM est 18 à 20 fois supérieure à celle du mélanome.⁵ Ce dernier est généralement couvert par les polices MG, à des stades modéré ou avancé. Les registres internationaux du cancer ne collectent généralement pas des données complètes sur les CPNM, voire les excluent, probablement pour des raisons pratiques de vérification du grand nombre de cas ou en raison du faible taux de mortalité.⁶ Le très faible potentiel de malignité du CBC ou du CE ainsi que le fort taux d'incertitude quant à leur prévalence élevée constituent des arguments forts contre la couverture des CPNM, même pour des paiements partiels.

Le surdiagnostic potentiel, le surtraitement, l'impact inexistant ou très faible sur la mortalité et la prévalence inconnue en raison du comportement asymptotique sont autant de caractéristiques communes à ces trois types de

cancer, ce qui explique leur exclusion du droit à des prestations substantielles. Ces exemples d'exclusions de cancer « raisonnables » ne sont pas les seuls, ce qui rend malheureusement les définitions plus longues et plus difficiles à comprendre pour les non-initiés, mais elles restent nécessaires pour une conception solide du produit.

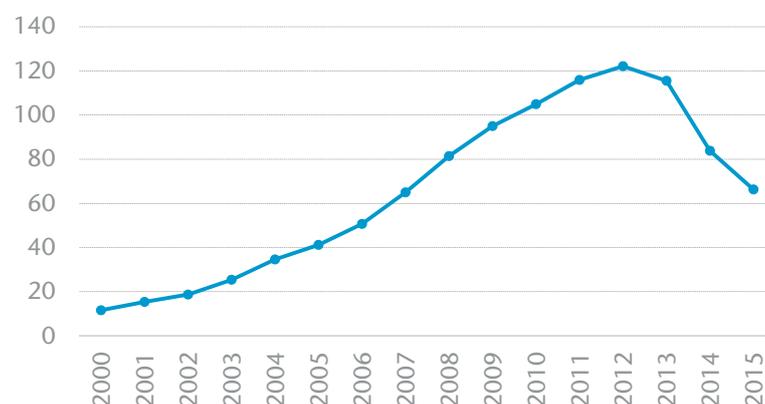
Crise cardiaque (Infarctus du myocarde)

La deuxième cause de versement de prestations liées à des MG est la crise cardiaque. Une définition courte et simple pourrait seulement imposer la pose d'un diagnostic définitif d'infarctus du myocarde par un cardiologue.

Mais une telle définition omet les exigences habituelles en termes de preuves, telles que signes et symptômes caractéristiques d'une crise cardiaque, nouveaux changements dans l'électrocardiographie (ECG) et élévation des biomarqueurs cardiaques.

Pour pouvoir évaluer la nécessité ou non d'imposer explicitement des preuves, nous devons tenir compte d'une autre exigence importante de la définition de la crise cardiaque dans le contexte de l'assurance, à savoir la mort du muscle cardiaque causée par un manque d'apport sanguin. Il est nécessaire de mentionner cet aspect du fait qu'il associe le diagnostic définitif à la preuve de la mort du muscle cardiaque.

Figure 1 – Taux d'incidence standardisé pour l'âge du cancer de la thyroïde chez les femmes, Corée du Sud (standardisation de l'âge selon la population standard : Corée)



Source : Rapport annuel des statistiques du cancer en Corée en 2015.

La crise cardiaque étant un événement aigu pour lequel l'intervalle entre l'apparition des symptômes et le traitement est extrêmement important, les directives thérapeutiques sont en permanence affinées en vue de confirmer rapidement le diagnostic de la crise cardiaque et d'agir en conséquence.

Pour l'assureur, cela signifie qu'un diagnostic définitif s'accompagne dans la quasi-totalité des cas de la collecte de preuves, du moins dans la plupart des marchés qui appliquent des directives thérapeutiques normalisées pour les crises cardiaques. La mort du muscle cardiaque, qui constitue la base de l'examen du cardiologue, doit être prouvée, tout comme les seuils et critères conformes à la définition médicale et aux directives thérapeutiques. En cas de litige, de telles preuves peuvent être demandées et utilisées en vue de poser un diagnostic définitif.

Il convient également de préciser que la crise cardiaque est un événement aigu ou nouveau, un aspect essentiel qui ne peut être négligé, au risque que des demandes soient soumises sur la base de découvertes fortuites d'événements passés.

