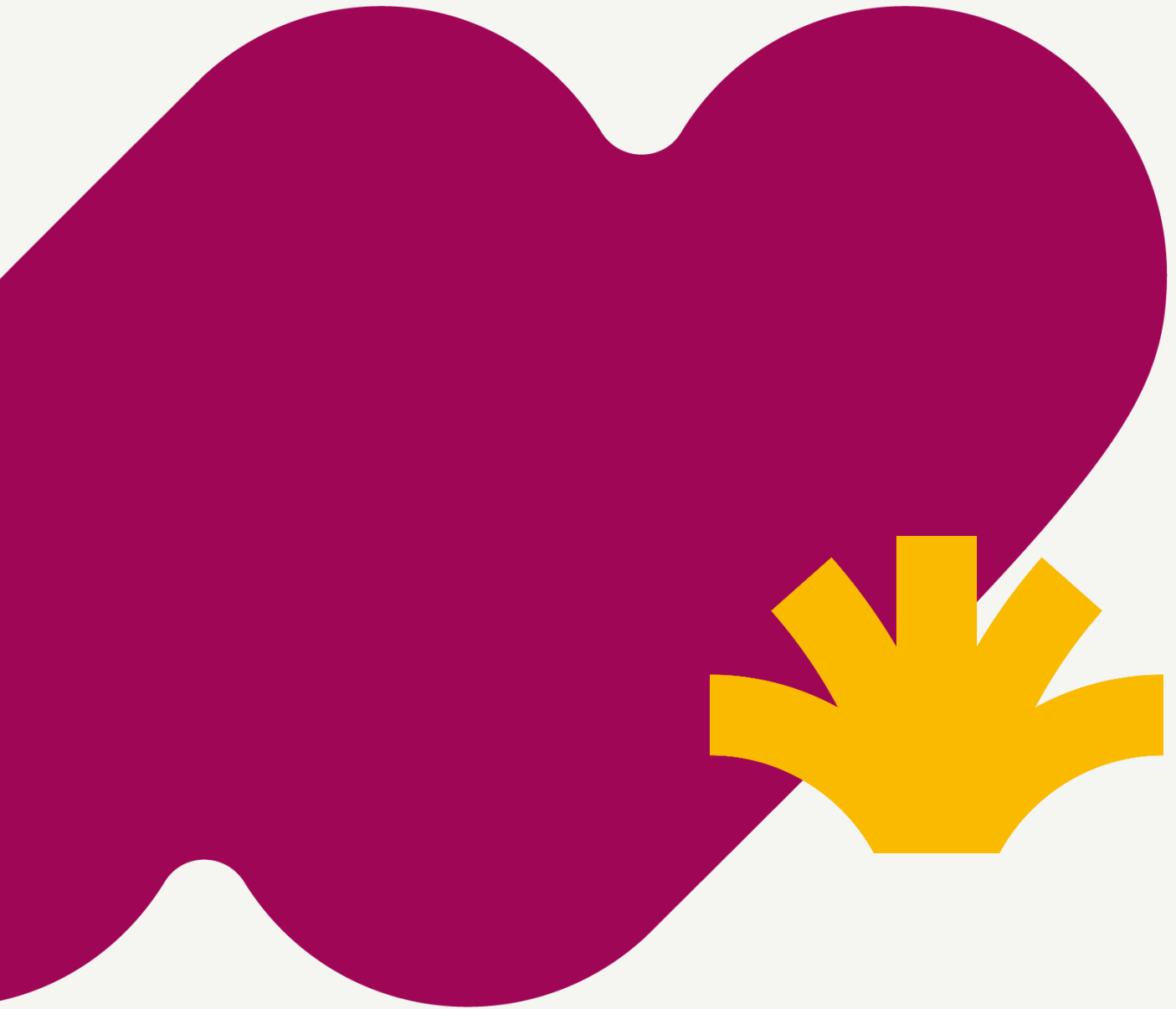




**La discrimination à l'égard des personnes
vivant avec le VIH, dans le domaine des
assurances**

Table des matières

Remerciements	3
1 Résumé	4
1.1 Contexte	4
1.2 Recommandations	5
2 Analyse	6
2.1 Sur la base de signalements	6
2.2 Sur la base du cadre légal	7
2.2.1 La Convention ONU relative aux droits des personnes en situation de handicap	7
2.2.2 La Constitution	9
2.2.3 La législation antidiscrimination	10
2.2.4 La loi du 4 avril 2014 relative aux assurances	11
2.2.4.1 Dispositions générales	11
2.2.4.2 Dispositions spécifiques	12
3 Le traitement des PVVIH dans le domaine des assurances	12
3.1 Cas d'espèce : l'exemple du Droit à l'oubli & le VIH	12
3.2 Contribution externe – Expériences cliniques du centre de référence VIH d'Anvers : impact des restrictions en matière d'assurance	14
4 Conclusion	15
5 Contacts Unia	16

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail. Merci pour votre soutien, les échanges riches et votre engagement.

Nous adressons également un remerciement particulier au comité de relecture, composé de : Sensoa, Ex Aequo, La Plateforme et le Docteur Jelle Visser, médecin de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers.

