



Inspection générale
des affaires sociales

Mission relative à la convention
« S'assurer et emprunter avec un risque aggravé
de santé »(AERAS) et au « droit à l'oubli »

RAPPORT

Établi par

Laurence ESLOUS

Isabelle YENI

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Juin 2015 -

2014-154R

SYNTHESE

- [1] La ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes a demandé au chef de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), par lettre en date du 13 novembre 2014, de diligenter une mission sur la convention « S'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé » (AERAS), qui vise à améliorer l'accessibilité des emprunteurs à l'assurance. Laurence Eslous et Isabelle Yeni, membres de l'IGAS, ont été désignées pour effectuer ces travaux.
- [2] La mission, qui a commencé ses travaux en janvier 2015, avait un double objectif : appuyer le président de la commission de suivi et de proposition et le président de la commission de médiation de la convention AERAS, lui-même chargé de présider les travaux du groupe de travail sur le « droit à l'oubli » conformément à l'objectif fixé dans le plan Cancer 2014-2019, et établir un rapport consacré plus largement aux évolutions conventionnelles souhaitables.
- [3] Le rapport dresse tout d'abord un **bilan de la convention AERAS**, réalisé à l'aune de l'intégration du progrès médical et des garanties et facilités d'accès au crédit et à l'assurance pour le plus grand nombre. Si elle a été source de progrès par l'adoption de règles ambitieuses pour la protection des emprunteurs et par des avancées statistiquement constatées en matière d'accès à des garanties décès aux conditions standard, le rapport identifie également des voies de progrès.
- [4] Le rapport précise ensuite le contenu de **la notion de « droit à l'oubli »** et la replace dans le contexte de la convention AERAS. Si la notion renvoie au droit dit au « déréférencement » dans les moteurs de recherche, elle est également employée pour qualifier le droit à l'effacement des condamnations pénales, ce qui est peu pertinent en matière de santé. La mission propose quant à elle deux acceptions dans le cadre de l'assurance emprunteur : une acception stricte qui ouvre sur le droit de ne pas déclarer la maladie, et une acception large au titre de laquelle la déclaration de la pathologie est sans conséquence sur la tarification et les garanties octroyées à l'assuré. Dans le cadre de la convention AERAS, ces deux significations trouvent d'ores et déjà à s'appliquer, d'une part chaque fois que la possibilité de discriminer en fonction de l'état de santé est écartée, comme c'est le cas, sous conditions, pour les prêts à la consommation affectés (première acception), d'autre part (deuxième acception) quand, dans leur pratique ou dans leurs manuels de tarifications, les professionnels de l'assurance ne tirent aucune conséquence des informations dont ils disposent.
- [5] Au titre des **besoins restant prioritairement à couvrir**, la mission inscrit cinq thèmes : le processus de déclaration du risque, l'instruction des demandes, l'intégration du progrès médical dans la tarification, l'information des emprunteurs, et enfin l'effectivité de la convention AERAS.

- [6] En ce qui concerne le processus de déclaration du risque et en s'appuyant sur la synthèse des constats effectués par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et transmis sur sa demande à la mission, cette dernière insiste sur la mise en œuvre aléatoire des règles de confidentialité voulues par les signataires de la convention dans le processus d'instruction des demandes, notamment lorsque le recueil des données de santé de l'assuré est effectué au sein de l'établissement de crédit. Par ailleurs, et bien que soit intervenu un accord traduit dans une circulaire professionnelle sur une harmonisation de certaines questions auxquelles les candidats à l'emprunt doivent répondre, les formulaires de déclaration du risque collectés par la mission restent éloignés de la concision et de la clarté, et comportent des questions trop imprécises, nombreuses, et étendues, à l'excès, dans le temps. En outre, certains questionnaires font le lien avec des propositions d'assurance antérieures. Enfin, les conditions générales contractuelles peuvent dans certaines de leurs clauses venir balayer la précision de la déclaration en écartant des risques couverts « *les événements consécutifs à une maladie ou à un accident dont la première constatation médicale est antérieure à l'entrée dans l'assurance et qui n'aurait pas été déclaré lors de l'adhésion alors que l'assuré en avait connaissance* ».
- [7] Pour ce qui est de l'instruction des demandes, la mission relève des limites à la fluidité de cheminement des dossiers organisée par la convention AERAS. Celle-ci prévoit au bénéfice des emprunteurs trois niveaux d'examen des demandes d'assurance. Si le risque ne peut être garanti dans les conditions standard, le demandeur bénéficie, automatiquement, d'un « examen individualisé » appelé deuxième niveau. En cas de refus à ce niveau, le dossier est transmis à un troisième niveau constitué par le « pool des risques très aggravés », niveau auquel le risque est examiné par un réassureur professionnel. Toutefois, le passage de niveau en niveau ne se fait réellement que pour la garantie décès et dans ce cadre, sous certaines conditions. En effet, construite initialement pour le risque décès, la convention ne prévoit pas un examen au deuxième niveau en cas de refus de la seule garantie incapacité de travail-invalidité. Dans ce cas, la garantie invalidité spécifique à la convention n'est même pas étudiée. De même, le passage au troisième niveau est organisé sous conditions, notamment d'âge, puisque la fin du prêt doit être atteinte à au plus 70 ans. Enfin, le mécanisme de solidarité prenant en charge les surprimes à partir d'un seuil de 1,4 point de TEG est réservé aux deuxième et troisième niveaux, alors même que des surprimes sont appliquées dès le premier niveau.
- [8] L'intégration du progrès médical dans la tarification, quant à elle, fait l'objet dans la convention de plusieurs groupes de travail, une commission études et recherches mais également un observatoire des risques et une groupe de travail dédié aux situations consolidées /stabilisées. La mission relève que l'observatoire des risques et le groupe de travail n'ont produit aucun travail. En outre, des retards préjudiciables dans les marchés des études décidées par la commission des études et des recherches font que les conclusions de ces études se font attendre. Au total, l'intégration dans la tarification des contrats des avancées thérapeutiques est laissée à la bonne volonté de chaque entreprise sans effort d'homogénéisation entre elles.
- [9] Au titre de l'information des emprunteurs, et malgré la refonte du site internet de la convention, l'information des consommateurs sur la convention AERAS reste limitée notamment parce qu'elle est identifiée comme s'adressant spécifiquement aux « risques aggravés », alors même que son champ concerne tout emprunteur, qui potentiellement peut être un risque aggravé, et notamment pour le recueil des données. Par ailleurs, l'information sur le mécanisme de solidarité conduisant à prendre en charge par les professionnels de la banque et de l'assurance une partie des surprimes reste méconnu. Enfin, la convention AERAS ne prévoit rien en matière d'information sur les prix tandis que ce sujet fait l'objet de nombreux courriers de réclamation adressés à la commission de médiation de la convention.
- [10] Enfin, le rapport note que le suivi de la convention est diversement assuré par les instances prévues par la convention et que le contrôle de l'effectivité de la convention confié pour partie aux fédérations professionnelles est insuffisant d'autant que les missions de l'ACPR à leur égard sont différentes.

- [11] **Les propositions** de la mission portent sur l'intégration des progrès médicaux dans la tarification, la facilitation de l'accès à l'emprunt et à l'assurance, ainsi que l'adaptation des contrats et l'information des assurés, particulièrement sur les tarifs. Ces thématiques, pour être effectives, sont à accompagner d'un suivi de la convention et du contrôle de sa mise en œuvre.
- [12] Pour **intégrer les avancées thérapeutiques** de façon homogène dans l'ensemble des pratiques assurantielles, la mission recommande que la commission de suivi fasse vivre une liste de pathologies, cancéreuses et autres, notamment chroniques, qui servira de programme de travail. Le travail engagé sur cette base doit déboucher sur une grille de référence détaillant, pour chaque pathologie, garantie par garantie et selon les différents stades pathologiques ou traitements, les délais qui à partir de la fin des protocoles de soins autoriseraient leur non déclaration. En-deçà des délais ainsi définis, la grille de référence définirait dans les mêmes conditions les pathologies auxquelles devrait s'appliquer le tarif normal ou donnerait des fourchettes de surprimes.
- [13] En méthode, pour aboutir à des résultats concrets et régulièrement mis à jour, il est proposé, comme la mission l'a testé, de recourir à un dialogue organisé au sein d'un binôme d'experts composé d'un médecin-conseil d'un réassureur et d'un clinicien universitaire spécialiste de la pathologie étudiée. Les conclusions adoptées consensuellement par chaque binôme seraient transmises à un observatoire des risques composé de manière paritaire sur le même mode et dont les travaux pourraient être éclairés par des représentants d'instituts de recherche. Sur la base de cet avis, il reviendrait à la commission de suivi de statuer sur l'évolution de la grille de référence.
- [14] Le rapport propose également différentes mesures pour **faciliter l'accès à l'emprunt et à l'assurance**. Elles consistent en premier lieu à prévoir d'appliquer dès le premier niveau le périmètre du mécanisme de solidarité qui, sous condition de ressources, met à la charge des assureurs et des banquiers une partie des surprimes et d'abaisser le seuil d'intervention du mécanisme qui aujourd'hui est élevé.
- [15] Il est également proposé d'envisager séparément l'assurance et le crédit, notamment en ouvrant la possibilité au troisième niveau de la convention de réduire la durée d'assurance par rapport à la durée initiale du prêt ce qui peut permettre de rendre le risque assurable. Au troisième et dernier niveau de la convention, il est proposé que l'affectation des dossiers soit faite en tenant compte de l'appétence au risque de chaque réassureur, de façon à ce que les emprunteurs puissent bénéficier, en fonction de leur pathologie, de l'expertise la plus pointue au sein du pool.
- [16] Certaines conditions d'âge fixées dans la convention devraient être relevées pour tenir compte des gains d'espérance de vie et la possibilité d'offrir la garantie invalidité spécifique dès le premier niveau devrait être étudiée.
- [17] Qu'il s'agisse d'assurer l'effectivité des accords conventionnels antérieurs ou de celle du droit à l'oubli issu du protocole signé le 24 mars 2015, **les formulaires de recueil de déclaration du risque et les conditions générales des contrats sont à adapter et homogénéiser**. Le rapport propose quelques principes généraux de rédaction des questionnaires de santé qui dans un esprit de clarté et de concision nécessaire pour permettre une relative sécurité juridique devraient conduire à limiter la taille des questionnaires, limiter dans le temps - et au plus à 15 ans - les questions formulées au passé, renoncer à des questions formulées au futur et à celles ne portant pas directement sur la personne à assurer. En outre, toutes les questions se rattachant à des propositions d'assurance antérieures sont à proscrire en ce qu'elles ne permettent pas d'apprécier l'état de santé actuel du demandeur.

- [18] Les conditions particulières des contrats sont à articuler sans ambiguïté avec les conditions générales des contrats. Au vu des clauses existant actuellement qui prévoient d'écarter des risques couverts les événements faisant suite à des maladies antérieures à l'entrée dans l'assurance, déclarées ou non déclarées, il est proposé que le principe devienne celui d'une prise en charge des états pathologiques antérieurs sur le modèle de l'article 3 de la loi dite loi Evin du 31 décembre 1989 applicable aux contrats de prévoyance. Ne pourraient être ainsi exclus des garanties que les événements faisant suite à des pathologies expressément exclues dans les conditions particulières (*id est* individuelles) des contrats.
- [19] La mission recommande également, en lien avec la notion de « tarif normal » figurant dans le protocole du 24 mars 2015, que **l'information des consommateurs sur les prix** soit plus transparente, à défaut de comparateur public des tarifs. Concrètement, chaque assuré obtiendrait communication dans sa proposition d'assurance de la distinction entre le tarif de base et l'éventuelle surprime qui lui est appliquée. Au niveau du marché, chaque assureur serait invité à indiquer sur son site internet ses fourchettes de surprimes comme il le fait déjà auprès des fédérations professionnelles. Pour être interprétables, ces fourchettes seraient complétées d'indications sur les tarifs de base auxquels elles s'appliquent. Il reviendrait alors au site de la convention de diriger les internautes vers les sites internet de chacun des assureurs intervenant en assurance d'emprunteurs. Enfin, l'information sur l'existence du mécanisme d'écèlement serait systématique dès lors que la proposition d'assurance comporte une surprime. Elle renverrait en ces cas au site internet de la convention où l'assuré pourrait simuler l'éventuel impact du mécanisme à son cas particulier. Il existe déjà une première version d'un tel outil, sous forme de fichier excel que l'ACPR a transmis à la mission et qui devrait être mis rapidement en ligne.
- [20] Pour les instances de la convention, la mission recommande de substituer à la commission des études et recherches un observatoire des risques dont la mission serait d'animer les travaux débouchant concrètement sur la grille de référence à établir par pathologie et soumise pour décision à la commission de suivi. Elle préconise également de conforter les moyens de la commission de médiation pour préserver son indépendance, par la signature d'une charte entre le président de la commission de suivi et l'ACPR. Cette charte porterait sur l'ensemble des relations avec l'ACPR, et pourrait ainsi inclure le programme de contrôle de l'ACPR sur la convention AERAS. De façon générale, et pour que l'ACPR puisse effectuer des contrôles équivalents pour tous les professionnels de la banque et de l'assurance, il est nécessaire que **la loi insère la convention AERAS dans le code monétaire et financier.**

Sommaire

SYNTHESE.....	3
RAPPORT.....	9
1 L'EVOLUTION DU DROIT A L'OUBLI.....	10
1.1 Le cadre dans lequel s'inscrit le droit à l'oubli.....	10
1.1.1 La convention AERAS et les progrès qu'elle a permis	10
1.1.2 Le droit à l'oubli et ses enjeux.....	18
1.2 Les besoins restant à couvrir.....	22
1.2.1 Le processus de déclaration du risque	23
1.2.2 Les niveaux d'instruction des demandes et les garanties associées.....	28
1.2.3 L'intégration du progrès médical dans la tarification	29
1.2.4 L'information sur la convention AERAS	29
1.2.5 Le suivi et les contrôles.....	31
2 LES PROPOSITIONS.....	31
2.1 Les principes de l'assurance privée ne seraient pas contredits par une plus grande protection des personnes en risque aggravé de santé	32
2.1.1 Enregistrer le plus vite possible le progrès médical afin que les possibilités de discrimination pour raison de santé s'appuient sur des critères objectifs	32
2.1.2 S'il n'existe pas de droit absolu à l'emprunt et à l'assurance, l'accès aux deux doit être facilité.....	36
2.1.3 Les principes de liberté et de concurrence doivent intégrer la nécessité d'une homogénéisation des clauses générales des contrats et des questionnaires de santé ainsi que celle d'une information claire et sans ambiguïté, y compris sur les tarifs	38
2.2 Ces avancées doivent être garanties par le suivi de la convention et par le contrôle de sa mise en œuvre.....	42
2.2.1 La dynamique conventionnelle conduit à revoir l'organisation des instances de la convention	42
2.2.2 Le contrôle de la mise en œuvre de la convention doit être déterminé et équivalent pour tous les acteurs et inscrit dans la loi	43
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	47
LETTRE DE MISSION.....	49
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	51
ANNEXE : LE PROTOCOLE SIGNE LE 24 MARS 2015 ET SA TRADUCTION EN AVENANT A LA CONVENTION AERAS.....	55
SIGLES UTILISES.....	59