Comme bon nombre de définitions courantes, cette approche couvre également tous les niveaux de gravité des crises cardiaques. Les crises cardiaques légères ne font pas l'objet d'une exclusion. L'utilisation de la comparaison de la fonction ventriculaire gauche réduite et normale est l'une des options pour mesurer l'altération subséquente à une crise cardiaque. Dans le même temps, cette distinction entraîne le refus d'une forte proportion de demandes liées à une crise cardiaque : les patients d'une étude suédoise montrent une fonction normale du ventricule gauche après une crise cardiaque dans 60 % des cas.⁷ La gestion des attentes des clients est tout aussi importante pour les assureurs que les dispositions claires de la couverture des crises cardiaques, tant pour les fonctions de tarification que de gestion des demandes.

AVC

L'AVC figure également parmi les principales causes de demandes liées à des MG. On pourrait envisager d'utiliser simplement le diagnostic définitif posé par un neurologue comme droit aux prestations.

Dans ce cas, la « mort de tissu cérébral », l'une des exigences de base conventionnelles, n'est pas mentionnée et aucune preuve, par ex. sous la forme d'une technique d'imagerie, n'est requise.

Un autre aspect important de la définition est l'exigence liée aux symptômes cliniques. L'obligation que les symptômes durent au moins 24 heures s'inscrit dans la compréhension (obsolète) d'un événement neurologique transitoire. L'assureur doit se poser les questions suivantes : faut-il couvrir tous les AVC, même ceux n'ayant pas d'impact durable sur la vie ou le bien-être du client ? Seuls les AVC d'une gravité minimale, c.-à-d. présentant des symptômes persistants qui s'accompagnent d'un dysfonctionnement neurologique permanent et irréversible, présentent-ils un intérêt assurable ?

Tout comme la crise cardiaque, l'intervalle entre l'apparition des symptômes et le traitement est extrêmement important pour l'AVC. En revanche, la collecte des preuves peut être gérée complètement différemment.

Ce qui inquiète les assureurs, c'est la situation potentielle dans laquelle une personne subit un événement neurologique transitoire, tel qu'un accident ischémique transitoire (AIT), qui représente une exclusion standard des



définitions de l'AVC dans l'assurance. En l'absence de suivi IRM, il est possible qu'un neurologue dise à un patient qu'il a eu une petite attaque. Lorsque cela est considéré comme un diagnostic définitif dans le contexte d'une demande, comment cela doit-il être géré au stade de la demande de prestation ? Il est difficile, sur de nombreux marchés, de contester des demandes sur des motifs et pratiques plus techniques. De même, l'accès aux investigations diffère considérablement d'un pays à l'autre.

Curieusement, une imagerie est requise pour exclure l'AIT et ne doit pas présenter de signes de mort du tissu cérébral. La durée des symptômes ne représente qu'une considération secondaire.

Découvertes fortuites et autres conditions

Face à l'utilisation accrue des techniques d'imagerie, comme le montre par exemple le nombre grandissant d'IRM par 1 000 habitants pour certains pays de l'OCDE (Figure 2), nous pouvons nous attendre à davantage de résultats anormaux qui ne sont pas associés à des symptômes et ne nécessitent pas de traitement. La prévalence sera déterminée, surtout pour les états asymptomatiques, par la pénétration du dépistage et la sensibilité des méthodes de diagnostic (par ex. résolution des appareils IRM).

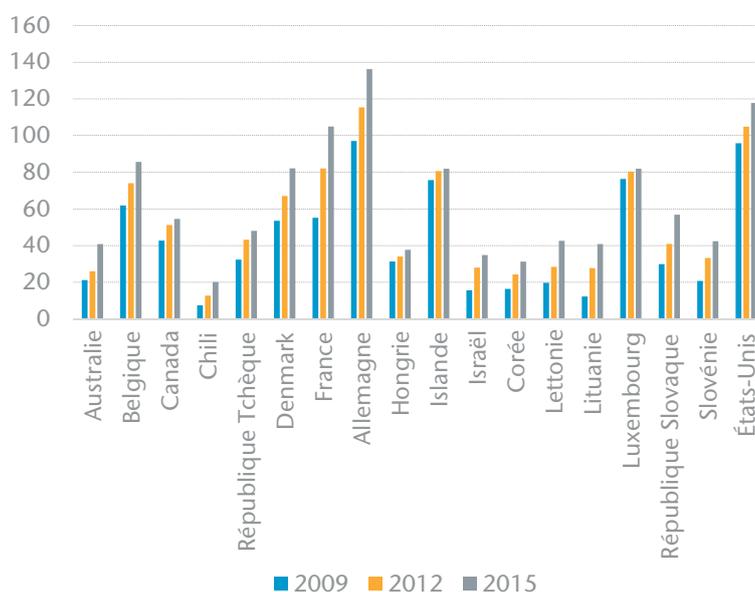
Les kystes cérébraux sont un exemple de découverte fortuite courante qui sont souvent asymptomatiques. Durant la procédure de souscription, ils ne constituent pas une clause d'exclusion. Par conséquent, ils ne doivent pas représenter un droit aux prestations pour le versement du montant couvert.