Merci pour votre regard attentif, pour vos remarques constructives et d'avoir mis votre expertise à notre disposition. Cette collaboration a été essentielle pour l'aboutissement de ce travail.

1 Résumé

1.1 Contexte

En sa qualité d'organe de promotion de l'égalité et de mécanisme indépendant de suivi de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et d'organe de promotion de l'égalité, Unia est régulièrement interpellé concernant les différences de traitement dans le domaine des assurances et en lien avec le VIH.

Unia transmet des recommandations sur « *la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH, dans le domaine des assurances* » au ministre de la Protection des consommateurs, de la Lutte contre la fraude, des Personnes handicapées et de l'Égalité des chances, Rob Beenders, et au ministre de l'Emploi, de l'Économie et de l'Agriculture, David Clarinval.

Le dépistage et le traitement du VIH en Belgique figurent parmi les meilleurs au monde. La Belgique atteint actuellement un taux de suppression virale de 88 % parmi l'ensemble des personnes vivant avec le VIH¹. L'état de santé des personnes vivant avec le VIH (ci-après : PVVIH) s'est considérablement amélioré au cours des dernières décennies. Elles bénéficient désormais d'une espérance de vie similaire à celle des personnes séronégatives. Toutefois, leur qualité de vie continue d'être lourdement affectée par la stigmatisation et les préjugés associés au VIH².

En ce sens, le traitement réservé aux PVVIH dans certains secteurs contraste avec les avancées médicales liées à cette maladie, notamment dans le domaine assurantiel. Si, jusqu'à présent, les assureurs pouvaient justifier les distinctions opérées sur la base du VIH, Unia estime qu'une révision du cadre légal s'impose, notamment à la lumière des dernières conclusions du rapport de Sciensano et des éléments scientifiques fournis par les associations expertes et les centres de référence VIH des hôpitaux.

OMS : Indéfectable = Intransmissible (I = I)

Une charge virale du VIH indéfectable signifie que le virus est totalement contrôlé grâce au traitement et qu'il n'est pas transmissible (par voie sexuelle). Ce message, fondé sur des données scientifiques solides, fait l'objet d'un large consensus international et est notamment diffusé par l'Organisation mondiale de la santé sous le slogan « **I = I** » (**indéfectable = intransmissible**).

Ce principe a des implications importantes pour l'évaluation des risques, puisqu'il démontre que les personnes présentant une suppression virale durable ne constituent aucun risque d'infection pour autrui et présentent un état de santé comparable à celui de la population générale.

¹ Sciensano, Épidémiologie du VIH en Belgique, situation au 31 décembre 2024, rapport 2025, page 48.

² [Hiv in België: feiten en cijfers 2025 | Sensoa](#)

1.2 Recommandations

Conformément à la législation antidiscrimination, à la Constitution et à la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, aucune distinction de traitement non justifiée ne peut être opérée à l'égard des PVVIH dans le cadre des assurances. Dès lors, Unia invite les autorités fédérales à modifier le cadre légal, à savoir :

- Interdire toute surprime, exclusion ou refus lié au VIH lorsque la personne présente un taux de $CD4 \geq 500$ cellule/mm³, et une charge virale indétectable depuis au moins six mois, ces situations ne permettant plus de justifier médicalement une majoration ou une limitation de couverture.
- Interdire toute exclusion ou refus liés au VIH lorsque la personne présente un taux de $CD4 \geq 350 < 500$ cellule/mm³, et une charge virale indétectable depuis au moins six mois, avec une surprime max de 30%.
- Interdire toute exclusion ou refus liés au VIH lorsque la personne présente un taux de $CD4 < 350$ cellule/mm³, et une charge virale indétectable depuis au moins un an, avec une surprime max de 100%.

Les recommandations générales suivantes sont également importantes pour lutter contre une possible discrimination dans le domaine des assurances :

- Éviter une approche exclusivement médicale dans l'évaluation des risques en matière d'assurances.
- Garantir le respect des obligations de transparence, de motivation et de segmentation objectivement et raisonnablement justifiée d'application dans le domaine des assurances.
- Étendre les obligations de transparence, motivation, segmentation justifiée de façon objective et raisonnable aux assurances revenu garanti.
- Rendre obligatoire et systématique la transmission, avec toute proposition de surprime ou refus lié à l'état de santé ou au handicap, des éléments (références statistiques, études et autre) ayant servi de base à la prise de décision, accompagnés d'une lettre explicative.
- Assurer que les preneurs d'assurance soient informés des voies de recours, notamment le Bureau du suivi de la tarification.
- Garantir que les produits d'assurance soient proposés de manière accessible, tant pour l'accès physique que pour l'information et la communication des conditions de la police, des procédures de demandes et du service client (langage clair, police de caractère lisible, accessibilité numérique...).
- Délimiter clairement les exclusions dans le cadre des assurances hospitalisations.

2 Analyse

2.1 Sur la base de signalements

Unia a procédé à une analyse approfondie des signalements reçus au cours des six dernières années (2020-2026) dans le domaine des assurances et en lien avec le VIH³. Au total, Unia a recensé 22⁴ signalements. Ce chiffre ne reflète en aucun cas l'ampleur réelle de cette discrimination ; une sous-déclaration⁵ de la problématique est évidente. La stigmatisation sociale qui pèse encore sur le VIH joue un rôle important à cet égard. Sur ces 22 signalements, Unia a ouvert 13 dossiers.