RAPPORT

- [21] La convention « S'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé » (AERAS) a pour objet d'améliorer l'accès à l'emprunt des personnes présentant un risque aggravé de santé. Issue à l'origine des actions menées en ce sens par les représentants des personnes séropositives, cette convention s'est étendue à toutes les pathologies et a reçu une consécration législative.
- [22] Selon l'article L. 1141-2 du code de la santé publique, *"cette convention nationale est conclue entre l'Etat, les organisations professionnelles représentant les établissements de crédit, les sociétés de financement, les entreprises d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance ainsi que des organisations nationales représentant les malades et les usagers du système de santé agréées en vertu de l'article L. 1114-1 ou représentant les personnes handicapées. Cette convention a pour objet :*
- *de faciliter l'assurance des prêts demandés par les personnes présentant un risque aggravé en raison de leur état de santé ou d'un handicap ;*
 - *d'assurer la prise en compte complète par les établissements de crédit ou les sociétés de financement des garanties alternatives à l'assurance ;*
 - *de définir des modalités particulières d'information des demandeurs, d'instruction de leur dossier et de médiation.*
 - *Toute personne présentant, du fait de son état de santé ou de son handicap, un risque aggravé bénéficie de plein droit de cette convention."*
- [23] Parallèlement, une mesure du 3^{ème} plan cancer 2014-2019 prévoit, au sein de son neuvième objectif intitulé « diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle », d'améliorer l'accès aux assurances et au crédit. Une des actions du plan (n° 9.13) vise à instaurer un « droit à l'oubli » défini comme « *un délai au-delà duquel les demandeurs d'assurance ayant eu un antécédent de cancer n'auront plus à le déclarer* » dans le cadre de la convention AERAS. Selon ce plan, « *à défaut de règlement dans un cadre conventionnel avant la fin de l'année 2015, la mise en œuvre de ces dispositions sera organisée par voie législative* ».
- [24] La mission, composée d'Isabelle YENI et Laurence ESLOUS, avait pour objet d'appuyer le président de la commission de médiation, chargé de présider le groupe de travail sur l'intégration du droit à l'oubli issu du plan Cancer. Plus largement, et en appui au président de la commission de suivi et de propositions, elle devait étudier les évolutions conventionnelles souhaitables, en s'appuyant sur un état des lieux des données disponibles en terme de mortalité et de morbidité et sur l'analyse des questionnaires de santé et des pratiques assurantielles en matière tarifaire.
- [25] La mission a procédé par entretiens auprès des différents acteurs de la convention : outre l'Institut national du cancer (INCA) à l'origine du plan Cancer, elle a rencontré les partenaires institutionnels, les professionnels parties à la convention que sont les établissements de crédit, les assureurs et leurs réassureurs, ainsi que les représentants des patients ou des consommateurs.
- [26] Elle a également procédé à deux études spécifiques : une analyse des réclamations reçues par la commission de médiation en 2014, afin d'en tirer les difficultés rencontrées par les emprunteurs, et un test d'une méthode consistant en des dialogues entre cliniciens et médecins-conseils des réassureurs, pour apprécier ce que pourrait être les modalités régulières d'intégration des progrès médicaux dans la tarification des assureurs.
- [27] Après une première partie consacrée à la convention AERAS et au droit à l'oubli, le présent rapport liste les propositions de la mission pouvant donner un nouvel élan à la convention AERAS.

1 L'EVOLUTION DU DROIT A L'OUBLI

1.1 Le cadre dans lequel s'inscrit le droit à l'oubli

1.1.1 La convention AERAS et les progrès qu'elle a permis

1.1.1.1 Juridiquement : un corpus de règles à l'ambition protectrice

➤ Les conventions

[28] La convention s'inscrit dans le cadre concurrentiel de l'assurance emprunteur dont l'historique est repris dans l'encadré ci-dessous.

Historique de la concurrence en matière d'assurance emprunteur

Extrait de l'avis de l'autorité de la concurrence n° 09-A-49 du 7 octobre 2009 relatif aux conditions de concurrence dans le secteur de l'assurance emprunteur pour le crédit immobilier

« Au début des années soixante-dix, les établissements bancaires ont commencé à constituer des filiales d'assurance et à distribuer des produits d'assurance. Ils concluaient avec les compagnies d'assurance ou avec leurs filiales d'assurance des accords commerciaux aux termes desquels ils distribuaient leurs produits par l'intermédiaire de leurs guichets, moyennant le versement des commissions. Ces commissions ont constitué un revenu supplémentaire pour les banques. Le développement de la « bancassurance » correspondait aussi à la demande de la clientèle en matière d'offres globales ainsi que l'a relevé le Conseil de la concurrence dans son avis n° 98-A-03 précité. Les contrats de groupe représentaient la quasi-totalité du marché jusqu'en 2000.

Avec un marché de l'immobilier porté par des taux d'intérêt historiquement bas, la concurrence s'est accrue entre 2001 et 2006. Le développement des délégations d'assurance mettant directement en relation l'assureur et l'emprunteur, la pression de certains acteurs (April, Macif, Cardif, AGI, Generali...) et l'apparition des courtiers en ligne (meilleurstaux.com, CAPFI, empruntis...) ont permis une diversification de l'offre d'assurance. Ces nouveaux entrants ont notamment exploité les limites des contrats de groupe traditionnels que sont d'une part, la tarification uniforme quel que soit le profil de l'emprunteur et d'autre part, le calcul des tarifs en fonction de l'âge moyen d'une catégorie, avantageant ainsi les plus âgés. Les assureurs individuels ont introduit la segmentation des tarifs, doublée d'une personnalisation plus marquée des risques. Ils ont également développé des procédures plus rapides et plus souples en utilisant des sites Internet, pour s'imposer dans le délai d'élaboration de l'offre de prêt. Les contrats d'assurance hors contrats de groupe des banques ont ainsi pu capter jusqu'à 20 % du marché.

Les établissements de crédit et les filiales d'assurances qui leur sont liées par des contrats de groupe ont réagi au cours de l'année 2006 en développant notamment une segmentation des tarifs par classe d'âge et/ou en fonction de la durée du prêt. Certains groupes bancaires ont eux-mêmes proposé des contrats individuels pour des emprunts sollicités auprès d'autres établissements (BNP Paribas et sa filiale Cardif). Ensuite, le rachat des principaux courtiers en ligne par des groupes bancaires, l'augmentation des conditions tarifaires en cas de délégation d'assurance ¹ pour renchérir le coût de l'assurance « externe » et le développement des refus purs et simples de délégations ont modifié, à nouveau, le marché au bénéfice des contrats groupe. Sur la base des cotisations d'assurance versées en 2008, la part de l'assurance « externe » ne s'élève plus en effet qu'à 14,2 % pour les prêts immobiliers.

L'offre d'assurance emprunteur a été dominée jusqu'en 2004 par la CNP et AXA qui représentaient plus de 50 % du marché et étaient titulaires de nombreux contrats de groupe auprès de différents établissements bancaires. Ensuite, d'autres assureurs ou des courtiers d'assurance ont développé ou poursuivi cette activité (Generali, AIG, AGF, GAN, April, notamment), soit au travers de contrats de groupe, soit au travers de contrats individuels. Les assureurs appartenant à des groupes bancaires ont significativement développé leur présence, en particulier au détriment de la plupart des intervenants précités (Prédica – Crédit agricole, Crédit mutuel – Suravenir, BNP Paribas – Cardif, Société générale – Sogecap). Certains, comme Cardif, fournissent l'assurance de groupe, mais sont aussi un acteur important de l'assurance externe. Parmi les mutuelles, plusieurs d'entre elles sont entrées récemment sur le marché de l'assurance emprunteur : MACIF, MAIF, COVEA, GMF, MAAF et MMA. De même, des mutuelles professionnelles proposent aussi à leurs membres une assurance emprunteur. »

- [29] Le texte conventionnel visait dès l'origine en 1991 à permettre l'assurabilité des personnes présentant un risque de santé aggravé². Initié pour les patients séropositifs, il a été étendu à l'ensemble des pathologies et a connu l'évolution décrite ci-dessous³.
- [30] Une première convention conclue en septembre 1991 entre les pouvoirs publics et les professionnels de l'assurance a aménagé l'assurance décès des prêts immobiliers pour les personnes séropositives, notamment au regard des données médicales et de leur utilisation. L'efficacité de cette première convention avait été sévèrement jugée par les associations de malades.
- [31] Une deuxième convention, dite convention Belorgey, a ainsi été négociée en 2001 et signée le 18 septembre 2001 entre les pouvoirs publics et tous les professionnels, y compris ceux du secteur bancaire qui ne participaient pas à la convention de 1991, les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou handicapées. Cette convention a permis d'élargir son champ à toutes les pathologies, d'instaurer le principe d'une analyse à trois niveaux, si nécessaire, de toute demande d'assurance.

¹ La délégation d'assurance consiste en la possibilité pour le candidat à l'emprunt de souscrire l'assurance de son choix en dehors même du contrat proposé par la banque prêteuse.

² Le risque aggravé de santé est défini par de nombreux acteurs comme un risque statistiquement supérieur à celui d'une population de référence de voir se produire l'évènement garanti pour une personne déterminée.

³ Les développements ci-dessous sont pour partie issus du site AERAS

Le dispositif d'examen des demandes d'assurance de la convention AERAS

Pour les prêts professionnels et immobiliers, la convention AERAS prévoit trois niveaux d'examen des demandes d'assurance pour améliorer « l'assurabilité »:

- le premier niveau correspond au contrat standard d'assurance ;
- en cas de refus dans le cadre du contrat standard, le dossier doit être examiné individuellement dans un dispositif d'assurance dit « de deuxième niveau » ;
- enfin, en cas de refus au deuxième niveau, les assureurs ont mis en place un « pool des risques très aggravés ».

[32] Elle s'est également traduite par l'instauration d'instances conventionnelles (commission de suivi et de propositions, section scientifique et section de médiation).

[33] Une nouvelle convention, dénommée AERAS, "s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé" a été signée le 6 juillet 2006 et est entrée en vigueur le 7 janvier 2007. Elle a étendu la couverture des risques décès liés aux emprunts à la garantie invalidité tout en augmentant les montants plafonds des garanties. Elle prévoit un dispositif d'écrêtement des surprimes d'assurance, sous condition de ressources, pour diminuer le surcoût de l'assurance pour les emprunteurs les plus modestes. Les dispositions concernant la protection des données personnelles sont renforcées. Des garanties supplémentaires sont offertes aux emprunteurs dans la cadre de la procédure de souscription telles que la durée de validité de la proposition de quatre mois et la motivation des refus d'assurance. Enfin, une commission de médiation paritaire est mise en place pour traiter les réclamations sur le fonctionnement de la convention. Celle-ci a fait l'objet d'une nouvelle négociation : le texte a été signé le 1er février 2011 et est entré en vigueur le 1er mars 2011. Valable pour trois ans, il a été prorogé pour tenir compte des délais de négociation de nouvelles avancées.

[34] Les principales dispositions de ce texte conventionnel concernent aujourd'hui :

- l'information des candidats à l'emprunt en risque aggravé de santé qu'il s'attache à faciliter avec la mise en place d'un site internet et de référents dans les réseaux bancaires ;
- les garanties visées qui sont non seulement l'assurance décès mais également l'assurance invalidité ; une garantie spécifique invalidité (GIS) permet de couvrir des cas d'incapacité au taux de 70% par référence au barème d'invalidité annexé au code des pensions civiles et militaires sans exclusion de la pathologie déclarée par l'assuré ; lorsque cette garantie n'est pas offerte par l'assureur, est proposée la couverture du risque de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) ;
- un mécanisme de solidarité sous condition de ressources permettant d'écrêter et de faire prendre en charge par les assureurs et les banquiers, une partie des surprimes ;

Le dispositif d'écrêtement des surprimes

Ce dispositif bénéficie aux emprunteurs depuis la convention AERAS de 2007, selon les revenus du foyer fiscal. Le plafond de revenus est défini en fonction du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) qui évolue chaque année.

Tableau 1 : conditions d'éligibilité au dispositif d'écrêtement selon les revenus du foyer

Nombre de parts du foyer fiscal	Bénéfice du mécanisme si revenus inférieurs ou égaux à (plafond au 01/01/2015)
1	1 fois le PASS, soit 38 040 euros
1,5 à 2,5	1,25 fois le PASS, soit 47 550 euros
3 et plus	1,5 fois le PASS 57 060 euros

Source : mission

Si le foyer remplit les conditions de revenus ci-dessus, la prime d'assurance ne peut représenter plus de 1,4 point dans le taux effectif global de l'emprunt. Les surprimes médicales sont ainsi écrêtées. Lors de la révision de la convention en 2011, et outre une condition de revenus assouplie pour les foyers avec 1,5 ou 2 parts, deux améliorations ont été apportées : le niveau d'écrêtement a été abaissé de 1,5 point de TEG à 1,4 point ; pour les prêts à taux zéro souscrits par des emprunteurs de moins de 35 ans, les surprimes médicales sont entièrement prises en charge.

De plus, les emprunteurs concernés sont ceux qui souhaitent souscrire un prêt immobilier (lié à l'acquisition de leur résidence principale) ou un prêt professionnel, dont l'encours de prêt assuré est inférieur à 320 000 euros (sans prise en compte d'éventuels prêts relais) et dont l'âge n'excède pas 70 ans à la fin du prêt.

Le coût de ce dispositif de solidarité est pris en charge par les professionnels, pour moitié par les assureurs, et pour moitié par les banques.

- les délégations d'assurance⁴, dispositif conventionnel repris par la loi dite Lagarde et étendu à l'ensemble des emprunteurs (cf encadré infra) ;
- les garanties alternatives à l'assurance que le banquier pourrait accepter et dont la convention Belorgey avait posé le principe ;
- des précisions sur l'instruction des demandes (avant la signature du compromis de vente, après avoir été vues si nécessaire par trois niveaux différents), et la motivation des refus d'assurance ;
- le fonctionnement des instances propres à la convention (commission de suivi et de propositions et commission de médiation ainsi qu'une commission des études et recherches placée auprès de la commission de suivi), chacune des instances devant produire un rapport d'activité.

[35] Est de plus annexé à la convention un code de bonne conduite concernant la collecte et l'utilisation de données relatives à l'état de santé en vue de la souscription ou l'exécution d'un contrat d'assurance.

[36] En tout état de cause, les assureurs restent libres de ne pas assurer le risque.

⁴ L'établissement de crédit s'engage à ne pas imposer son contrat groupe dès lors que les alternatives à l'assurance de groupe offrent des garanties dont la valeur et la mise en jeu offrent la même sécurité.

➤ l'appui de la loi

- [37] La loi n° 2007-131 du 31 janvier 2007 relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé est venue apporter une consécration législative au dispositif conventionnel.
- [38] Par ailleurs, la loi Lagarde de 2010 n° 2010-737 du 1er juillet 2010 a inscrit dans le droit commun le dispositif conventionnel sur la délégation d'assurance, qui avait peu évolué dans le cadre conventionnel. La loi Hamon n° 2014-344 du 17 mars 2014 étend cette possibilité de délégation et un accord passé au sein du comité consultatif du secteur financier (CCSF) intervenu en janvier 2015 en a précisé les modalités pratiques.

La loi Lagarde, la loi Hamon et l'accord au sein du CCSF

Loi Lagarde

loi n° 2010-737 du 1er juillet 2010 portant réforme du crédit à la consommation dite loi Lagarde

La loi "Lagarde" permet à l'emprunteur de choisir librement son assurance emprunteur, en s'adressant à l'assureur de son choix à condition que l'assurance de son choix présente des garanties équivalentes à celles proposées par l'assurance de la banque. Il lui est ainsi possible de refuser de souscrire son assurance auprès d'assureurs partenaires de l'établissement qui consent le prêt ou d'assureurs appartenant au même groupe bancaire. Il est en outre interdit au prêteur de modifier l'offre de prêt en fonction du contrat d'assurance choisi.