La prévalence d'anomalies de la sorte reste souvent inconnue, ce qui peut entraîner une sous-évaluation massive dans le contexte de l'assurance, surtout à l'avenir du fait que la sensibilité des technologies de dépistage s'améliore et leur utilisation augmente de manière générale.

Vue d'ensemble

Nous pouvons avancer, pour toutes les maladies, que le diagnostic en lui-même est un choc et une source d'anxiété suffisants pour l'assuré pour justifier le versement du montant de la prestation. Les assureurs ne cherchent pas à renforcer l'anxiété

Figure 2 – Total des examens IRM par 1 000 habitants en 2009, 2012 et 2015



Source : OCDE Stat, Dataset : Health Care Utilisation, extrait le 13 novembre 2018

en déterminant que l'événement, même s'il a été perçu comme grave, n'était pas couvert en réalité et en refusant le paiement.

Du point de vue des clients, il peut également arriver que l'expérience ait entraîné un changement de mode de vie. Le versement d'une prestation financière peut alors s'avérer judicieux et les aider à réemprunter une vie plus saine.

De même, le client type n'est pas un expert de la terminologie médicale : il ne comprend pas toujours la distinction entre les différents niveaux de gravité et n'a probablement pas étudié ces détails de la police lors de la souscription.

La compagnie d'assurances doit donc faire preuve de la plus grande transparence possible quant à ce qui est couvert et ce qui ne l'est pas. Naturellement, il n'est pas toujours possible d'éviter les déceptions causées par les demandes refusées. Parallèlement, il est tentant de proposer la compréhension profane d'une maladie ou d'un diagnostic plutôt que de suivre la cible mouvante de la définition médicale d'un état avec des critères de diagnostic en perpétuelle évolution.

Comme nous avons pu le voir dans les exemples proposés ci-dessus, certaines exigences liées aux exclusions, preuves et niveaux de gravité s'imposent,

non seulement pour garantir la pérennité de la gestion du risque d'assurance, mais également pour faire sens auprès de la clientèle qui contribue à fournir une couverture des risques abordable.

Le défi pour les assureurs est particulièrement complexe lorsqu'il s'agit de produits d'assurance vie entière ou longue durée offrant des taux de prime garantis. Qui peut dire à quoi ressemblera le diagnostic du cancer en 2075, quelle sera sa prévalence et quelles en seront les conséquences possibles ?

Nous avons rencontré, bien que rarement, des conditions d'assurance qui incluent la progression médicale et le changement potentiel dans les implications pour les clients, en ces termes :

« ... si, dans le cadre du développement de la science médicale, de nouvelles maladies sont ajoutées à la liste des maladies graves ou si des méthodes de diagnostic et/ou de traitement efficaces de l'état de santé sont introduites durant la période de validité de la police, l'Assureur est en droit d'exclure certaines maladies de la liste des maladies graves couvertes ou de la compléter, d'apporter des corrections aux définitions des maladies graves et/ou des critères de diagnostic... »

Même si cela n'est pas dépourvu de mérite, une telle approche flexible pourrait être discutable pour les clients et les régulateurs.

Pourtant, le concept sous-jacent qui part du principe que ce qui constitue une maladie grave est amené à changer en raison des avancées de la science médicale, et justifierait donc l'ajustement des droits aux prestations pour maintenir le même niveau de « criticité », est un concept intéressant. En bref, cette approche reprend l'idée de suivre l'esprit plutôt que la lettre des définitions et l'amène à un nouveau niveau.