Les produits d'assurance pour lesquels Unia reçoit le plus de signalements sont, respectivement, les assurances solde restant dû (SRD), revenu garanti (RG) et hospitalisation. Parmi ces trois types d'assurance, seules les assurances SRD et RG sont couvertes par le droit à l'oubli⁶. Rappelons d'ailleurs que, dans le contexte assurantiel, uniquement les PVVIH présentant une charge virale indétectable sont considérées comme étant « *assurables* ».

En ce qui concerne les assurances solde restant, la plupart des cas concernent l'application d'une surprime respectant le plafond de 100%, comme prévu par le droit à l'oubli. Cependant, des irrégularités demeurent présentes, comme des surprimes qui peuvent grimper à 300%, malgré un taux viral indétectable et l'entrée en vigueur du droit à l'oubli. Il semblerait que les refus soient plus rares.

L'assurance revenu garanti est le deuxième type d'assurance pour lequel Unia est le plus sollicité. Il s'agit également du produit présentant le plus d'irrégularités : refus purs et simples, malgré du droit à l'oubli et un taux viral indétectable. Ces refus peuvent devenir une surprime (plafonnée à 100%) si le preneur d'assurance dispose d'éléments (études scientifiques, données statistiques) permettant de s'opposer à l'assureur. Il est également possible que l'assureur applique une exclusion des ~~tous~~ ^{les} risques liés au VIH.

Le troisième type d'assurance avec lequel les PVVIH semblent rencontrer des difficultés est l'assurance hospitalisation. Bien qu'il ne soit pas possible de parler d'irrégularités au même titre que dans les autres cas, il convient ici de questionner la transparence des assureurs. Ces signalements oscillent entre, dans le pire scénario, un refus et, dans le meilleur des scénarii, des exclusions d'hospitalisations « *pour VIH* ». Toutefois, même si une exclusion peut paraître une alternative plus appropriée qu'un simple refus, nous constatons que, dans l'exécution, le champ d'application reste très large et diffus. Cela peut donc conduire à un refus d'intervention presque systématiquement. En effet, de nombreuses affections pourraient être reliées au VIH de manière injustifiée et les démarches administratives pour s'y opposer sont conséquentes.

³ Voit également : [La sérophobie en actes \(2017\) | Unia](#)

⁴ Cela est également confirmé par nos organisations partenaires, qui s'appuient sur leurs contacts avec les personnes vivant avec le VIH. La question des assurances est une source importante de stress. Ainsi, au cours de la même période, Sensoa a reçu 78 appels de personnes vivant avec le VIH qui posaient des questions sur l'accès aux assurances.

⁵ Voir également : [La sérophobie en actes \(2017\) | Unia](#)

⁶ [Mesures favorisant l'accès à l'assurance solde restant dû | SPF Economie](#)

Parmi les requérants ayant contacté Unia à ce sujet, certains ont exprimé se sentir floués, estimant avoir été piégés et indiquant qu'ils n'auraient pas souscrit à l'assurance s'ils avaient su que leur diagnostic de VIH serait presque systématiquement utilisé contre eux.

Unia reconnaît et salue la souplesse dont font preuve certains assureurs, en proposant des surprimes moins élevées que celles prévues par le Droit à l'oubli. En effet, si le Droit à l'oubli établit les limites à respecter, l'assureur peut y déroger lorsque possible et proposer une surprime moins importante. Il est toutefois important de signaler que cette pratique dépend de l'appréciation de l'assurance et manque, à ce titre, d'encadrement.

2.2 Sur la base du cadre légal

2.2.1 La Convention ONU relative aux droits des personnes en situation de handicap

Les législations antidiscrimination belges et européennes ne contiennent pas de définition de la notion de handicap. Cette notion s'est développée par le biais de la jurisprudence européenne et belge en suivant l'approche sociale⁷⁸ utilisée dans la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées. La condition à cet égard est toutefois que la limitation doit être probablement durable. Dans la jurisprudence, cette notion de « durable » est généralement interprétée comme étant égale à au moins un an. Si la limitation n'est pas durable, c'est le critère de l'état de santé qui s'applique⁹.

Les affections chroniques, entraînant une altération durable de l'état de santé et nécessitant un suivi médical à vie, sont analysées sous le prisme du critère du handicap par la jurisprudence¹⁰. Par ailleurs, et spécifiquement dans le cas des PVVIH, même en l'absence de symptômes liés au VIH, il y a lieu de les considérer comme des personnes en situation de handicap en raison des répercussions négatives du VIH sur leur participation pleine et égale à la société, en lien notamment avec les facteurs environnementaux

⁷ Cette approche analyse le handicap au regard de son impact sur la participation de la personne à la vie en société et de sa durabilité en accord avec la Convention ONU relative aux droits des personnes handicapées.

⁸ L'article 1 de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées prévoit que « *Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres* ».