La loi Hamon

Loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation (article 54)

Depuis le 26 juillet 2014, les emprunteurs peuvent, dans le cadre d'un crédit immobilier, changer d'assurance sans frais lors de la première année de l'offre de prêt. Cette disposition fait suite à l'article 54 de la loi relative à la consommation (dite loi Hamon).

L'emprunteur dispose désormais de la possibilité de résilier son contrat d'assurance au plus tard 15 jours avant le terme de la première année de l'offre de prêt (le nouveau contrat d'assurance doit présenter un niveau de garanties équivalent).

Il est, toutefois, nécessaire d'obtenir l'accord du prêteur, ce dernier disposant d'un délai de 10 jours ouvrés pour notifier à l'emprunteur sa décision d'acceptation ou de refus. En cas de refus de la part du prêteur, le contrat n'est donc pas résilié.

Enfin, de façon plus générale, la loi Hamon rend désormais possible de rechercher une nouvelle assurance du prêt pendant la première année dès lors qu'elle présente des garanties équivalentes pour le prêteur, et les frais de délégation (qui dans le cadre d'Aeras devaient faire l'objet d'une information de la commission de suivi) sont désormais interdits.

L'accord "de place" du CCSF du 13 janvier 2015

Pour permettre la mise en œuvre de ces dispositions, le comité consultatif du secteur financier (CCSF) a conclu, pour une mise en œuvre à partir du 1^{er} mai 2015 au plus tard le 1^{er} octobre 2015 un accord de place définissant une liste limitative de garanties minimales exigibles par les banques en cas de demande d'assurance alternative lors de la souscription d'un prêt ou dans le cadre d'une résiliation d'assurance emprunteur dans l'année qui suit la signature du prêt. Au sein de cette liste globale, chaque banque pourra choisir et rendra publics 11 critères au plus pour les garanties obligatoires et, le cas échéant, 4 critères supplémentaires au plus pour la garantie perte d'emploi. Toute banque devra remettre au candidat au crédit une fiche précisant les critères exigés par elle. Cette remise devra se faire suffisamment tôt, en amont de l'émission de l'offre de prêt, pour permettre au candidat à l'emprunt d'exercer sa liberté de choix en matière d'assurance emprunteur.

- [39] Suite à l'adoption de la loi Lagarde, on peut noter une légère hausse de la part des cotisations acceptées en délégation en 2011 par rapport à 2008 mais on observe ensuite une décroissance et le niveau de 2013 est celui de 2010.

Tableau 2 : Part des cotisations d'assurance de prêts immobiliers en délégation d'assurance

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
14,9%	14,7%	14,9%	15,2%	15,8%	15,5%	15,2%

Source : Données FFSA-GEMA, Convention AERAS : statistiques 2013, octobre 2014

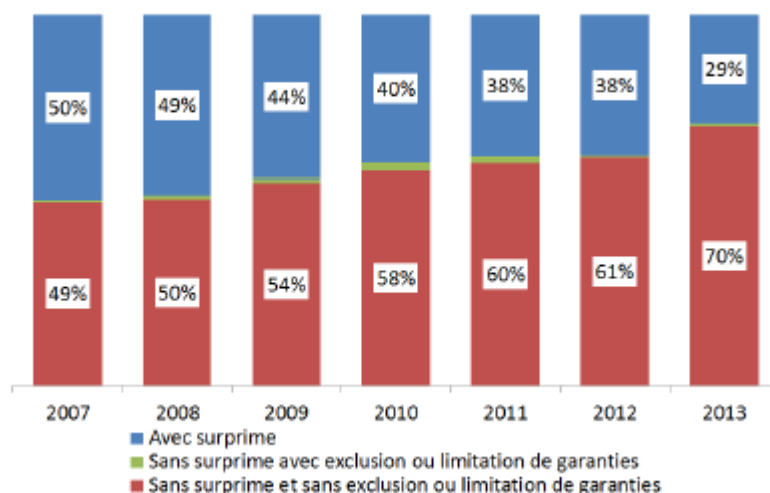
1.1.1.2 Statistiquement, des avancées pour la garantie décès tandis que le dispositif d'écrêtement ne répond pas aux ambitions initiales

- [40] Dans le cadre conventionnel, la fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) et le groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA) publient annuellement, au mois d'octobre n+1 pour l'année n, des statistiques très détaillées. Pour le troisième niveau de la convention, le bureau commun des assurances collectives (BCAC), émanation de la FFSA présente à la commission de suivi du mois de mars les données pour l'année précédente du pool des risques très aggravés dont il a en charge la gestion. Les chiffres qui suivent sont tirés de ces sources.
- [41] Le champ des personnes concernées est celui de tous les emprunteurs puisque, bien que la convention et son nom soient associés aux « risques aggravés », les engagements pris visent également à protéger la confidentialité des données lors de toute souscription de contrat d'assurance liée à un emprunt.
- [42] En 2013, c'est ainsi 3,2 millions de demandes d'assurance qui ont été instruites. Ce chiffre est nettement plus élevé que le nombre de prêts conclus notamment car chaque personne partie à l'emprunt fait une demande d'assurance (1,8 demandes par prêt selon les indications fournies à la mission). Par ailleurs, un même demandeur peut formuler des demandes auprès de plusieurs assureurs.
- [43] A l'autre extrême du champ couvert par la convention, les risques les plus aggravés, mesurés par le nombre de demandes parvenues au troisième niveau, sont d'environ 9 000 chaque année.

- la part des assurances délivrées au tarif normal sans exclusion

[44] Parmi les propositions d'assurance faites aux personnes n'entrant pas dans les conditions standard des contrats, la part de celles qui sont sans surprime ni limitation de garanties a crû depuis 2007, passant de 49% à 70% pour la garantie décès. Comme parallèlement les refus de garanties sont stables depuis plusieurs années à 3%, cette évolution est majeure aux yeux de la mission.

Schéma 1 : Décision de l'assureur ayant proposé une garantie décès à une demande d'assurance présentant un risque aggravé



Source : FFSA-GEMA, Convention AERAS : statistiques 2013, octobre 2014

[45] S'agissant du niveau des surprimes pour les 29% de garanties décès proposées avec surprimes, les statistiques de l'année 2013 font apparaître une augmentation de la part des surprimes les plus faibles (inférieures à 50%) par rapport à 2012, leur part passant de 35% à 43%. Cette évolution pourrait traduire, si elle se confirme, un déplacement des contrats vers des niveaux de surprime moindres.

[46] Pour les garanties incapacité-invalidité, les statistiques publiées incluent la garantie invalidité spécifique (GIS), qu'il faut traiter à part si l'on souhaite mesurer l'évolution pour les garanties incapacité-invalidité standard des contrats et s'assurer qu'il n'y a pas d'effet de substitution entre les garanties standard et la garantie invalidité spécifique à la convention depuis 2011.

Tableau 3 : Evolution du nombre de garanties invalidité spécifiques octroyées

	2011	2012	2013
Nombre de GIS	40 000	130 000	142 000

Source : Statistiques FFSA-GEMA

[47] En faisant l'hypothèse que la GIS est une garantie sans surprime, on peut isoler les garanties incapacité-invalidité standard des contrats qui se répartiraient comme suit :

Tableau 4 : Répartition des propositions d'assurance pour les risques aggravés en matière de garanties incapacité invalidité hors garantie invalidité spécifique (GIS)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Avec surprime	4%	4%	3%	6%	6%	11%	11%
Sans surprime avec exclusion ou limitation de garanties	50%	51%	50%	50%	51%	46%	45%
Sans surprime et sans exclusion ou limitation de garanties	17%	21%	23%	21%	19%	25%	26%
Refus médical	29%	24%	23%	23%	24%	18%	18%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : Mission à partir des statistiques communiquées par la FFSA

➤ a contrario, l'écrêtement est loin d'avoir répondu aux ambitions initiales

[48] Lors de sa mise en place, un coût, très largement sur-évalué, de l'ordre d'un milliard d'euros avait été évoqué, selon des témoignages recueillis par la mission. Vu à fin 2013, le montant cumulé de primes prises en charge depuis la mise en place de ce mécanisme de solidarité s'élève à 6,8 millions d'euros.

[49] Le nombre annuel de nouveaux bénéficiaires a crû entre 2007 et 2012 mais il reste limité puisqu'il est d'environ 2 000 personnes, et ce malgré les extensions du dispositif convenues en 2011. De plus, il est évalué à 1 910 en 2013, soit un chiffre en recul de 7% par rapport à 2012. Rapporté au nombre de propositions d'assurance avec surprimes (soit 118 886 en 2013), le nombre de bénéficiaires de l'écrêtement ne représente qu'une part de 1,6%.

[50] En outre, le mécanisme est explicitement réservé par la convention aux dossiers des deuxième et troisième niveaux.

[51] Enfin, pour les assurés concernés par l'écrêtement, le taux d'assurance moyen annuel était de 1,42% du capital initial. Après écrêtement, il s'établit à 0,83%, soit un niveau de prime très élevé⁵.

⁵ A partir de l'enquête publiée par l'UFC que choisir en juillet 2014, un cadre de 45 ans peut obtenir une assurance avec un taux de base annuel compris entre 0,2% et 0,4% du capital emprunté.

Tableau 5 : Nombre de bénéficiaires et montant pris en charge par le dispositif de mutualisation

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de nouveaux bénéficiaires	553	817	980	1233	1350	2062	1910
Nombre cumulé⁶ de bénéficiaires	553	1345	2320	3474	4672	6939	8400
Montant pris en charge	147k€	334k€	610k€	856k€	1 257k€	1 746k€	1 882k€
Montant cumulé							6 832k€

Source : Données FFSA-GEMA, Convention AERAS : statistiques 2013, octobre 2014

1.1.2 Le droit à l'oubli et ses enjeux

1.1.2.1 Les différentes notions de droit à l'oubli

[52] Actuellement, la notion de « droit à l'oubli » existe dans deux domaines, en matière numérique, avec le droit dit au "déréférencement" dans les moteurs de recherche, consacré par un arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne de mai 2014, et en matière pénale (droit à l'effacement des peines).

➤ En matière numérique

[53] Comme le note la commission nationale informatique et libertés (CNIL)⁷, « jusqu'à l'informatisation d'une société, l'oubli était une contrainte de la mémoire humaine. Avec l'informatisation, l'oubli relève désormais du seul choix social ».

[54] En matière de déréférencement informatique, et sur la base d'une directive européenne⁸ de 1995, la Cour de justice de l'Union européenne observe à cet égard que "même un traitement initialement licite de données exactes peut devenir, avec le temps, incompatible avec cette directive lorsque, eu égard à l'ensemble des circonstances caractérisant le cas d'espèce, ces données apparaissent inadéquates, pas ou plus pertinentes ou excessives au regard des finalités pour lesquelles elles ont été traitées et du temps qui s'est écoulé"⁹.

➤ En matière pénale

[55] Un droit à l'oubli existe en matière pénale. Il porte sur l'effacement des condamnations. Il est relié à l'amnistie ou à la réhabilitation.

⁶ Le nombre cumulé n'est pas la somme des nouveaux bénéficiaires car ces statistiques tiennent compte des personnes qui sont sorties du dispositif par exemple en raison du rachat de leur prêt.

⁷ Rapport d'activité 2013.

⁸ Directive 95/46/CE du Parlement européen et du Conseil, du 24 octobre 1995, relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données

⁹ Cour de justice de l'Union européenne, communiqué de presse n° 70/14 Luxembourg, du 13 mai 2014 Arrêt dans l'affaire C-131/12 Google Spain SL, Google Inc. / Agencia Española de Protección de Datos, Mario Costeja González

[56] Il figure dans le cas de l'amnistie à l'article L. 133-11 du code pénal et emporte les conséquences décrites ci-dessous :

➤ *"Il est interdit à toute personne qui, dans l'exercice de ses fonctions, a connaissance de condamnations pénales, de sanctions disciplinaires ou professionnelles ou d'interdictions, déchéances et incapacités effacées par l'amnistie, d'en rappeler l'existence sous quelque forme que ce soit ou d'en laisser subsister la mention dans un document quelconque. Toutefois, les minutes des jugements, arrêts et décisions échappent à cette interdiction. En outre, l'amnistie ne met pas obstacle à l'exécution de la publication ordonnée à titre de réparation."*

[57] En ce qui concerne la réhabilitation définie à l'article L. 133-16 du code pénal et qui produit les mêmes effets que l'amnistie, l'article L. 133-16-1 indique que :

[58] *"Si la personne a été condamnée par une juridiction pénale d'un Etat membre de l'Union européenne à une des peines suivantes, la réhabilitation n'est susceptible de produire ses effets sur les condamnations françaises antérieures qu'à l'issue des délais ci-après déterminés :*

1° Lorsque la peine prononcée est une sanction pécuniaire, qu'à partir de l'effacement de cette condamnation ou de l'écoulement d'un délai de trois ans à compter de son prononcé ;

2° Lorsque la peine prononcée est une peine d'emprisonnement d'une durée supérieure à un an, qu'à partir de l'effacement de cette condamnation ou de l'écoulement d'un délai de dix ans à compter de son prononcé ;

3° Lorsque la peine prononcée est une peine d'emprisonnement d'une durée supérieure à dix ans, qu'à partir de l'effacement de cette condamnation ou de l'écoulement d'un délai de quarante ans à compter de son prononcé ;

4° Lorsque la personne a été condamnée à une peine autre que celles définies aux 1° à 3°, qu'à partir de l'effacement de cette condamnation ou de l'écoulement d'un délai de cinq ans à compter de son prononcé."

[59] En ce qui concerne les mineurs délinquants, le législateur, estimant que les « erreurs de jeunesse » ne devaient pas entraver leur devenir, a élaboré un régime spécial qui a permis de les protéger plus particulièrement. Ce régime a été remanié plusieurs fois : jusqu'aux réformes de 2002 et 2004, ce régime prévoyait notamment l'effacement automatique de certaines condamnations dans le casier judiciaire, lorsque le mineur atteignait l'âge de la majorité, ainsi que des dispenses d'enregistrement des condamnations des mineurs. Depuis les lois dites lois Perben, le nouveau casier judiciaire des mineurs se distingue du précédent par le fait que les dispenses d'enregistrement des condamnations au casier diminuent et l'effacement automatique de celles-ci disparaît.

1.1.2.2 Le droit à l'oubli dans le plan cancer 2014-2019

[60] Le plan cancer 2014-2019 affirme *"la nécessité de préserver la continuité et la qualité de vie. Il s'attache à limiter les conséquences sociales et économiques de la maladie, à faciliter la prise en compte du cancer dans le monde du travail, la poursuite de la scolarité et des études, et autorise un « droit à l'oubli » dans l'accès à l'emprunt"*.

[61] Il souhaite "étudier entre les différentes parties à la convention AERAS, les conditions permettant, dans l'année 2015, l'instauration d'un « droit à l'oubli », c'est-à-dire un délai au-delà duquel les demandeurs d'assurance ayant eu un antécédent de cancer n'auront plus à le déclarer. Ceci concerne en priorité les cancers pédiatriques et avant la fin de l'année 2015 les autres cancers. L'INCa proposera les cancers auxquels la convention devra appliquer cette mesure, sur la base des délais de récives, des probabilités de survie avec ou sans incapacité et de guérison. À défaut de règlement dans un cadre conventionnel avant la fin de l'année 2015, la mise en œuvre de ces dispositions sera organisée par voie législative".