Une autre option proposée sur de nombreux marchés pour répondre aux attentes des clients consiste à payer des prestations partielles pour les états de gravité moindre. Cela évite manifestement les déceptions liées aux demandes refusées. Mais pour certains états très répandus, les implications financières peuvent être considérables pour les assureurs. Nous pouvons également anticiper

le fait que les montants maximum imposés aux paiements partiels risquent d'augmenter avec le temps sous l'effet de la pression de la concurrence.

L'application de définitions plus généreuses ou de définitions susceptibles d'accroître le nombre de demandes en raison de formulations plus opaques constitue un risque supplémentaire pour l'assureur. En l'absence de définitions ou primes ajustables, il convient de prévoir une marge supplémentaire proportionnelle à l'incertitude supplémentaire pour rendre le produit plus cher qu'une alternative dont les définitions laissent moins de place à l'interprétation au niveau des points cruciaux.

L'assurance contre les maladies graves peut s'étendre de la protection abordable pour tous les clients contre les scénarios extrêmes de la vie à une solution complète synonyme de tranquillité d'esprit pour les plus aisés, toutes les parties ayant besoin de clarté quant au niveau et à la finalité de la couverture respective. En ce qui concerne les produits offrant des garanties à long terme, il convient d'exclure certains états mineurs afin que la prétendue générosité pour certains ne se fasse pas au détriment de l'ensemble du portefeuille d'assurés.

L'auteur

Karin Brendel a rejoint l'unité Vie/Maladie de Gen Re en 2007. Elle dirige l'équipe Produits et Analyses au sein du département Recherche et développement. Son équipe facilite le partage d'expertises à travers le monde et accompagne les marchés dans la conception et la tarification des produits d'assurance-vie et dans le cadre de projets analytiques. Karin est membre de



l'Association allemande des actuaires (DAV) et a occupé divers postes dans la réassurance-vie/maladie depuis 2000. Karin peut être contactée par tél. au +49 221 9738 752 ou par e-mail à l'adresse karin.brendel@genre.com.

Notes de bas de page

- 1 <http://www.genre.com/knowledge/blog/a-look-at-advances-in-cancer-diagnostics-and-what-that-means-for-ci-insurers-en.html>.
- 2 Ahn, Hyeong Sik, Welch, H. Gilbert, South Korea's Thyroid-Cancer "Epidemic" — Turning the Tide 2015 New England Journal of Medicine 2389-2390 373 24 10.1056/NEJMc1507622 26650173 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1507622>.
- 3 Groupe de travail américain sur les services de prévention (US Preventive Services Task Force). Screening for Thyroid Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2017;317(18):1882–1887. doi:10.1001/jama.2017.4011.
- 4 Groupe de travail américain sur les services de prévention (US Preventive Services Task Force). Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2018;319(18):1901-1913. doi:10.1001/jama.2018.3710.
- 5 Apalla Z, Lallas A, Sotiriou E, Lazaridou E, Ioannides D. Epidemiological trends in skin cancer. Dermatol Pract Concept. 2017;7(2):1. DOI : <https://doi.org/10.5826/dpc.0702a01>.
- 6 Krebs in Schleswig-Holstein, Inzidenz und Mortalität in den Jahren 2012 bis 2014, Krebsregister Schleswig-Holstein — Institut für Krebs Epidemiologie e.V.
- 7 SWEDEHEART Annual report 2017.

The difference is...the quality of the promise.



genre.com | genre.com/perspective | Twitter: @Gen_Re

General Reinsurance AG
Theodor-Heuss-Ring 11
50668 Cologne, Germany
Tel. +49 221 9738 0
Fax +49 221 9738 494

General Reinsurance AG—Succursale Paris
21, rue Balzac
750008 Paris
Tel. +33 1 5367 7676
Fax +33 1 5367 4646

Photos: © getty images – XiXinXing, semnic, Egor Kulinich, inkspotts, utah778

© General Reinsurance AG 2019

Ces informations ont été rassemblées par Gen Re et visent à apporter des renseignements à caractère général à nos clients ainsi qu'à notre équipe de professionnels. Ces informations peuvent évoluer avec le temps et pourront faire l'objet de révisions et de mises à jour périodiques. Elles ne constituent pas une base juridique ou médicale. Pour ce type d'informations, consultez en premier lieu vos conseillers spécialisés.