⁹ Pour connaître la différence entre état de santé et handicap, voir le point 3.3 Législation antidiscrimination.

¹⁰ Depuis l'arrêt Chacon Navas vs Eurest Colectividas de la Cour de justice européenne (11/07/2006), une maladie entraînant une limitation des capacités sur une longue durée relève de la notion de handicap et l'éventualité d'aménagements raisonnables doit s'apprécier avant tout licenciement. Le refus d'aménagements raisonnables constitue donc une discrimination - eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:62005CJ0013.

(stigmatisation, discrimination)¹¹ et comportementaux (stigmatisation, discrimination). A ce titre, Unia analyse les signalements en lien avec le VIH sous l'angle du critère du handicap.

La vision sociale du handicap, soutenue par la législation antidiscrimination, la Constitution belge, via son article 22ter, et la Convention ONU relative aux droits des personnes handicapées, via notamment les articles 1, 4, 5 et 25, met l'accent sur l'élimination des barrières sociales. L'ONU reconnaît ainsi à toute personne en situation de handicap le droit d'évoluer sur un même pied d'égalité que les autres, dans les divers aspects de la vie en société.

Les principes directeurs de la Convention ONU incluent, entre autres, la garantie de l'égalité des chances pour les personnes en situation de handicap, leur jouissance égale des droits humains et leur accès complet et effectif à la société.

- Les États doivent prendre des mesures appropriées pour éliminer la discrimination fondée sur le handicap par des personnes, des organisations ou des entreprises privées (art. 4, paragraphe 1, e).
- La Convention protège également les personnes en situation de handicap contre la discrimination et leur garantit une protection juridique effective contre la discrimination quel que soit le motif sur un pied d'égalité (art. 5, paragraphe 2).
- L'article 25 explicite l'interdiction de discrimination en matière d'accès à certaines assurances. Cette disposition reconnaît que l'accès à ces assurances est une condition pour jouir du niveau de santé le plus élevé possible :

Les États Parties reconnaissent que les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. Ils prennent toutes les mesures appropriées pour leur assurer l'accès à des services de santé qui prennent en compte les sexospécificités, y compris des services de réadaptation. En particulier, les États Parties : (...)

e) Interdisent dans le secteur des assurances la discrimination à l'encontre des personnes handicapées, qui doivent pouvoir obtenir à des conditions équitables et raisonnables une assurance maladie et, dans les pays où elle est autorisée par le droit national, une assurance-vie ;

En outre, le Comité ONU des droits des personnes handicapées indique que les États parties doivent garantir que toutes les personnes en situation de handicap aient accès à ces assurances dans des conditions égales¹². Conformément au principe d'inclusion qui sous-tend la Convention, l'accès à ces assurances doit être

¹¹ Sensoa. (2020). *Nodenbevraging mensen met hiv* (pp. 43–66). Eindrapport ;

Scheerder, G., Van den Eynde, S., Reyntiens, P., Koeck, R., Deblonde, J., Ddungu, C., Florence, E., Joosten, C., Van Wijngaerden, E., & Dewaele, A. (2021). *Quality of life in people living with HIV: An exploratory cross-sectional survey in Belgium*. *AIDS Education and Prevention*, 33(3), 249–264.

¹² Voir par exemple la recommandation 50(a) des observations finales du Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies concernant Singapour (2022), [article 25 crpd 1.pdf](#)

interprété largement et englober non seulement la disponibilité des assurances maladie et vie pour les personnes en situation de handicap, mais aussi leur accessibilité et leur caractère abordable¹³.

Dans son Observation Générale sur l'égalité et la non-discrimination¹⁴, le Comité des droits des personnes handicapées lie l'article 5 avec l'article 12 relatif à l'exercice de la capacité juridique. Le Comité mentionne que « *L'alinéa e) de l'article 25 fait mention d'autres services qui ne sont généralement pas accessibles aux personnes handicapées, à savoir l'assurance-vie et l'assurance maladie (privée). Les États parties devraient adopter une approche dynamique et globale pour garantir l'égale jouissance des biens et services du secteur privé* ».

En ce sens, certains commentateurs de la Convention recommandent d'élargir l'article 25 e) à l'ensemble des pratiques assurantielles, publiques comme privées. Toute mise en œuvre de la réglementation nationale ou européenne gagnerait donc à s'aligner avec les termes de l'article 25 e) de la Convention ONU¹⁵.

2.2.2 La Constitution

Plusieurs dispositions constitutionnelles structurent le cadre juridique belge en matière de droits fondamentaux, d'égalité et d'inclusion. Elles constituent des références essentielles pour comprendre les obligations des pouvoirs publics et les garanties offertes aux citoyennes et citoyens.

Dans ce cadre, les articles 10 et 11, garantissent respectivement le principe d'égalité de tous les Belges devant la loi et la jouissance des droits et libertés accordés aux Belges sans discrimination.

Ensuite, l'article 22ter, consacre le droit à une inclusion complète dans la société pour les personnes en situation de handicap, y compris le droit à des aménagements raisonnables. Son deuxième alinéa stipule que « La loi, le décret ou la règle visée à l'article 134 garantissent la protection de ce droit impose des obligations positives à charge des pouvoirs publics. Le législateur doit mettre en œuvre progressivement le droit à l'inclusion des personnes en situation de handicap et se voit expressément rappeler les obligations découlant de la Convention ONU relative aux droits des personnes handicapées, notamment celle d'introduire des réformes structurelles visant la suppression des obstacles à leur participation sociale.