1.1.2.3 Les enjeux du droit à l'oubli dans le champ de la convention AERAS

➤ L'assurance bénéficie de la possibilité d'utiliser des données relatives à l'état de santé, ce qui constitue une exception au droit commun

[62] La discrimination en fonction de l'état de santé est pénalement répréhensible. En effet, la discrimination définie comme une distinction opérée entre les personnes physiques, notamment à raison de l'état de santé, du handicap ou de l'âge est pénalement répréhensible (article 225-1 du code pénal, partie législative), lorsqu'elle consiste notamment à refuser la fourniture d'un bien ou d'un service ou à la subordonner à une condition fondée sur l'un des éléments visés à l'article 225-1.

[63] Toutefois, les assureurs bénéficient d'une exception à cette sanction en raison des caractéristiques de leur activité.

[64] Aux termes de l'article 225-3 du code pénal issu de la loi, les dispositions décrites aux paragraphes précédents ne s'appliquent pas :

[65] "1° Aux discriminations fondées sur l'état de santé, lorsqu'elles consistent en des opérations ayant pour objet la prévention et la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité (...)".

[66] La reconnaissance de cette exception se retrouve dans la convention AERAS au 1) du titre II : "la demande légitime par l'assureur des informations nécessaires à l'acceptation du risque et, lorsque le risque se réalise, au règlement de la prestation garantie, doit être conciliée avec la confidentialité qui s'impose s'agissant d'informations qui touchent à la vie privée et à la santé des personnes".

[67] Toutefois, comme une exception à l'exception, ces discriminations sont pénalement punies¹⁰ lorsqu'elles se fondent :

- sur la prise en compte de tests génétiques prédictifs ayant pour objet une maladie qui n'est pas encore déclarée ou une prédisposition génétique à une maladie ;
- sur la prise en compte des conséquences sur l'état de santé d'un prélèvement d'organe.
 - Dans ce cadre, le droit à l'oubli recouvre des sens différents qui tous peuvent servir de fondement à l'évolution conventionnelle.

[68] A la suite des différentes discussions que la mission a eues avec ses interlocuteurs, cette dernière a préconisé que le droit à l'oubli recouvre deux acceptions complémentaires mais aux implications très différentes :

- une acception stricto sensu qui renvoie à l'effacement des données relatives à la pathologie d'un candidat à l'emprunt ou à la non déclaration des données correspondantes ;

¹⁰ Toujours selon l'article 225-3 du code pénal précité.

- une acception largo sensu au titre de laquelle la déclaration de la pathologie ou la possession par ailleurs de données par l'assureur est sans conséquence sur la tarification et les garanties octroyées à l'assuré traité dès lors comme un risque normal.

[69] La première conception du droit à l'oubli (stricto sensu) présente une plus grande sécurité juridique dans les limites que tout droit doit admettre ; la seconde (largo sensu) est tout de même plus prometteuse et mérite d'être approfondie dans la mesure où elle ferait l'objet d'un consensus loyal.

- Le droit à l'oubli stricto sensu existe déjà dans le champ de la convention AERAS pour les prêts dédiés à la consommation

[70] Pour la seule assurance décès, les professionnels sont tombés d'accord pour ne pas faire remplir de questionnaire de santé lorsque ces prêts sont d'un montant maximal de 17 000 euros, que leur durée de remboursement est inférieure ou égale à 4 ans et que le candidat à l'assurance a 50 ans au plus.

[71] Il convient en outre de noter qu'un travail mené dans le cadre de la convention sur l'harmonisation des questions peut être rattaché à la reconnaissance d'un droit à l'oubli grâce à la formulation de questions portant sur une période limitée dans le temps (circulaire de la FFSA du 9 mai 2012).

- Le droit à l'oubli largo sensu existe déjà également dans la pratique des réassureurs.

[72] Il résulte de l'application des manuels de tarification des assureurs et réassureurs que certains ont bien voulu communiquer à la mission. Celle-ci a pu constater notamment à l'examen de certains dossiers parvenus jusqu'au pôle de risques très aggravés que certains d'entre eux pouvaient parvenir à ce stade et bénéficier de tarifs standards. Environ 10% à 12% des dossiers pour lesquels le pool a fait une proposition de tarif pour le risque décès l'ont été au tarif normal.

[73] Les statistiques de la FFSA et du GEMA (réunis au sein de l'association française de l'assurance -AFA) montrent qu'aux différents niveaux les dossiers semblant initialement présenter un risque aggravé de santé, car n'entrant pas dans les conditions standard du contrat, obtiennent finalement une assurance sans surprime et sans exclusion ou limitation de garanties : ainsi par exemple pour la garantie décès, sur les 401 658 demandes d'assurance, présentant un risque aggravé de santé, 280 048 propositions sont sans surprime et sans exclusion ou limitation de garanties, soit près de 70% (69,7%). Pour les garanties incapacité-invalidité, la proportion est moindre.

Tableau 6 : Répartition par garantie de la décision de l'assureur par rapport à une demande d'assurance de prêts présentant un risque aggravé de santé ayant fait l'objet d'une proposition d'assurance

	Type de garantie		
	Décès	PTIA	Incapacité-invalidité
Avec surprime sans exclusion ou limitation de garanties	117 491	0	17 026
Avec surprime et exclusion ou limitation de garanties	1 395	0	7 363
Sans surprime avec exclusion ou limitation de garanties	2 725	44 223	98 258
Sans surprime et sans exclusion ou limitation de garanties	280 048	334 178	197 350
Refus médical	0	17 935	38 752
Total	401 658	396 335	358 750

Source : FFSA-GEMA, Convention AERAS : statistiques 2013, octobre 2014

- [74] Cette tarification implicite s'explique par le souci des assureurs et réassureurs de préserver leur secret commercial.

1.2 Les besoins restant à couvrir

- [75] Outre les entretiens menés, les documents demandés et les témoignages directement recueillis, la mission a étudié un échantillon de réclamations reçues par la commission de médiation. La méthode de cette enquête a été présentée au groupe de travail sur le droit à l'oubli et ses lignes principales figurent dans l'encadré ci-dessus.

Analyse des réclamations reçues par la commission de médiation : note de méthode

La commission de médiation prévue par la convention AERAS « est chargée d'examiner les réclamations individuelles qui lui sont adressées par les candidats à l'emprunt » concernant tous les champs de la convention. « Elle prend toutes dispositions de nature à favoriser un règlement amiable et diligent des dossiers dont elle est saisie, notamment par des recommandations transmises aux parties concernées. »

Elle est composée de quatre membres titulaires, à parité entre professionnels et associations.

A partir des dossiers reçus par le secrétariat de la commission de médiation et anonymisés du point de vue de tous les acteurs concernés, la mission propose de répertorier par thèmes les difficultés rencontrées par les candidats à l'emprunt afin d'en tirer les enseignements utiles à l'évolution de la convention.

Pour ce faire, elle exploitera les statistiques sur les réclamations pour mesurer l'importance des différents thèmes et constituera sur certains thèmes un échantillon de dossiers, qu'elle examinera dossier par dossier.

L'échantillon constitué par la mission avec l'aide de la commission de médiation ne tient pas compte du caractère recevable ou non du dossier examiné. Il ne tient pas compte non plus de l'importance numérique des thèmes.

Les thèmes retenus sont ceux relatifs :

- à toutes les formes de contestation concernant les limitations de garantie, les exclusions et les surprimes,

- aux demandes de garantie invalidité par l'assuré et par la banque,
- aux refus de prise en charge lors du sinistre,
- à la mutualisation des surprimes et l'écrêtement,
- aux refus de garanties alternatives,
- et aux refus de niveaux 1, 2 et 3.

L'examen attentif de chaque dossier de l'échantillon pourra permettre de préciser les difficultés concrètes rencontrées sur les différents thèmes retenus.

L'analyse effectuée n'a pas vocation à établir des statistiques générales à partir de l'échantillon examiné.

1.2.1 Le processus de déclaration du risque

1.2.1.1 Les modalités de recueil des informations : la confidentialité

[76] L'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), sollicitée par la mission, lui a transmis la synthèse de ses constats qui par ailleurs fait l'objet d'une publication dans le n° 22 de sa revue (revue de l'ACPR) en mars-avril 2015. S'agissant de la confidentialité, elle estime que *"l'information des clients quant à leurs droits issus de la convention AERAS, en ce qui concerne notamment la confidentialité des questionnaires de santé doit être renforcée (droit de ne pas remplir le questionnaire en agence par exemple)"*.

[77] Ces constats généraux rejoignent les témoignages recueillis par la mission. Ainsi, des interlocuteurs de la mission lui ont signalé avoir grâce au système informatique de la banque rempli le questionnaire de santé directement à l'écran avec "l'aide" du conseiller bancaire et avoir été invité par la suite à accepter explicitement par écrit le remplissage du questionnaire en agence. Le système informatique ne fait pas obstacle à ces différentes opérations et à leur séquençement. Cette pratique est contraire à la convention AERAS puisqu'il y est dit au titre II (traitement des données personnelles nécessaires à la souscription et à l'exécution des contrats) que *"les établissements de crédits veillent à ce que le candidat à l'assurance, lorsqu'il est présent dans les locaux de l'agence bancaire, prenne seul connaissance des dispositions et questions figurant dans le questionnaire de santé(...). A sa demande le client peut être assisté par son interlocuteur pour remplir le questionnaire. En ce cas, avant de l'assister, le conseiller bancaire lui rappelle les règles de confidentialité définies dans le code de bonne conduite annexé à la présente convention"*.

[78] Par ailleurs, l'ACPR note encore que *"lorsque le prêteur est impliqué dans le traitement des demandes d'assurance, il est essentiel que la confidentialité des données de santé de ces demandes soit parfaitement assurée au sein de l'établissement."* Ce cas de figure peut être fréquent dans la mesure où il vise tous les cas où il n'y a pas délégation d'assurance soit près de 85% du chiffre d'affaires assurance lié à des prêts immobiliers.

1.2.1.2 Les informations demandées

- les éléments demandés à l'emprunteur :
 - La mission a procédé à l'examen de questionnaires qu'elle a pu collecter ou recueillir dans le cadre de dossiers de réclamations anonymisés. On en trouvera des illustrations précises dans l'encadré ci-dessous. La mission n'a pu évaluer le poids

respectif de ces clauses dans l'ensemble des questionnaires.¹¹ De manière synthétique, ce recueil d'éléments contractuels a montré :

- ✓ des questions imprécises ;
- ✓ des questions trop nombreuses, éloignées de la concision et de la clarté pourtant mises en avant par le code de bonne conduite annexé à la convention¹² ;
- ✓ des périodes ciblées par les questions très étendues voire étendues à la totalité de l'existence ;
- ✓ des questions contradictoires avec le droit à l'oubli car portant sur d'éventuels refus antérieurs d'assurance ;
- ✓ des contradictions entre questionnaires et conditions générales qui annule la sécurité juridique que le questionnaire est censé apporter à l'emprunteur.

➤ Au regard de ces remarques, le travail¹³ effectué sur les questionnaires dans le cadre de la convention AERAS, est de portée très limitée puisque :

- ✓ il ne porte que sur la formulation de certaines questions ;
- ✓ il ne porte que sur les questionnaires de premier niveau ;
- ✓ la circulaire de la FFSA qui est venue conclure ces travaux en date du 9 mai 2012 n'est toujours pas complètement appliquée : en effet, la mise en œuvre de cette circulaire devait s'effectuer au fur et à mesure de la réimpression des questionnaires de santé. La FFSA a indiqué lors de la réunion du groupe de travail sur le droit à l'oubli du 26 janvier 2015, soit deux ans et demi après la circulaire, que " *la très grande majorité des questionnaires standards de nos adhérents est conforme à la circulaire et ces derniers indiquent qu'à fin 2015 l'intégralité des questionnaires le sera*". Le GEMA a suivi la même procédure.

[79] En tout état de cause, cette circulaire propose, dans les limites évoquées ci-dessus, de retenir les formulations suivantes :

- concernant la question relative aux affections de longue durée (ALD), la formulation retenue est :
- " *Etes- vous ou avez-vous été pris en charge à 100% au cours des 15 dernières années pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ?* "
- concernant la question relative aux arrêts de travail ainsi qu'à la prescription d'un traitement médical, les formulations sont les suivantes : " *avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années sur prescription médicale pour raison de santé ; vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ?* "

[80] Les formulations plus avantageuses pour les assurés sont maintenues.

¹¹ Dans le même temps que la mission, l'ACPR a conduit une analyse de 97 questionnaires qui permet de réaliser une telle pondération.

¹² Selon ce code de bonne conduite, « les questionnaires répondent à un souci de clarté et de concision pour pouvoir être compris par les assurés, tout en étant suffisamment détaillés pour permettre une appréciation correcte du risque par l'assureur ».

¹³ il était prévu dans le titre II de la convention AERAS " *qu'un travail d'harmonisation de la formulation des questions ayant le même objet pour les questionnaires de santé de 1er niveau et pour les questionnaires détaillés par pathologie est conduit par les assureurs, en concertation avec les associations. Ce travail est présenté à la Commission de suivi et de propositions, pour avis, avant sa diffusion.* »

**Constats de la mission sur les pièces contractuelles
(conditions particulières et générales, questionnaires de santé)**

Des questions contraires aux engagements pris par les signataires de la convention figurent dans les questionnaires de santé : il en est ainsi de la question sur les tests de sérologie : la convention prévoit explicitement et obligatoirement que ne sont portés à la connaissance de l'assureur que les tests de sérologie dont les résultats se sont avérés positifs. Une formulation telle que "*vous a-t-on fait au cours des cinq dernières années un test de sérologie du VIH ou du VHC*"? est contraire à la convention qui stipule : "*dans l'hypothèse d'une question portant sur des tests de dépistage, elle ne porte que sur les sérologies virales, notamment sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficiência humaine et sous la forme suivante :*

Avez-vous ou non subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficiência humaine, dont le résultat a été positif ? A quelle date ?"

La circulaire de la FFSA de mai 2012 (cf 1.1.2.3) qui avait formalisé une harmonisation des questionnaires sur certains thèmes n'est pas bien respectée. Certes, cette circulaire devait entrer en application au fur et à mesure de l'épuisement des stocks de questionnaires : la mission a retrouvé des questionnaires réimprimés en 2013 sans que la formulation des questions ait été modifiée.

Ainsi, en 2014, des questionnaires comportent des questions sans limitation de durée. "*Etes vous ou avez-vous été exonéré du ticket modérateur pour raison de santé (prise en charge à 100%) ?*". Alors que la circulaire recommandait de limiter dans le temps les questions relatives aux ALD. En outre la formulation de cette question n'est pas celle issue du travail d'harmonisation.

Par ailleurs, la mission a relevé des questions qui portent sur la totalité de l'existence, passée et future.

Ainsi, alors que la formulation retenue par la circulaire pour les questions portant sur des traitements était : "*Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ?*", la mission a pu constater que des questionnaires comportaient encore la formulation suivante "*Avez-vous subi au cours de votre existence :(...) un traitement de plus d'un mois*"

Ou encore "*Avez-vous été hospitalisé au cours de votre existence pour un motif autre que ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ?*" "*Avez-vous subi au cours de votre existence une intervention chirurgicale (...)*"

Et pour le futur :

"hors médecine préventive, médecine du travail ou grossesse votre état de santé actuel nécessite-t-il dans les douze prochains mois de :

- *réaliser des examens de laboratoires ou d'autres examens ?*
- *être hospitalisé ?*
- *traité ?*
- *opéré ?*"

En outre, à une suite de questions extrêmement précises sur la nature des traitements suivis, succèdent des questions générales qui couvrent tous les traitements qui n'auraient pas été listés :

- *"avez vous subi au cours de votre existence,*
- *un traitement par radiation (cobalt ou chimiothérapie) ?*
- *un traitement pour maladie rhumatismale ou ostéo articulaire ?*
- *un traitement pour lombalgie, lumbago ou sciatique ?*

- un traitement pour trouble nerveux dépression nerveuse ?
- un traitement pour trouble cardiaque ou vasculaire, hypertension artérielle ?
- d'autres traitements de plus d'un mois ? (...)"