Enfin, l'article 23, qui protège le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé ainsi qu'à l'assistance sociale, médicale et juridique.

¹³ Yang, D. W. (2024). Disability discrimination in the provision of health insurance: Article 25(e) of the UN convention on the rights of persons with disabilities. *International Journal of Discrimination and the Law*, 24(1-2), 48-66. <https://doi.org/10.1177/13582291241237987> (Original work published 2024)

¹⁴ Voir l'Observation générale n° 6 du Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies, point 50, [Document Viewer](#).

¹⁵ I. Bantekas, M.A Stein et D. Anastaiou (eds), *The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, A commentary*, Oxford, Oxford University Press, 2018, p.732

2.2.3 La législation antidiscrimination

Afin de savoir s'il y a lieu de qualifier une situation de discriminatoire au sens de la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination, une analyse doit être faite en partant de domaines protégés (1), en énumérant des critères protégés (2), en définissant des comportements interdits (3) et en intégrant un système de justification (4).

(1) Tout d'abord, l'article 5, §1er, °1 de la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination prévoit que la précitée loi est d'application au domaine des biens et services. Du fait que le domaine des assurances fait partie du domaine des biens et services, la loi fédérale précitée s'y applique donc.

(2) Les critères protégés par la législation antidiscrimination sont énumérés dans l'article 4, 4° de la loi préalablement mentionnée. En l'espèce, le critère protégé invoqué est celui du handicap.

Il est pertinent de clarifier la différence entre le critère protégé de l'état de santé et du handicap lors qu'il est question du VIH.

Le critère protégé de l'état de santé fait référence au passé médical ou à l'état de santé antérieur, à l'état actuel de maladie (physique ou psychique) et à l'état de santé futur d'une personne. Cela concerne donc des affections qui ne sont pas de longue durée et/ou qui n'ont pas d'impact sur la participation à la vie en société de la personne. Pour sa part, le critère protégé du handicap présente un caractère durable, raison pour laquelle les maladies chroniques ou dégénératives, ainsi que certaines affections psychiques, seront juridiquement considérées comme un handicap. Le critère protégé du handicap ouvre également le droit aux aménagements raisonnables, c'est-à-dire des « *mesures appropriées, prises en fonction des besoins dans une situation concrète, pour permettre à une personne handicapée d'accéder, de participer et progresser dans les domaines pour lesquels cette loi est d'application, sauf si ces mesures imposent à l'égard de la personne qui doit les adopter une charge disproportionnée.* » (loi du 10 mai 2007, art. 4-12°).

La loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination protège les individus contre les discriminations, directes ou indirectes, fondées sur le handicap.

(3) En ce qui concerne les comportements interdits, les articles 4, 6° et 7° du même texte de loi définissent les distinctions directes et la discrimination directe. Il y a discrimination directe lorsqu'une personne ou un groupe de personnes est traité différemment en raison d'un critère protégé, traitement qui n'est pas justifié. En matière d'assurance, il s'agit notamment de questions de discrimination directe.

(4) Toute différence de traitement ne constitue pas une discrimination au sens de la législation, qui prévoit des possibilités de justification. En matière de biens et services, plusieurs régimes de justification existent. En matière de handicap, la distinction peut être justifiée soit si elle est prévue légalement (la « clause de

sauvegarde »¹⁶), soit si elle poursuit un but légitime, et que les moyens d'atteindre ce but sont appropriés et nécessaires (article 7 de la Loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination). La question qui se pose est de savoir s'il est possible de justifier de façon objective et raisonnable cette distinction de traitement, et si les mesures mises en place sont proportionnelles. Il s'agira de mettre en balance les objectifs poursuivis par la loi du 4 avril 2014, notamment l'obligation d'équilibre budgétaire auxquelles les compagnies d'assurance sont soumises, avec le respect des prescrits des législations anti-discrimination qui sont d'ordre public¹⁷, à la lumière des avancées médicales liées aux VIH.

La doctrine rappelle également que, lorsque la surprime d'assurance ou le refus d'assurance est fondé sur des critères qui mêlent état de santé et handicap, le contrôle des justifications invoquées par les assureurs doit être plus strict, compte tenu de la vulnérabilité renforcée du candidat à l'assurance et à l'importance du risque d'exclusion auquel il est exposé en raison du caractère intersectionnel de la différence de traitement opérée¹⁸.

2.2.4 La loi du 4 avril 2014 relative aux assurances

2.2.4.1 Dispositions générales

La loi du 4 avril 2014 relative aux assurances encadre la pratique des compagnies d'assurance dans le cadre de la conclusion de leur contrat avec les assurés. L'article 58 prévoit l'obligation de déclaration, de la part de l'assuré, de toutes les circonstances qu'il connaît et qui peuvent influencer l'évaluation du risque par l'assureur. L'article 61 encadre le partage d'informations médicales.