Par ailleurs, la mission a constaté dans des documents différents la présence de questions du type : *"avez-vous fait l'objet de restrictions dans le cadre de propositions d'assurance décès ? (surprime, clause d'exclusion, ajournement, refus ...)"*. Une telle pratique permet de faire le lien avec des propositions d'assurance antérieures faisant référence à des états de santé nécessairement différents de l'état de santé actuel du candidat à l'emprunt. Non seulement c'est incompatible avec le droit à l'oubli, mais ce mode d'enquête ne permet pas à l'assureur d'approcher finement le risque : cette question indirecte ne peut ouvrir que sur des soupçons.

Enfin, peuvent être présentés aux emprunteurs des questionnaires de quatre pages avec la liste d'un très grand nombre de maladies assortie de la question *"avez-vous ou avez-vous eu ?"* complétée par la question *"et tout autre maladie"*. On y trouve également des questions sur les la famille de l'emprunteur ; *"Est-ce que chez vos parents, frères et soeurs ou enfants, un accident vasculaire cérébral, une maladie cardiaque ischémique (infarctus, maladie coronarienne), un diabète, un cancer du sein, de l'ovaire ou du côlon, une maladie neurologique, sont apparus avant l'âge de 60 ans ?"* et pour compléter et ne rien oublier, figure la question suivante : *"avez-vous autre chose à déclarer sur votre état de santé ?"*.

Quelles que soient les questions auxquelles il a été répondu et la bonne foi du déclarant, les conditions générales des contrats par une clause générale sur les suites des maladies antérieures à l'assurance peuvent couvrir tous les cas non visés par les questionnaires individuels. Ainsi, pour tous les risques hors le risque décès, la mission a eu connaissance de contrats précisant dans leur notice d'information que *"ne sont pas couverts les événements : (...) consécutifs à une maladie ou à un accident dont la première constatation médicale est antérieure à l'entrée dans l'assurance et qui n'aurait pas été déclaré lors de l'adhésion alors que l'assuré en avait connaissance"*.

Une autre illustration de cette pratique peut être trouvée dans la clause suivante : *"tous les risques sont garantis exceptés les accidents ou maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la date de signature de la demande d'adhésion"*.

➤ l'accompagnement des patients dans le remplissage des questionnaires

[81] Les candidats à l'emprunt peuvent solliciter leur médecin traitant pour l'aide au remplissage du questionnaire, ce qui pose des questions éthiques. Se pose ainsi nécessairement la question du rôle des médecins lorsqu'ils sont amenés à remplir un questionnaire de santé (par exemple un questionnaire détaillé par pathologie) destiné à l'assureur.

[82] L'ordre des médecins interdisait jusqu'à présent aux médecins traitants de jouer ce rôle. Un rapport du conseil national de l'ordre des médecins adopté lors de la session d'avril 2015 indique que :

- pour le questionnaire de santé simplifié (qui pour l'ordre comprend entre 10 et 15 questions), *"il est normal que le médecin aide son patient à renseigner ce questionnaire de santé. Mais il appartient au seul candidat à l'assurance de le signer et de prendre ainsi la responsabilité des réponses apportées."*
- lorsqu'une personne a déclaré sa pathologie dans le cadre du questionnaire de santé simplifié, *"on peut admettre que le médecin en charge des soins pour cette pathologie du patient, réponde à un questionnaire ciblé sur la pathologie déclarée qui permette de renseigner le médecin de la compagnie d'assurance dans la mesure"*

où ce questionnaire s'en tient aux seules données objectives du dossier médical et ne concerne que la pathologie déclarée."

➤ les déclarations erronées

- [83] La déclaration erronée de l'emprunteur sur son état de santé, lorsqu'elle est intentionnelle, est sanctionnée par la nullité du contrat, quand elle « *change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur* » y compris si le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre¹⁴. Il revient à l'assureur d'apporter la preuve de la mauvaise foi.
- [84] Si la déclaration erronée est non intentionnelle, elle a également des conséquences importantes pour la mise en œuvre de la garantie : constatée après sinistre, l'indemnité versée sera réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. Constatée avant tout sinistre, la déclaration erronée non intentionnelle autorise l'assureur à modifier ou résilier le contrat¹⁵.
- [85] L'importance du sujet des fausses déclarations transparaît dans l'importance des litiges sur ce thème¹⁶.
- [86] Selon le rapport 2013 du médiateur de l'Association française des sociétés financières (ASF), pour les assurances décès, invalidité et incapacité, « *c'est bien entendu les déclarations de bonne santé, au moment de la souscription du crédit, qui posent toujours problème et sont bien souvent à l'origine de contentieux importants entre emprunteurs et prêteurs en cas de refus de prise en charge.* »
- [87] Le risque de faire une déclaration inexacte de bonne foi peut être d'autant plus important que les questionnaires sont longs et complexes, difficilement compréhensibles, et ce même si le juge s'attache à apprécier la clarté des questions posées. Inversement, un processus de déclaration du risque excessivement industrialisé et simplifié peut de même conduire à des déclarations inexactes de bonne foi¹⁷.

¹⁴ Cf. article L113-8 du code des assurances.

¹⁵ Cf. article L113-9 du code des assurances.

¹⁶ L'assurance emprunteur représente 20% du total des demandes reçues par le médiateur de la FFSA en 2013 mais le thème exact des demandes n'est pas précisé. Hors assurances de biens et de responsabilité, la moitié des réclamations en assurances de personnes concerne l'assurance emprunteur.

¹⁷ Selon le rapport 2012 du médiateur de l'ASF : « Les litiges induits par les assurances emprunteurs constituent toujours la catégorie la plus préoccupante, en raison des refus de prise en charge aux conséquences lourdes pour des emprunteurs qui, en toute bonne foi, peuvent s'estimer garantis. Ces refus de prise en charge par l'assureur au titre des garanties Décès, Invalidité et Incapacité, dans une moindre mesure au titre de la perte d'emploi, sont le plus souvent motivés par l'interprétation qui est faite des formulaires d'adhésion à l'assurance valant déclaration de bonne santé. Bien souvent, la rigidité des formulaires d'adhésion figurant sur les contrats de crédit ne laisse guère le choix à l'assuré quand il ne remplit pas les conditions d'un document dépourvu de clarté : signer ce formulaire pré-rempli intangible ou ne pas s'assurer du tout. Il est rarement prévu un dispositif permettant à l'assuré de signaler qu'il ne répond pas aux conditions d'adhésion, mais qu'il souhaite quand même être assuré. Or, les exigences et limites de cette pratique avaient déjà été mentionnées dans le précédent rapport, notamment l'utilisation qui peut être faite de ces « déclarations » lors de la survenance d'un sinistre. Dans bien des cas l'assureur refuse ainsi la mise en jeu de la garantie en invoquant la fausse déclaration et l'article L 113-8 du Code des Assurances, en s'appuyant sur la formule pré-imprimée signée par l'emprunteur. »

1.2.2 Les niveaux d'instruction des demandes et les garanties associées

1.2.2.1 La difficile compréhension du processus d'instruction des demandes

[88] La convention prévoit que les candidats bénéficient automatiquement (cf encadré relatif au processus d'examen des demandes figurant au chapitre 1.1.1.1) d'un « deuxième niveau » d'examen en cas de refus de l'assurance emprunteur. Ce deuxième niveau permet « un réexamen individualisé » de la demande. En cas de refus du deuxième niveau, le dossier est, sous certaines conditions, transmis à un troisième niveau, le pool des risques très aggravés mis en place par les assureurs et réassureurs.

[89] En pratique, l'organisation du deuxième niveau, certes transparente pour le candidat à l'assurance, diffère selon les organismes, ce qui la rend complexe. Pour certains assureurs, elle correspond à la transmission à une deuxième équipe de tarificateurs, plus pointus. Pour d'autres, elle consiste en la transmission du dossier à leur réassureur. Enfin, dans certains cas, le réassureur a pu octroyer une « délégation de gestion » à l'assureur l'autorisant à tarifer lui-même certains dossiers relevant du réassureur.

[90] Ces différents niveaux d'examen sont précieux pour les assurés mais difficilement compréhensibles car sans lien avec l'application éventuelle de surprimes ou d'exclusions, et sans lien avec la notion de « risque aggravé de santé » qui donne son nom à la convention.

1.2.2.2 Certaines garanties conventionnelles ne bénéficient pas au premier niveau d'examen des demandes

[91] Alors même que la distinction entre premier et deuxième niveau est fonction de l'organisation de chaque assureur, des garanties sont moindres au premier niveau.

➤ La garantie invalidité

[92] Lorsque la garantie standard incapacité de travail-invalidité est exclue au premier niveau tandis que la garantie décès est accordée, la demande d'assurance ne fera pas l'objet d'un examen supplémentaire au deuxième niveau au titre de cette exclusion. Dès lors le candidat à l'emprunt perd une chance d'obtenir une couverture plus étendue du risque qu'il présente ; ceci peut être une cause de refus de son prêt par le banquier.

➤ L'écrêtement qui ne bénéficie pas au premier niveau alors qu'il peut y avoir des surprimes à ce niveau

[93] Le dispositif d'écrêtement des surprimes d'assurance mis en place, en faveur des emprunteurs disposant de revenus modérés, pour les prêts immobiliers liés à l'acquisition d'une résidence principale et pour les prêts professionnels d'un montant maximum de 320 000 €, n'intervient qu'aux deuxième et troisième niveaux d'examen des demandes : c'est ce que stipule la convention elle-même en son titre V "la couverture des risques liés aux emprunts ».

[94] Les inconvénients d'une telle disposition sont de deux ordres :

➤ les candidats à l'emprunt ne peuvent en bénéficier dès le premier niveau : ceci réduit le nombre de bénéficiaires du mécanisme (cf 1.1.1.2) et introduit de l'inéquité entre les demandeurs selon les niveaux d'acceptation de leur demande. Bien sûr, le niveau logiquement plus faible des surprimes au premier niveau qu'aux deuxième et troisième limite la portée de la critique en termes financiers.

➤ ceci ne peut que nuire à la qualité de l'information à laquelle a droit tout candidat à l'emprunt pour le calcul de ce qui sera réellement à sa charge.

1.2.3 L'intégration du progrès médical dans la tarification

- [95] La convention prévoyait différents dispositifs pour que le progrès médical se traduise dans la tarification en cette intégration : une commission des études et recherches, dotée d'un budget, un observatoire des risques lui étant rattaché, de même qu'un groupe de travail chargé d'étudier les situations consolidées/stabilisées. En raison en partie de difficultés administratives, ces différentes instances n'ont débouché sur aucune avancée concrète que les assureurs auraient pu prendre en compte dans leur appréciation du risque comme ils s'y sont engagés conventionnellement. Ainsi, lors d'une réunion du 14 juin 2012, a-t-il été décidé de sursoir aux travaux de l'observatoire des risques au bénéfice d'études présentées par le président de la commission des études et recherches dont les conclusions se font attendre notamment en raison de retards préjudiciables dans la passation des marchés.
- [96] L'intégration du progrès médical est aujourd'hui réalisée, réassureur par réassureur, assureur par assureur, selon les cas et selon l'appétence au risque de chacun d'entre eux. Cette intégration est laissée à la bonne volonté de chaque structure, de chaque entreprise sans efforts d'homogénéisation que ce soit sous l'égide d'une instance professionnelle ou des pouvoirs publics. En ce sens, l'appréciation de son risque comporte une part d'aléa pour l'assuré selon l'assureur ou le réassureur qui sera amené à le prendre en charge.

1.2.4 L'information sur la convention AERAS

- [97] De manière générale, la mission note une insuffisance de l'information sur le contenu de la convention AERAS, qui concerne tout emprunteur, et non seulement ceux présentant un « risque aggravé », ce que tout emprunteur peut potentiellement être, notamment sur les modalités de recueil des données. Ce point est crucial puisque le droit à l'oubli, au sens strict, nécessitera une information particulièrement claire sur l'absence de recueil de données dans certains cas.
- [98] La notoriété de la convention devait faire l'objet, sous l'égide de la FBF, d'un sondage IFOP mais la mission n'en a pas trouvé la trace. Seuls sont disponibles les chiffres issus du baromètre des droits des malades publié par le collectif interassociatif sur la santé (CISS) au mois de mars de chaque année mais qui mesure la notoriété de la convention AERAS parmi les seules personnes ayant été confrontée à une difficulté d'accès au crédit en raison de sa santé. Cette notoriété est d'ailleurs en baisse en 2015 par rapport à 2014 à l'assurance : 59% des personnes confrontées à une difficulté d'accès à l'assurance emprunteur connaissent la convention AERAS, contre 77% en 2014.
- insuffisance de clarté de l'information délivrée par les professionnels sur les instances de la convention
- [99] L'insuffisance de l'information concerne tout particulièrement le rôle de la commission de médiation qui doit obligatoirement être mentionnée dans les propositions d'assurance. Ainsi les courriers adressés par erreur au secrétariat de la commission (erreur de destinataire ou hors sujet) sont-ils en nombre conséquent : pour environ 600 courriers reçus chaque année, 183 courriers étaient dans ce cas en 2014 (soit 31%), 118 (19%) en 2013 et 116 (19%) en 2012. Le pic de 2014 s'explique par le fait d'un seul assureur, dont le modèle de proposition d'assurance, insuffisamment clair, a conduit des assurés à renvoyer leur proposition signée au secrétariat de la commission de médiation. Depuis 2012, sur les 600 dossiers reçus chaque année, moins de 5% sont recevables au regard du champ de la médiation.

- insuffisance de l'information sur les prix

[100] Parmi les dossiers non recevables, l'examen des demandes que la commission reçoit montre l'intérêt de ses interlocuteurs pour les questions de d'exclusion et de limitation de garantie et pour la tarification. Or la commission de médiation, ainsi que cela a déjà été rappelé dans l'encadré figurant au début du chapitre 1.2 et relatif à l'analyse des réclamations reçues par la commission de médiation, n'est pas compétente pour examiner les sujets de tarification car ceux-ci ne font pas partie de l'accord conventionnel.

[101] Hors dossiers reçus « par erreur » par la commission de médiation, la décomposition par thème des réclamations de 2014 est la suivante :

Tableau 7 : répartition des réclamations reçues en 2014 par thème

	en nb	en %
contestation surprimes, exclusions et limitations de garantie,	181	45%
refus d'assurance (niveaux 1, 2 et 3)	121	30%
demandes de garantie invalidité par l'assuré	51	13%
mutualisation des surprimes et l'écrêtement	1	0%
refus de garanties alternatives	2	1%
autres	44	11%
total	400	100%

Source : mission à partir des données de la commission de médiation

[102] Au sein du premier thème par importance, les exclusions seules concernent 22% des dossiers et les surprimes, éventuellement associées à des limitations ou exclusions de garanties, 23%.

- Insuffisance du serveur téléphonique FFSA FBF

[103] Il s'agit d'un simple serveur vocal qui délivre les informations générales sur la convention AERAS et qui réoriente l'appelant vers le référent AERAS de la banque ou vers le site Internet de la convention. L'appel est facturé 0,12€ par minute.

- Insuffisance de l'information sur le dispositif d'écrêtement

[104] Dans le numéro de sa revue n° 22, l'ACPR invite les assureurs contrôlés "à informer plus efficacement les candidats à l'assurance du dispositif d'écrêtement des primes (...). A cet égard, l'ACPR rappelle qu'il est important que les candidats soient informés par écrit, dans les propositions d'assurance, de leur éventuelle éligibilité au dispositif et que le montant d'économie possible sur toute la durée du prêt leur soit communiqué."

- La gestion du site AERAS, sur lequel les avis sont globalement positifs, est perfectible.

[105] En revanche, rénové en 2011, le site AERAS est considéré comme lisible et ergonomique. Il est toutefois statique. Le secrétariat des ministères économiques et financiers chargé à l'origine du développement, de l'intégration, de l'hébergement et de la diffusion du site, n'est pas impliqué au quotidien.

1.2.5 Le suivi et les contrôles

1.2.5.1 Le suivi

- [106] La fonction de suivi est diversement assurée par les instances de la convention.
- [107] La commission de suivi entend régulièrement les bilans présentés par les assureurs et réassureurs et fait également le point des travaux menés par les deux autres commissions : commission de médiation et commission des études et recherche.
- [108] A cet égard, la lecture des comptes rendus montre que la commission des études et recherches (CER) n'est pas habituellement représentée à la commission de suivi ce qui ne lui permet pas de rendre compte de ses travaux. Au reste elle ne se réunit pas régulièrement ; ses réunions ont même pu par le passé être exceptionnelles.

1.2.5.2 Les contrôles sur les assurances et sur les banques

- [109] Qu'il s'agisse du secteur bancaire ou du secteur assurance, les signataires de la convention sont les fédérations professionnelles, qui n'ont pas de pouvoir de contrôle vis-à-vis de leurs adhérents. Pour que la convention s'applique effectivement auprès de tous les intervenants du marché, c'est donc à une autorité extérieure aux partenaires conventionnels, détenant des prérogatives de puissance publique, que le contrôle de l'effectivité de la convention doit être confié.
- [110] En l'état actuel des textes, le contrôle est organisé, de manière hétérogène selon les entreprises et leur secteur d'activité, sous l'égide de l'ACPR :
- en ce qui concerne les assureurs, l'ACPR réalise des contrôles sur pièces et sur place à l'occasion de contrôles faits dans le cadre des pratiques commerciales et de la protection des clientèles. Il convient toutefois de signaler que le rapport d'activité prévu par la convention AERAS n'est pas réalisé depuis plusieurs années.
 - en ce qui concerne les établissements de crédit, le contrôle de l'ACPR est limité dans son champ aux entreprises adhérentes de la FBF ; il est indirect puisque cantonné au contrôle interne et repose sur des procédures auto déclaratives.
- [111] Cette situation résulte du fait que si les dispositions relatives à la convention AERAS figurant dans le code de la santé publique ont été reprises dans le code des assurances, le code de la mutualité et le code de la sécurité sociale, il n'existe aucune base législative visant la convention AERAS dans le code monétaire et financier ou le code de la consommation. En conséquence, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) estime ne pas disposer de pouvoirs de contrôle direct de la bonne application de la convention par le secteur bancaire.

2 LES PROPOSITIONS

- [112] Selon la lettre de mission, la mission devait travailler à faire émerger des propositions dans le cadre conventionnel. Il n'entraîne pas dans son cahier des charges de remettre en cause la liberté des prix dans le domaine de l'assurance.

- [113] Il n'était pas non plus question, pour améliorer l'accès à l'assurance des personnes en risque aggravé de santé, de proposer de définir un droit absolu à l'assurance et à l'emprunt : l'assurance est obligatoire pour couvrir la responsabilité civile au bénéfice des victimes mais non pour des risques commerciaux. En outre, l'accès à un emprunt étant, en France, avant tout lié à la solvabilité de l'emprunteur, en garantir le droit à tous modifierait profondément l'économie actuelle du système français.
- [114] Il n'était pas non plus envisageable d'empêcher toute discrimination selon l'état de santé comme c'est le principe pour l'assurance maladie obligatoire relevant de la sécurité sociale.
- [115] Chacun de ces principes peut être pourtant aménagé pour faire droit à un meilleur accès à l'emprunt des personnes en risque aggravé de santé, pour un exercice de la concurrence à l'intérieur de bonnes pratiques consensuelles et enfin par une intégration rapide du progrès médical qui conduise à objectiver les discriminations pour raison de santé : chaque fois qu'un assureur fait une différence entre ses clients pour des raisons de santé, celle-ci doit être étayée par une analyse scientifiquement documentée.

2.1 Les principes de l'assurance privée ne seraient pas contredits par une plus grande protection des personnes en risque aggravé de santé

2.1.1 Enregistrer le plus vite possible le progrès médical afin que les possibilités de discrimination pour raison de santé s'appuient sur des critères objectifs

- [116] Les emprunteurs doivent pouvoir bénéficier le plus vite possible des progrès scientifiquement constatés et documentés pour leur accès à l'assurance, et l'accès à l'assurance comme les tarifs doivent être corrélés à ces progrès. De plus, la doctrine doit être arrêtée à termes réguliers.

2.1.1.1 Les conséquences de l'intégration du progrès médical dans le processus de souscription de l'assurance doivent être différenciées selon l'état du patient et sa pathologie

- Le protocole signé le 24 mars 2015 a enregistré l'accord des parties pour renoncer à toute déclaration des pathologies cancéreuses dans les conditions suivantes :
 - ✓ les candidats à l'assurance n'auront plus à déclarer les cancers dont ils auraient été victimes dans l'enfance et l'adolescence avant l'âge de 15 ans dès lors que se sont écoulés cinq ans depuis la fin du protocole thérapeutique au moment de la demande d'assurance ;
 - ✓ le même principe est retenu pour toutes les pathologies cancéreuses quel que soit l'âge auquel elles sont survenues dès lors que 15 ans au minimum se sont écoulés entre la fin du protocole thérapeutique et la demande d'assurance.

- [117] En conséquence, les assureurs et leurs réassureurs s'interdisent de demander ou d'utiliser la moindre information sur ces pathologies. Ces cas de figure doivent être explicitement mentionnés dans les conditions générales des contrats et dans tous les documents ayant pour objet la déclaration de son risque par le candidat à l'assurance quelle qu'en soit la forme (déclaration de bonne santé sur l'honneur, questionnaires, quel qu'en soit le niveau).

- Modulation des conséquences tarifaires pour une liste de pathologies à déterminer, de l'absence totale de conséquences à une surprime.

- ✓ Le protocole du 24 mars prévoit qu'en-deçà du délai de 15 ans, tous les patients victimes de cancers continueraient d'être soumis à l'obligation de les déclarer mais l'application de tarifs standards serait de droit pour eux. Ce tarif normal sous-entend, selon la mission, l'absence de toute exclusion ou limitation de garantie liée à la pathologie.
- ✓ Au-delà, la mission insiste sur la nécessité d'étendre ces principes à toutes pathologies pour lesquelles le risque présenté par le candidat à l'assurance n'est pas supérieur à celui que connaît la population assurée.
- ✓ Pour l'ensemble des pathologies, dès lors que les deux premières conditions ne seraient pas remplies, il conviendrait de prévoir que le bénéficiaire de la proposition d'assurance soit informé avec précision du montant de surprime, garantie par garantie (décès, incapacité/invalidité, autres cf. 2.1.3.3).

Recommandation n°1 : Une liste unique de pathologies, cancéreuses et chroniques, tenant lieu de programme de travail, devrait être adoptée par la commission de suivi.

2.1.1.2 La méthodologie

- [118] La démarche inaugurée par la signature du protocole du 24 mars 2015 doit être prolongée par l'organisation d'un dialogue régulier par groupe de pathologies entre cliniciens universitaires et médecins-conseils des réassureurs, sous l'égide d'un tiers neutre et à partir de cas concrets de demandes d'assurance.
- [119] Les pathologies devraient être étudiées selon un plan de charge établi sous la responsabilité de la commission de suivi. Un premier niveau d'expertise pourrait être réalisé par un médecin conseil d'un réassureur et un médecin clinicien universitaire libre de tous liens avec les compagnies d'assurance. La mission recommande que ce soient des cliniciens qui composent avec les médecins des réassureurs le binôme expert. Ce choix repose sur le constat, du côté des professionnels de l'assurance, de l'expertise fournie par les réassureurs, et la préférence va à des cliniciens plutôt qu'à des épidémiologistes, dont les travaux sont connus tant des médecins des assureurs que des cliniciens mais qui n'ont pas la connaissance des avancées cliniques aussi approfondie que les cliniciens surtout quand ces derniers sont des universitaires. Le rapport d'expertise qui en résulterait serait remis par l'observatoire des risques à la commission de suivi chargée de statuer définitivement.
- [120] La mission a souhaité tester rapidement cette méthodologie dont les participants ont confirmé l'intérêt en ce qu'elle permet l'échange enrichissant de connaissances et de pratiques mais également d'établir un consensus difficilement contestable. On en trouvera le détail ci-dessous.

Expérimentation de la méthodologie

En se limitant au risque de mortalité, la mission a organisé un test de la méthodologie

Elle a sollicité des médecins cliniciens experts de la pathologie et médecins conseils des réassureurs professionnels, pour qu'un dialogue se noue entre eux sur des dossiers récemment présentés au pool des risques très aggravés et anonymisés (patient, assureur, réassureur).

Les pathologies¹⁸ ou facteurs de risque retenus étaient des pathologies cancéreuses et des maladies chroniques. Pour les cancers, la liste des pathologies établie par les interlocuteurs de la mission (INCa) était fondée sur un taux de guérison très important. Après sollicitation des cliniciens, les pathologies qui ont pu faire l'objet de ce test, dans le calendrier serré de la mission, étaient les cancers de la thyroïde et le lymphome à grandes cellules B. Pour les autres pathologies, la mission avait fait le choix de retenir le VIH, le diabète, et l'hypertension artérielle compte tenu de l'importance de la population potentielle touchée par ces pathologies. Au total, cinq pathologies ont été étudiées.

Les médecins des réassureurs ont été sollicités par la FFSA.

Pour chaque pathologie, trois dossiers étaient examinés, un accepté par le pool, un refusé, un ajourné au regard de la garantie décès.

La discussion sur l'évaluation du risque s'est faite autour de questions indicatives identiques pour les 5 pathologies : le candidat à l'assurance est-il en rémission longue ou stabilisé/équilibré ? Y a-t-il un sur-risque de mortalité, risque temporaire ou permanent, léger/modéré/sévère ? Comment l'évaluation du sur-risque varie-t-elle avec l'horizon temporel, à 5, 10, 15 et 20 ans ? Quels sont les facteurs pronostics (positifs et négatifs) importants dans l'appréciation ?

Intérêt du test

Références de la littérature : elles sont nombreuses, et la plupart sont communes à tous les participants et permettent de définir des critères d'appréciation partagés. Les médecins des réassureurs ont souligné qu'au-delà de ces références le dialogue avec les cliniciens était fondamental pour accéder aux données ou études les plus pointues. Ils souhaitent avoir accès aux informations les plus fines fournies par les grandes cohortes hospitalières de patients établies notamment dans le cadre de l'INSERM : la finesse de l'information permet d'approcher pour chaque cas particulier la décision la plus adaptée.

Les analyses elles-mêmes sont la plupart du temps convergentes. Dans les cas où elles ne l'étaient pas totalement, les médecins des réassureurs ont indiqué qu'un délai de confirmation des évolutions leur était nécessaire. En outre dans les dossiers les moins clairement renseignés, une marge de sécurité était prise de ce fait.

Dans la prise de décision, l'appréciation de l'évolution dans le temps du risque était toujours consensuelle au contraire du niveau de la surprime proposé par le réassureur.

Enfin, les médecins universitaires et les médecins des assurances sont tombés d'accord pour penser que les réponses apportées au troisième niveau auraient pu ménager d'autres possibilités que l'acceptation, le refus et l'ajournement par exemple pour pouvoir demander des renseignements complémentaires. Par ailleurs il semblerait également utile de pouvoir proposer au candidat au prêt l'adaptation de la durée de ce dernier à l'état pathologique pour éviter un refus sans alternative, fondé sur une durée d'emprunt trop longue.

¹⁸ Le terme pathologie est employé de manière indifférenciée qu'il s'agisse de pathologie ou de facteur de risque.

2.1.1.3 Dans le cadre d'un observatoire des risques, grâce à l'adoption d'une grille par pathologie

- L'outil : la grille de référence

- [121] Le travail engagé sur la base de la liste (cf. 2.1.1.1) devrait permettre de distinguer :
- les pathologies qui bénéficient de la non déclaration, du fait du protocole du 24 mars ou de l'accord des partenaires conventionnels ; au fur et à mesure des travaux et de l'intégration du progrès thérapeutique, les délais au-delà desquels il n'y aurait plus à faire de déclaration, nécessairement inférieurs ou égaux à 15 ans, devraient être modulés par pathologie ;
 - les pathologies ne remplissant pas les conditions de non déclaration qui pourraient bénéficier du tarif normal ou standard, sans exclusion de garanties.
- [122] Enfin, cette grille pourrait comprendre les pathologies dont les taux de surprime pourraient être modulés et précisés selon des fourchettes.
- [123] La grille, ensuite adoptée par la commission de suivi, devra figurer sur le site internet de la convention après actualisation à termes réguliers.

Recommandation n°2 : Une grille de référence affecte à chaque pathologie (ou stade de la pathologie) présente sur la liste adoptée par la commission de suivi, des délais au-delà desquels s'exerce le droit à l'oubli. Pour les cas où les conditions de délais ne peuvent être remplies, la grille comporte des conditions alternatives qui permettent par principe d'obtenir le bénéfice d'une assurance au tarif normal et sans exclusion de garantie ou à des conditions s'en rapprochant. La grille, établie par cas, précise au cas par cas s'il est fait application du tarif normal ou d'un tarif majoré d'une surprime dont l'ampleur est précisée.

- L'instance

- [124] L'observatoire des risques instauré par la convention de 2011 auprès de la commission des études et recherche n'a jamais été mis en place.
- [125] Sa composition devrait être constituée dans le strict respect de la parité de médecins des réassureurs et de cliniciens universitaires.
- [126] Cette instance serait chargée de transmettre un avis pour décision à la commission de suivi, de piloter l'organisation du travail des binômes et de gérer le budget correspondant aux expertises et le cas échéant à des études complémentaires. Son secrétariat pourrait être assuré par la direction générale de la santé.
- [127] C'est enfin l'observatoire des risques qui pourrait formaliser le rapport d'expertise et le présenter à la commission de suivi.

Recommandation n°3 : L'observatoire des risques a pour mission de préparer le programme de travail des équipes chargées d'établir la grille de référence par pathologie, et d'émettre des propositions à destination de la commission.

- Le budget

- [128] Pour la mission, les besoins de financement de l'observatoire des risques, certes *a priori* limités, doivent être couverts en réorientant les financements résiduels disponibles de la commission études et recherches. Au besoin, l'observatoire des risques paraissant prioritaire, les études en cours pourraient être stoppées ou ne pas comporter de suites, notamment celle relative à « la faisabilité d'une cohorte virtuelle pour analyser les pratiques assurantielles des personnes atteintes de maladie chronique ».