Le chapitre II encadre la segmentation¹⁹ par les assureurs. Pour les assurances maladie (hospitalisation) et les assurances vie individuelles, le législateur prévoit que « *toute segmentation opérée sur le plan de l'acceptation, de la tarification et/ou de l'étendue de la garantie doit être objectivement justifiée par un objectif légitime, et les moyens de réaliser cet objectif doivent être appropriés et nécessaires* ».

Tout contrat d'assurance hospitalisation ou solde restant dû qui opère une segmentation doit donc respecter les principes de la législation antidiscrimination, ainsi que, en l'absence de critère protégé, ceux de l'article 44. La suite du chapitre prévoit aussi des obligations de transparence concernant les critères de segmentation utilisés, et de motivation des décisions de refus.

¹⁶ Introduite par l'article 11 de la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination, la « clause de sauvegarde » constitue ce qu'on appelle une « exception légale » : les législations anti-discrimination, prévoient qu'une distinction de traitement sur base d'un critère protégé (comme le handicap ou l'état de santé) ne constitue pas une discrimination, lorsqu'elle est induite par une mesure prévue par ou en vertu d'une autre norme législative. Il ne peut donc pas être question de « discrimination » au sens de la législation antidiscrimination.

¹⁷ Cela signifie qu'elle poursuit des objectifs d'intérêt collectif et qu'un accord entre parties ne peut y déroger.

¹⁸ Pierre-Olivier De Broux et Valérie Nicaise, « Observations : Capita selecta d'un point de vue matériel: le droit d'accès à l'assurance », *Les grands arrêts en matière de handicap, sous la direction de Isabelle Hachez et Jogchum Vrielink*, Larcier, Bruxelles, 2020, p 300.

¹⁹ Méthode utilisée par les compagnies d'assurances pour classer les clients en différents groupes selon leur niveau de risque.

Aucun arrêté d'exécution ne semble étendre les obligations de cette section (transparence, motivation, segmentation justifiée de façon objective et raisonnables) aux assurances garantie de revenus et incapacité de travail.

2.2.4.2 Dispositions spécifiques

2.2.4.2.1 Le droit à l'oubli

Le droit à l'oubli détermine une série d'affections²⁰ qui, moyennant certaines conditions, ne peuvent être prises en compte, totalement ou partiellement, par l'assureur au moment de l'analyse de la demande. Le droit à l'oubli a été, ces dernières années, étendu à différents types d'assurances. Les articles 61/1 & suivants consacrent ce droit à l'oubli pour les assurances garantissant le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire ou professionnel, aux contrats d'assurance incapacité de travail et à l'assurance annulation de voyage. Pour l'assurance voyage, une pathologie stable au moment de la conclusion du contrat ne doit pas être d'office déclarée.

3 Le traitement des PVVIH dans le domaine des assurances

Le fonctionnement des assurances, tel que prévu par la loi de 2014 relative aux assurances, repose sur l'évaluation et l'anticipation des risques. Les compagnies d'assurance étant soumises à l'obligation légale de maintenir un équilibre financier, le principe de segmentation constitue un élément essentiel de la technique assurantielle. Assurer un trop grand nombre de personnes présentant un risque élevé viendrait donc compromettre cet équilibre. Pour ces raisons, les compagnies d'assurances ont souvent été en mesure de justifier certaines différences de traitement en lien directe avec certains critères protégés tels que le handicap, l'âge, le genre ou encore l'état de santé.

L'entrée en vigueur de la loi Partyka-Lallieux²¹, et subséquemment du Droit à l'oubli, a toutefois marqué un tournant. Ces outils ont facilité l'accès aux personnes présentant un risque de santé accru à certains produits d'assurance et a instauré des voies de recours.

Dans le cas du VIH, et avant l'arrivée du Droit à l'oubli, les assureurs ont pu imposer aux preneurs d'assurance des surprimes particulièrement élevées ou leur refuser la couverture. Le VIH est en effet considéré comme une maladie chronique pouvant être mortelle en l'absence de traitement et de suivi adéquat. Si le VIH figure parmi les maladies chroniques couvertes par le Droit à l'oubli, il demeure que les PVVIH n'ont qu'un pied dans la porte du marché assurantiel : admises en principe, leur accès effectif reste largement entravé.

3.1 Cas d'espèce : l'exemple du Droit à l'oubli & le VIH

Le VIH se trouve dans l'Annexe 2 de la grille de référence relative à certaines maladies chroniques pour lesquelles, suivant certaines conditions, soit il ne peut être imputée aucune surprime, ni prévu une

²⁰ Arrêté royal du 26 mai 2019 déterminant une grille de référence relative au droit à l'oubli en certaines assurances de personnes visée à l'article 61/3 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances

²¹ KCE - [HISTORIQUE DE LA LÉGISLATION SUR LE DROIT À L'OUBLI EN BELGIQUE](#)

exclusion ou un refus de conclure le contrat en raison de cette affection ; soit une surprime plafonnée peut être imputée en raison de cette affection.

Une longue liste de conditions d'accès pour le PVVIH est prévue, ainsi qu'un délai d'attente de 2 ans à compter après le diagnostic. L'issue est une surprime plafonnée à 100%. Le Droit à l'oubli exclut donc encore de nombreuses PVVIH.