2.1.2 S'il n'existe pas de droit absolu à l'emprunt et à l'assurance, l'accès aux deux doit être facilité

2.1.2.1 Le mécanisme de solidarité pour la prise en charge des surprimes

- [129] Ainsi qu'il a été dit aux chapitres 1.1.1.2 et 1.2.2.2, en l'absence de plafonnement des surprimes, le mécanisme de solidarité qui, sous condition de ressources, prend en charge les surprimes ne bénéficie pas au premier niveau d'examen ; celui-ci, pourtant, peut comprendre des surprimes. Afin de rendre indépendant de l'organisation interne retenue par chaque assureur l'accès à ce mécanisme de solidarité, il est proposé de l'étendre à tous les niveaux d'examen des demandes.
- [130] En pratique, cette extension au premier niveau d'examen des demandes clarifie le mécanisme et en simplifie les modalités, mais il ne devrait pas alourdir sensiblement la contribution des professionnels, même si elle augmente le nombre de bénéficiaires, puisque *a priori* le niveau des surprimes au premier niveau est limité.
- [131] Si les partenaires s'accordent pour élargir le mécanisme de solidarité, cela devrait passer par un abaissement du seuil, élevé, à partir duquel l'écrêtement intervient c'est-à-dire le niveau de 1,4 point de TEG.

Recommandation n°4 : Le mécanisme de solidarité doit être appliqué dès le premier niveau et son champ étendu en abaissant le niveau de taux effectif global le déclenchant.

2.1.2.2 Découplage de l'emprunt et de l'assurance

- [132] L'obtention d'une assurance ou d'un prêt n'est pas un droit, comme il a été rappelé plus haut. Il semble également logique de rappeler que l'emprunt peut être obtenu sans assurance (totale ou partielle).
- [133] Il est possible d'envisager séparément crédit et assurance.
- Pour les prêts à la consommation affectés, la convention actuelle prévoit qu'aucune sélection médicale n'est requise, pour la garantie décès, sous certaines conditions (cf. 1.1.2.3). Il pourrait être envisagé d'étendre cette absence de questionnaire de santé aux garanties incapacité-invalidité, et d'augmenter le montant des prêts concernés par cet accord.
 - De même, dans certains cas, le prêt est octroyé sans garantie d'assurance, éventuellement accompagné d'une garantie alternative. Ces situations pouvant répondre à des cas de figure où le risque est considéré inassurable, le nombre de prêts octroyés sans assurance (et avec éventuellement une garantie alternative) devrait être suivi par les établissements de crédit et il devrait en être rendu compte.
 - Enfin, il est envisageable de diminuer la durée de l'assurance par rapport au prêt.
- [134] Dans certains cas de figure rencontrés par la mission, une durée d'assurance plus courte que la durée du prêt aurait rendu le risque assurable. Toutefois, en raison d'éléments de solvabilité de l'emprunteur, réduire la durée du prêt n'est pas toujours possible. Les assureurs doivent ainsi pouvoir proposer des durées d'assurance indépendamment de la durée du prêt, et ce notamment lorsque le dossier est remonté jusqu'au niveau 3 de la convention et qu'un refus à ce niveau se traduit nécessairement par une absence d'assurance.

[135] Il reviendra à l'établissement de crédit à la fois de déterminer si ce niveau de garantie lui permet d'octroyer le prêt, et, si c'est le cas, d'informer son client sur le niveau de couverture d'assurance obtenu. La mission souligne qu'en raison des remboursements anticipés la durée effective des crédits est inférieure à leur durée initiale et qu'une assurance de durée inférieure peut in fine couvrir toute la durée du prêt.

[136] Ces propositions d'ordre général qui facilitent l'obtention de prêts, sont particulièrement importantes pour les personnes se trouvant en risque aggravé de santé.

Recommandation n°5 : En matière de prêts à la consommation, l'absence de questionnaire de santé doit être étendue aux garanties incapacité-invalidité, et le montant des prêts concernés par cette absence de déclaration doit être augmenté.

Recommandation n°6 : Les établissements de crédit doivent rendre compte aux instances conventionnelles du nombre de prêts octroyés sans assurance.

Recommandation n°7 : La durée de l'assurance doit pouvoir être réduite par rapport à la durée du prêt.

2.1.2.3 Augmenter le taux d'acceptation au troisième niveau de la convention

[137] Le troisième niveau étant le dernier, et la mission ayant pu constater dans certains cas la technicité d'appréciation du risque par les réassureurs, il est essentiel que ses modalités de fonctionnement soient adaptées à l'objectif d'un taux le plus élevé possible de propositions d'assurance acceptées. A ce titre, il conviendrait de :

- prévoir la possibilité de demander des pièces complémentaires au besoin ;
- en cas d'ajournement ou de refus, préciser lorsque cela est possible les conditions médicales qui pourraient permettre de réviser la décision ; cette information est particulièrement utile à l'assuré s'agissant de pathologies nécessitant un suivi ;
- l'appétence au risque des réassureurs étant variable selon les pathologies, certains peuvent être plus pointus que d'autres pour telle ou telle pathologie ; plutôt que d'affecter les demandes d'assurance par roulement systématique entre les sept réassureurs (sauf dans le cas où le réassureur est celui du deuxième niveau), faire déclarer par les réassureurs les pathologies qu'ils souhaitent en particulier examiner et affecter les dossiers prioritairement aux réassureurs les plus pointus en fonction de la pathologie déclarée.

Recommandation n°8 : Le fonctionnement du troisième niveau de la convention doit être revu pour permettre aux réassureurs d'examiner les dossiers pour lesquels ils sont particulièrement compétents, de compléter leur information au cas par cas, et d'informer le candidat à l'emprunt des conditions auxquelles pourrait être revue une décision d'attente ou négative.

[138] Les statistiques par pathologies du troisième niveau mériteraient d'être publiées.

2.1.2.4 Rehausser les barrières d'âge dans la convention AERAS

[139] Afin de tenir compte de l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, les limites d'âge de la convention pourraient être repoussées. Il en est ainsi de l'accès au niveau 3 de la convention qui pourrait être repoussé au-delà de l'âge de 70 ans. Des assureurs ont d'ailleurs indiqué à la mission proposer des garanties d'assurance au-delà de cet âge.

[140] De même, la limite d'âge de 50 ans au plus pour bénéficier de l'absence de questionnaire en matière de prêt affecté à la consommation devrait être relevée.

Recommandation n°9 : Les différentes conditions d'âge figurant dans la convention doivent être relevées.

2.1.2.5 Amplifier les garanties

[141] Au vu des constats ci-dessus, la mission propose que le refus de la garantie incapacité de travail-invalidité au premier niveau permette, comme le refus de la garantie décès, d'accéder au deuxième niveau d'examen.

[142] Il devra également être précisé conventionnellement que la garantie décès ne peut jamais comporter d'exclusions, autres que les exclusions générales figurant dans les conditions générales des contrats : si c'est la pratique, elle n'est pas tout à fait généralisée si on se réfère aux statistiques publiées par la FFSA et le GEMA.

2.1.3 Les principes de liberté et de concurrence doivent intégrer la nécessité d'une homogénéisation des clauses générales des contrats et des questionnaires de santé ainsi que celle d'une information claire et sans ambiguïté, y compris sur les tarifs

[143] Il conviendra de s'assurer que les contrats sont cohérents avec la convention. Pour autant que la convention reprendrait les termes du protocole signé le 24 mars 2015, les contrats devront intégrer tant dans les conditions générales que dans les questionnaires les modalités concrètes du droit à l'oubli. Il en va de même pour le droit à l'oubli convenu antérieurement à la signature du protocole.

2.1.3.1 L'homogénéisation et l'ajustement des questionnaires

[144] L'accord intervenu sur la formulation de questions concernant les ALD et les arrêts de travail doit être intégré aux textes de la convention pour s'appliquer à tous les acteurs.

[145] On peut également envisager d'amplifier la portée de l'accord dans les questionnaires par les moyens suivants :

- réduire les délais au-delà desquels le droit à l'oubli peut s'exercer dans les cas déjà prévus ;
- réduire le nombre de traitements ou arrêts pris en compte (en augmentant leur durée) ou réduire les délais permettant de remonter dans le temps pour les traitements et les arrêts de travail ;
- augmenter le nombre d'exceptions aux exceptions (tests génétiques prédictifs et dons d'organes).

[146] Quelques principes généraux de rédaction des questionnaires peuvent être posés.

- [147] Dans les déclarations de bonne santé et les questionnaires de premier niveau, qui sont remplis par les candidats à l'assurance, toute question formulée au passé serait impérativement limitée dans le temps. Cela va d'ailleurs dans le même sens que la recommandation n°90-01 de la commission des clauses abusives applicable aux contrats d'assurance complémentaires à un contrat de crédit à la consommation ou immobilier que soit indiqué dans les formulaires de déclaration du risque " *que le consommateur n'est pas tenu de signaler les incidents de santé qui ne se sont plus manifestés depuis une époque précisée dans le questionnaire*". La remontée dans le temps par rapport à la déclaration serait bornée par la durée la plus longue convenue entre les partenaires conventionnels (actuellement les 15 dernières années pour la question relative aux ALD et le protocole d'accord du 24 mars 2015 et une durée plus courte si les partenaires en conviennent).
- [148] Par ailleurs, toutes les questions se référant à des décisions d'assurance antérieures à la demande en cours seraient interdites.
- [149] Aucune question au futur ne serait autorisée, de même qu'aucune question portant sur des membres de la famille de l'emprunteur plutôt que lui.
- [150] Enfin, il pourrait être convenu, s'agissant de questionnaires remplis par les assurés et devant être suffisamment clairs et compréhensibles, que le format de ces questionnaires soit limité à un nombre de questions et une taille raisonnable, par exemple à une page au maximum.
- [151] De façon générale, l'effectivité du droit à l'oubli issu du protocole de mars 2015 doit être assurée. Les questionnaires revus devraient être soumis à l'évaluation des associations de patients et transmis à la commission de médiation pour information.

Recommandation n°10 : Les projets de questionnaires révisés pour faire entrer le droit à l'oubli dans la pratique des assureurs et des banquiers devraient être soumis, sous l'égide des associations de patients, à des *focus groups*. Les questionnaires validés devraient être transmis à la commission de médiation pour information.

- [152] Enfin, dans les questionnaires par pathologie dits de deuxième niveau, remplis par les médecins, le temps utilisé serait systématiquement le présent pour une interrogation sur l'état de santé actuel du candidat à l'assurance.

2.1.3.2 Une articulation sans ambiguïté entre les conditions particulières et les conditions générales ou notice d'information des contrats

- [153] Certaines clauses générales apparaissent en contradiction avec le principe d'un droit à l'oubli, quel qu'en soit son origine. Ainsi, pour les garanties incapacité de travail-invalidité, les contrats comportent fréquemment des clauses du type « *ne sont pas couverts les événements consécutifs à une maladie ou à un accident dont la première constatation médicale est antérieure à l'entrée dans l'assurance et qui n'aurait pas été déclaré lors de l'adhésion alors que l'assuré en avait connaissance* ».
- [154] Maintenir la possibilité d'inscrire de telles clauses dans les contrats viendrait en contradiction avec le droit à l'oubli tel que validé par le protocole signé le 24 mars. Cela permettrait la persistance, dans les contrats, de clauses excluant de façon générale l'ensemble des pathologies survenues antérieurement à la souscription et pour lesquelles pourtant l'assureur n'aurait plus le droit d'obtenir des renseignements dans le cadre des questionnaires médicaux.
- L'encadrement des clauses contractuelles devrait être réalisé sur le modèle de la loi Evin applicable à la prévoyance complémentaire

La loi n° 89 -1009 du 31 décembre 1989¹⁹ renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques ne s'applique qu'à la prévoyance²⁰. Elle ne peut donc abriter un article spécifique à l'assurance emprunteur qu'elle ne vise pas.

L'article 3 de cette loi devrait donc servir de modèle à la proposition figurant ci-dessous à inscrire dans la loi santé pour être codifiée dans le code de la santé publique :

"en ce qui concerne l'assurance emprunteur, l'organisme qui a accepté une souscription ou une adhésion doit, sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, prendre en charge les suites d'états pathologiques survenus antérieurement à l'adhésion de l'intéressé ou à la souscription du contrat ou de la convention.

Toutefois il peut refuser de prendre en charge les suites d'une maladie contractée antérieurement à l'adhésion de l'intéressé ou à la souscription du contrat ou de la convention à condition :

a) que la ou les maladies antérieures dont les suites ne sont pas prises en charge soient clairement mentionnées dans le contrat individuel ou dans le certificat d'adhésion au contrat collectif ;

b) que l'organisme apporte la preuve que la maladie était antérieure à la souscription du contrat ou à l'adhésion de l'intéressé au contrat collectif."

En revanche, il faut lui laisser la possibilité d'en exclure certaines à condition qu'elles soient clairement et limitativement énoncées, comme la loi Evin l'autorise en matière de prévoyance individuelle. En conséquence, des garanties qui se limiteraient à l'origine accidentelle ne répondraient pas à la loi en ce qu'elles conduiraient à exclure toutes les origines pathologiques sans énoncer avec précision ces exclusions.

Les assureurs semblent être prêts à une telle application puisque dans le code de bonne conduite adopté par eux et annexé à la convention AERAS figure une référence à l'article 3 de la loi Evin.

➤ A défaut d'extension par la loi de cet article à l'assurance emprunteur, le texte même de l'article pourrait être repris dans le corps de la convention AERAS.

Recommandation n°11 : Une mesure législative doit encadrer les clauses contractuelles sur le modèle de la loi Evin (article 3) du 31 décembre 1989. A défaut de mesure législative, la disposition doit être intégrée dans la convention.

2.1.3.3 Information et transparence

[155] L'information transmise, au moment du processus d'instruction, par les interlocuteurs professionnels du candidat à l'assurance (banquier, assureur, courtier etc) et à l'emprunt doit être exhaustive (notamment sur les droits de l'emprunteur comme le droit à la confidentialité des données médicales), claire (notamment les clauses générales) et sans ambiguïté (notamment l'articulation entre les conditions générales des contrats et les conditions particulières ou la cohérence entre les différentes interrogations des questionnaires de santé).

[156] L'information doit être systématiquement et rapidement mise à jour. Elle ne doit pas seulement comporter des informations juridiques ou administratives mais également des informations concrètes, économiques et tarifaires.

¹⁹ Dite "loi Evin"

²⁰ Cette loi ne s'appliquerait pas à l'assurance emprunteur. C'est en tout cas ce qu'en a décidé la cour de cassation dans plusieurs décisions publiées et notamment celle du 21 décembre 2006.