Unia questionne la proportionnalité des conditions précitées, et ce n'est pas le premier organisme à le faire. En 2021, deux ans après l'introduction du Droit à l'oubli, Sensoa, en collaboration avec les centres de référence VIH d'Anvers et de Gand, a soumis au KCE une demande de révision des conditions relatives au VIH dans le tableau du droit à l'oubli²².

Sensoa a fait des recommandations clés dans ce cadre, comme un raccourci du délai d'attente de 2 ans après le diagnostic, proposant à la place 6 mois sur la base d'une immunité préservée en raison de la détection précoce et d'un début de traitement rapide.

En ce qui concerne le nombre de cellules CD4, Sensoa invite à la révision des critères qui y sont liés : d'une part, parce que la littérature internationale définit une concentration de CD4 d'au moins 350 cellules/mm³ comme la limite à partir de laquelle l'espérance de vie est pratiquement normale (contrairement au seuil de 500 prévu dans le tableau) ; et d'autre part, parce que le taux de CD4 est le marqueur essentiel dans l'évaluation de la santé des PVVIH, indépendamment du moment où le traitement a débuté.

Parallèlement, s'ajoute le fait que, qu'en raison de l'évolution constante des lignes directrices et de l'arrivée de nouveaux médicaments, les médecins procèdent, lorsque cela est possible, à une modification du traitement antirétroviral afin de passer vers des traitements plus récents. Ces deux éléments sont particulièrement importants pour les PVVIH ayant commencé leur traitement antirétroviral avant janvier 2005, qui peuvent désormais être en bonne santé et présenter plus de 350 cellules CD4/mm³. Les PVVIH ayant commencé leur traitement avant janvier 2005 doivent donc pouvoir bénéficier également de cet accès aux assurances.

De plus, il a été rappelé que les PVVIH sont soumis à des contrôles médicaux semestriels. Cela se traduit par le dépistage précoce et rapide de l'infection à VHC, ainsi que d'autres facteurs de risque cardiovasculaires, comme la pression artérielle ou le taux de cholestérol et la détection de cancers. Ces contrôles sont organisés par les autorités publiques, qui prennent également en charge le devoir d'information auprès des PVVIH, contrairement à la population séronégative, pour qui des contrôles semestriels ne sont pas organisés. Enfin, il est également noté que le tabagisme doit être considéré comme un facteur de risque indépendant, au même titre que pour la population séronégative.

À tous ces éléments s'ajoute le rapport 2025 de Sciensano, sur l'épidémiologie du VIH en Belgique (situation au 31 décembre 2024), qui démontre que les PVVIH qui parviennent à une suppression virale durable présentent une espérance de vie comparable à celle du reste de la population. En effet, « *En 2022, le ratio de mortalité standardisé²³ chez les PVVIH était de 1.12 (CI 95 % [0,94 – 1,35]), ne montrant pas de différence*

²² Pour plus d'informations sur l'analyse et les recommandations de Sensoa, voir annexe 1

²³ Selon Sciensano, il correspond « *au rapport entre la mortalité toutes causes confondues chez les personnes vivant avec le VIH et celle observée dans la population générale après standardisation pour l'âge et le sexe* ».

statistiquement significative de mortalité par rapport à la population générale »²⁴. Par ailleurs, ce rapport mentionne également que les cancers (non classant sida) « sont devenus la cause de décès la plus fréquente chez les personnes vivant avec le VIH [...]. En 2022, les décès attribuables aux cancers représentaient près d'un quart de l'ensemble des décès »²⁵.

Au surplus, le susmentionné rapport signale l'augmentation du vieillissement des PVVIH en suivi médical, dont le 52 % étaient âgées de 50 ans et plus en 2024²⁶, comme un élément clé à prendre en considération dans l'analyse de l'espérance de vie de cette population. Cette amélioration de l'espérance de vie peut être expliquée, d'une part par l'introduction des thérapies antirétrovirales²⁷ et d'autre part par la qualité du continuum de soins en Belgique : en 2024, 89 % des personnes suivies médicalement recevaient un traitement antirétroviral, dont 88 % avaient une charge virale supprimée²⁸. De plus, « Parmi les personnes avec le VIH suivies dans les centres de référence VIH, 98 % recevaient un traitement antirétroviral avec un taux de succès virologique très élevé : 97 % des personnes sous traitement antirétroviral depuis au moins 6 mois avaient une charge virale contrôlée (<200 copies/ml) »²⁹.

L'ensemble de ces éléments permettent de soutenir un pronostic favorable et une espérance de vie normalisée pour les PVVIH. Cette conclusion est en outre étayée par plusieurs études internationales faisant autorité³⁰.

3.2 Contribution externe – Expériences cliniques du centre de référence VIH d'Anvers : impact des restrictions en matière d'assurance

Du point de vue des PVVIH, l'accès limité aux assurances a un impact qui dépasse largement le risque strictement médical. L'impossibilité de souscrire à des produits d'assurance essentiels, tels qu'une assurance solde restant dû ou une assurance revenu garanti, peut restreindre de manière significative l'accès au logement, à l'emploi et à la sécurité financière. Cela entraîne des inégalités structurelles dans les trajectoires de vie.

En outre, cette exclusion peut, en soi, avoir un effet négatif sur la santé mentale et le bien-être des PVVIH, notamment en raison d'un stress accru, d'un sentiment d'insécurité et de stigmatisation. Ces effets sont indépendants du pronostic médical du VIH, mais peuvent néanmoins contribuer à des issues de santé moins favorables. En ce sens, une politique d'assurance restrictive peut produire un effet paradoxal, dans lequel

²⁴ Sciensano, Epidémiologie du VIH en Belgique, situation au 31 décembre 2024, rapport 2025, page 45.

²⁵ Idem, page 46

²⁶ Idem, page 39.

²⁷ Ibid.

²⁸ Idem, pages 47-48

²⁹ Idem, page 2

³⁰ Notamment: [Life expectancy after 2015 of adults with HIV on long-term antiretroviral therapy in Europe and North America: a collaborative analysis of cohort studies - ScienceDirect](#) et [All-cause mortality in treated HIV-infected adults with CD4 ≥500/mm3 compared with the general population: evidence from a large European observational cohort collaboration† | International Journal of Epidemiology | Oxford Academic](#)

ce n'est pas la pathologie elle-même, mais la réponse sociétale et institutionnelle qui y est apportée, qui engendre une charge supplémentaire pour la santé.

Cette portée plus large doit également être prise en compte sur le plan juridique. L'article 23 de la Constitution garantit notamment le droit à une vie conforme à la dignité humaine, incluant le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'épanouissement social. Par ailleurs, la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées souligne l'importance d'une participation pleine et effective à la société et d'un accès égal aux services, y compris aux assurances.

Dans cette perspective, l'évaluation de la proportionnalité d'une différence de traitement ne doit pas uniquement tenir compte des risques actuariels ou médicaux, mais également des conséquences de l'exclusion sur l'accès réel aux droits fondamentaux et à la participation sociale.

4 Conclusion

Outre l'interdiction de discrimination prévue par la législation antidiscrimination, la Convention ONU relative aux droits des personnes handicapées (article 25, e), en lien avec les articles 1 et 5, §2, impose à notre pays de garantir que les personnes en situation de handicap aient un accès égal aux assurances maladie et vie, et que leur soit assurée une jouissance égale des biens et services dans le secteur privé. En ce sens, toute disposition légale ou clause d'assurance contraire aux dispositions précitées pourraient être déclarée nulle, à moins que celle-ci ne soit justifiée de façon objective et raisonnable. **Or, à la lumière des avancées médicales et des analyses statistiques, il n'est plus possible de continuer à estimer la différence de traitement opérée dans le domaine des assurances, à l'égard des PVVIH, comme étant proportionnée.**

Unia estime dès lors que les conditions d'accès doivent être urgemment modifiées :

- Interdire toute surprime, exclusion ou refus lié au VIH lorsque la personne présente un taux de $CD4 \geq 500$ cellule/mm³, et une charge virale indétectable depuis au moins six mois, ces situations ne permettant plus de justifier médicalement une majoration ou une limitation de couverture.
- Interdire toute exclusion ou refus lié au VIH lorsque la personne présente un taux de $CD4 \geq 350 < 500$ cellule/mm³, et une charge virale indétectable depuis au moins six mois, avec une surprime max de 30%.
- Interdire toute, exclusion ou refus liée au VIH lorsque la personne présente un taux de $CD4 < 350$ cellule/mm³, et une charge virale indétectable depuis au moins un an, avec une surprime max de 100%.

Les recommandations générales suivantes sont également importantes pour lutter contre une possible discrimination dans le domaine des assurances :

- Éviter une approche exclusivement médicale dans l'évaluation des risques en matière d'assurances.
- Garantir le respect des obligations de transparence, de motivation et de segmentation objectivement et raisonnablement justifiée d'application dans le domaine des assurances.
- Étendre les obligations de transparence, motivation, segmentation justifiée de façon objective et raisonnable aux assurances revenu garanti

- Rendre obligatoire et systématique la transmission, avec toute proposition de surprime ou refus lié au handicap, des éléments (références statistiques, études et autre) ayant servi de base à la prise de décision, accompagnés d'une lettre explicative.
- Assurer que les preneurs d'assurance soient informés des voies de recours, notamment le Bureau du suivi de la tarification.
- Garantir que les produits d'assurance soient proposés de manière accessible, tant pour l'accès physique que pour l'information et la communication des conditions de la police, des procédures de demandes et du service client (langage clair, police de caractère lisible, accessibilité numérique...).
- Délimiter clairement les exclusions dans le cadre des assurances hospitalisations.

5 Contacts Unia

Moré Nieto Peña (FR) – Service Protection Unia - more.nietopena@unia.be

Rik Reusen (NL) - Dienst Beleid & Monitoring – rik.reusen@unia.be

**Centre interfédéral pour l'égalité des chances
et la lutte contre le racisme et les discriminations**

Place Victor Horta 40 • 1060 Saint-Gilles
T+32(0)2 212 30 00

www.unia.be   