- [157] Bien évidemment, pour les professionnels, la qualité de l'information délivrée à l'emprunteur sur la convention AERAS et le droit à l'oubli passe par une formation adaptée des agents concernés, qu'il s'agisse des conseillers bancaires ou des souscripteurs ou tarificateurs pour le secteur de l'assurance.
- L'information sur les tarifs
- [158] Il n'est pas dans l'esprit de la convention d'imposer un tarif obligatoire d'assurance. En revanche, le candidat à l'emprunt pourrait gagner à connaître la pratique de chaque assureur de la place (soit 51 si on se réfère aux participants au pool des risques très aggravés).
- [159] Cette information devrait être simple, sauf à noyer le candidat à l'emprunt sous une information trop fournie et complexe. Elle devrait également permettre à la profession de se comparer et d'introduire une forme d'autodiscipline qui permette de maintenir dans un périmètre raisonnable les écarts de tarifs résultant de la sélection des risques.
- [160] Les informations à délivrer doivent être celles qui sont d'ores et déjà transmises à la FFSA et au GEMA par chaque assureur. Portées à la connaissance du public par chacun d'entre eux, elles permettraient aux futurs emprunteurs de situer la proposition d'assurance qui leur est faite à la fois dans la politique tarifaire de leur assureur, de consulter celle des autres assureurs et de la confronter à l'ensemble du marché. Il sera dès lors impératif que le site AERAS (cf ci-dessous, dans le même chapitre) oriente vers les sites des assureurs et vers les informations utiles de l'ensemble de la profession.
- [161] Ces informations sur les taux de surprime sont ininterprétables sans une information sur les tarifs normaux, ou de base (c'est-à-dire sans surprime) auxquels les surprimes s'appliquent. Ces différents tarifs peuvent être nombreux car différenciés en fonction de différents critères et notamment en fonction de l'âge du candidat à l'emprunt : il pourrait être convenu d'informer le public sur les taux usuellement pratiqués couvrant au minimum 80% de l'ensemble de l'activité de l'assurance emprunteur.
- [162] En pratique, la mission propose que chaque assureur publie sur son site, et de manière aisément accessible, les informations publiées par la FFSA et le GEMA pour 97% de la profession :
- la répartition en pourcentage des propositions d'assurance par type de garantie entre les acceptations sans surprime et sans exclusion, les acceptations sans surprime avec exclusion, les acceptations avec surprime sans et avec exclusion, ainsi que les refus ;
 - pour les acceptations avec surprime, la répartition des surprimes dans des fourchettes de taux sur le tarif de base.
- [163] En complément, pourrait être diffusé un indicateur par assureur de la distribution des primes entre les plus élevées et les plus basses en suivant par exemple la part des primes dépassant de 125% les primes les plus basses.²¹
- [164] La publication effective de ces tableaux pourrait être contrôlée tant par la commission de suivi que par l'ACPR (cf 2.2).

Recommandation n°12 : L'information générale des consommateurs sur les tarifs de base et les fourchettes de surprimes est délivrée sur les sites internet de chaque assureur.

²¹ Cette référence est inspirée de celle qui est mise en œuvre au titre du mécanisme de solidarité adopté par la Belgique. Les dispositions les plus marquantes de la loi belge dite "PARTYKA" sont les suivantes : tous ceux qui doivent payer une prime plus élevée ont désormais droit à une lettre de motivation écrite et détaillée. Il est également possible de faire appel dans certains cas contre la décision de l'assureur. Et dès qu'un consommateur doit payer plus de 125% de plus que la prime la plus basse, un mécanisme de solidarité se met en place : le preneur d'assurance pourra compter sur une assistance financière pour tout ce qui dépasse ces 125%.

Recommandation n°13 : Dans chaque proposition d'assurance individuelle sont précisés le taux normal et la surprime appliquée.

- L'information sur le droit à l'écrêtement doit être notablement améliorée

[165] Les propositions d'assurance, dès lors qu'elles comportent une surprime et quel que soit le niveau d'examen de la demande, devraient systématiquement informer de l'existence du mécanisme et renvoyer au simulateur qui devrait être mis à disposition des assurés sur le site AERAS.

[166] Enfin, l'interlocuteur en matière de crédit devrait avoir la responsabilité lors de la mise en place de l'opération de simuler l'impact de l'écrêtement sur l'opération, et fournir ainsi un TEG de l'opération après écrêtement.

Recommandation n°14 : L'information sur le mécanisme de solidarité doit être systématiquement présente dès qu'une proposition d'assurance prévoit une surprime ; la simulation de l'écrêtement devrait être faite par l'interlocuteur en matière de crédit.

- « Professionnaliser" le site AERAS, en distinguant mieux fonctions techniques d'administration du site et fonction d'animation éditoriale.

[167] Le site AERAS doit être animé conjointement avec la direction du Trésor et la direction de la sécurité sociale par le service communication du secrétariat général des ministères économiques et financiers qui exerce une mission transversale de politique éditoriale et de communication. Les fonctions techniques d'administration internet qui selon la mission doivent s'élargir doivent être prises en charge par les fonctions supports de ce ministère.

[168] Ce site, en application de ce qui a été dit plus haut, doit permettre de renvoyer les personnes qui le consulteraient sur le site de chaque assureur et de vérifier leur éligibilité au mécanisme de solidarité et d'en simuler l'impact sur le montant des surprimes qu'elles pourraient acquitter.

Recommandation n°15 : L'animation du site AERAS et sa mise à jour régulière doivent impliquer davantage le secrétariat général des ministères économiques et financiers.

[169] Au total, le droit à l'oubli largo sensu d'implicite, doit devenir explicite et évolutif, à travers l'information des assurés (cf.2.1.3.3) et le processus d'intégration régulière des progrès médicaux (cf.2.1.1).

2.2 Ces avancées doivent être garanties par le suivi de la convention et par le contrôle de sa mise en œuvre

2.2.1 La dynamique conventionnelle conduit à revoir l'organisation des instances de la convention

2.2.1.1 La commission des études et recherches

[170] La commission des études et recherches, du fait des nombreuses difficultés rencontrées dans son fonctionnement, n'a pu faire la preuve de son efficacité et en particulier n'a pu faire progresser l'intégration du progrès thérapeutique. L'observatoire des risques ou le groupe de travail qui fait l'objet du titre III de la convention qui lui sont rattachés n'ont jamais vu le jour. Cette pléthore d'instances ou de groupes de travail mérite d'être réduite, et que soient revus tant les compétences que le fonctionnement des différentes instances.

Recommandation n°16 : L'observatoire des risques ou le groupe de travail du titre III sont substitués à l'actuelle commission des études et des recherches avec les moyens

financiers de cette dernière et rattachés directement à la commission de suivi. L'observatoire ou le groupe sont chargés de préparer les avis de cette dernière dans son domaine de compétence.

2.2.1.2 Conforter les moyens de la commission de médiation pour préserver son indépendance et permettre l'extension de ses missions

[171] Le champ de la commission de médiation doit rester celui de la convention. Du fait de l'accord entre les signataires du protocole du 24 mars 2015, la convention devra s'étendre aux tarifs pratiqués ; il doit en être de même pour l'intervention de la médiation.

[172] La médiation se distingue par son indépendance par rapport aux parties à la convention dans les réponses aux réclamations individuelles. Le fonctionnement actuel repose sur des moyens attribués par l'ACPR en vertu de la convention mais dont l'ACPR n'est pas signataire. Il pourrait être souhaitable de conforter ces moyens et de fixer leur organisation au sein de l'ACPR et de prévoir qu'un accord soit passé à ce sujet entre l'ACPR et le président de la commission de suivi.

[173] Cet accord pourrait notamment fixer les règles de transmission des dossiers entre la commission de médiation et le service de réclamation des assurés. Il pourrait également entériner une adaptation des moyens dédiés à la commission de médiation parallèlement à l'extension de son champ aux règles tarifaires.

Recommandation n°17 : Les moyens de la commission de médiation sont confortés par accord entre le président de la commission de suivi et l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

2.2.1.3 La commission de suivi et de propositions de la convention

[174] Comme pour l'ensemble des instances, la mission insiste sur l'importance des rapports d'activité et des évaluations à produire.

[175] Comme cela a été fait en 2011, un travail de formalisation d'indicateurs de suivi, associés à une personne responsable, avec un calendrier associé pourrait être mené. Outre le secrétariat des réunions de la commission, la DG Trésor et la DSS auraient aussi en charge de suivre ces indicateurs.

Recommandation n°18 : La commission de suivi doit être dotée d'indicateurs permettant d'exercer sa mission de suivi.

2.2.2 Le contrôle de la mise en œuvre de la convention doit être déterminé et équivalent pour tous les acteurs et inscrit dans la loi

[176] Le protocole signé le 24 mars ne fait pas référence au contrôle de la mise en œuvre de la convention, mais à ce stade d'exigence des principes fixés, ceux-ci risqueraient d'être nuls et non avenus si leur respect n'était pas contrôlé.

- [177] L'hétérogénéité de contrôle entre les assureurs et les banquiers (cf. 1.2.5.2) selon leur secteur d'activité ou leur adhésion à telle ou telle organisation est difficilement compréhensible. En effet, les banques ont une co-responsabilité avec les assureurs dans la mise en œuvre de la convention. Au-delà de leur rôle d'intermédiaire des assureurs pour la conclusion des contrats d'assurance, la convention leur donne également des responsabilités propres (par exemple : acceptation des garanties alternatives à l'assurance). Enfin ils ont aux côtés des assureurs un intérêt économique à l'opération, puisqu'ils partagent les bénéfices issus des opérations de l'assurance emprunteur : l'assurance emprunteur représentait en 2012 un chiffre d'affaires de 8,2 milliards d'euros, dont 5,9 milliards d'euros pour les prêts immobiliers. Cette activité est très concentrée et très bénéficiaire, et le bénéfice de l'assureur est partagé avec l'établissement de crédit sous la forme de commissions. (cf rapport IGF relatif à l'assurance emprunteur de novembre 2013 : " les contrats d'assurance emprunteur distribués par les établissements bancaires permettent à ceux -ci de bénéficier de commissions élevées".).
- [178] Il est donc proposé une mesure d'harmonisation permettant à l'ACPR de disposer des mêmes pouvoirs de contrôle, que les organismes interviennent dans les secteurs assurantiel ou bancaire.
- [179] L'ACPR consultée sur les dispositions législatives à adopter, propose de garantir l'accès au crédit dans les conditions de l'article L. 1141-2 du code de la santé publique en inscrivant cette garantie dans le code monétaire et financier.
- [180] Dans le chapitre de ce code consacré aux crédits (livre III, titre 1er), le respect de la convention AERAS serait imposé par une disposition législative à l'ensemble des établissements distribuant des crédits. Cette disposition permettrait à l'ACPR de contrôler le respect de cette convention dans le secteur bancaire dans les mêmes conditions et avec les mêmes prérogatives que pour les organismes d'assurance.
- [181] La rédaction finale proposée par la mission serait la suivante :
- Dans la section 1 du chapitre III du Titre Ier du Livre III du code monétaire et financier, insérer, après la sous-section 3, figurerait une sous-section 4 ainsi rédigée :
 - « *SOUS-SECTION 4 : ACCES AU CREDIT ET RISQUES AGGRAVÉS*
 - *L.313-6-1 : L'accès au crédit est garanti, dans les conditions fixées par les articles L.1141-1 et suivants du code de la santé publique ».*
- [182] Cette solution est préférable à l'insertion dans le code de la consommation qui rassemble l'ensemble des règles relatives à la protection de la clientèle en matière de crédit immobilier et de crédit à la consommation mais ne concerne pas les prêts professionnels.
- [183] En complément, l'adossement législatif de la convention AERAS à l'article L. 1141-2-1 du code de la santé publique pourrait être étendu aux modalités de contrôle de l'effectivité de la convention.
- [184] L'article L 1141-2-1 du code de la santé publique serait ainsi complété :
- "Après le 10°, ajouter : 11° Les modalités de contrôle de l'effectivité de la convention".
- Recommandation n°19 : Dans le code monétaire et financier (livre III, titre 1er, chapitre III, section 1) est créée une sous section 4 "accès au crédit et risques aggravés". L'article L.1141-2-1 du code de la santé publique est modifié pour étendre le champ de la convention à ses modalités de contrôle.**
- [185] La convention devrait prévoir qu'entre dans le rôle de la commission de suivi et de son président le pouvoir d'établir d'accord-parties avec l'ACPR, portant notamment sur le programme de contrôle ou les contenu et forme du rapport annuel de l'ACPR à la commission de suivi.

- [186] En conclusion, la mission recommande d'utiliser de façon complémentaire les différentes sources juridiques visant à améliorer l'accessibilité à l'emprunt et à l'assurance en cas de risque aggravé de santé.
- [187] La convention AERAS doit être la première source et traduire l'équilibre subtil obtenu entre les différentes parties signataires. Les principes doivent y figurer, tandis que les modalités pratiques (calendrier, règles détaillées sur les questionnaires de santé, ...) peuvent être inscrites dans les annexes à la convention dès lors qu'il est précisé que ces annexes font partie intégrante de la convention.
- [188] La loi doit être réservée à des règles de portée générale. La convention étant d'ores et déjà adossée à la loi, adossement qui peut cependant être précisé, la loi doit en première lieu assurer que seront possibles des contrôles de l'effectivité de la convention. Ainsi est-il proposé, après concertation avec l'ACPR, d'intégrer la convention AERAS dans le code monétaire et financier, dans les règles relatives aux crédits, afin que tous les acteurs du secteur, quels qu'ils soient, soient soumis à des contrôles équivalents pour l'application de la convention. En deuxième lieu, et sur le modèle de la loi Evin relative à la prévoyance complémentaire, la loi peut venir renforcer les garanties offertes en matière d'assurance emprunteur.
- [189] Ces deux niveaux peuvent être complétés par la signature d'une charte ou convention entre le président de la commission de suivi et l'ACPR, amenée à diligenter les contrôles et qui fournit actuellement les moyens de fonctionnement de la commission de médiation.
- [190] Enfin, la mission écarte le recours à des circulaires ou normes professionnelles pour traduire les accords intervenus entre les parties. Elles ne s'accompagnent pas d'un pouvoir de contrôle des fédérations professionnelles et sont, par nature, limitées au champ des adhérents des fédérations concernées.
- [191] Un calendrier impératif de mise en œuvre doit être associé à l'ensemble des mesures retenues.

Signataires du rapport

Laurence ESLOUS

Isabelle YENI

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable
1	Une liste unique de pathologies, cancéreuses et chroniques, tenant lieu de programme de travail, devrait être adoptée par la commission de suivi.	Instances de la convention
2	Une grille de référence affecte à chaque pathologie (ou stade de la pathologie) présente sur la liste adoptée par la commission de suivi, des délais au-delà desquels s'exerce le droit à l'oubli. Pour les cas où les conditions de délais ne peuvent être remplies, la grille comporte des conditions alternatives qui permettent par principe d'obtenir le bénéfice d'une assurance au tarif normal et sans exclusion de garantie ou à des conditions s'en rapprochant. La grille, établie garantie par garantie, précise au cas par cas s'il est fait application du tarif normal ou d'un tarif majoré d'une surprime dont l'ampleur est précisée.	Instances de la convention
3	L'observatoire des risques a pour mission de préparer le programme de travail des équipes chargées d'établir la grille de référence pathologie par pathologie, et d'émettre des propositions à destination de la commission.	Instances de la convention
4	Le mécanisme de solidarité doit être appliqué dès le premier niveau et son champ étendu en abaissant le niveau de taux effectif global le déclenchant.	Instances de la convention
5	En matière de prêts à la consommation, l'absence de questionnaire de santé doit être étendue aux garanties incapacité-invalidité, et le montant des prêts concernés par cette absence de déclaration doit être augmenté.	Instances de la convention
6	Les établissements de crédit doivent rendre compte aux instances conventionnelles du nombre de prêts octroyés sans assurance.	Instances de la convention
7	La durée de l'assurance doit pouvoir être réduite par rapport à la durée du prêt.	Instances de la convention
8	Le fonctionnement du troisième niveau de la convention doit être revu pour permettre aux réassureurs d'examiner les dossiers pour lesquels ils sont particulièrement compétents, de compléter leur information au cas par cas, et d'informer le candidat à l'emprunt des conditions auxquelles pourrait être revue une décision d'attente ou négative.	Instances de la convention
9	Les différentes conditions d'âge figurant dans la convention doivent être relevées.	Instances de la convention
10	Les projets de questionnaires révisés pour faire entrer le droit à l'oubli dans la pratique des assureurs et des banquiers devraient être soumis, sous l'égide des associations de patients, à des <i>focus groups</i> . Les questionnaires validés devraient être transmis à la commission de médiation pour information.	Instances de la convention
11	Une mesure législative doit encadrer les clauses contractuelles sur le modèle de la loi Evin (article 3) du 31 décembre 1989. A défaut de mesure législative, la disposition doit être intégrée dans la convention.	Ministère de la santé (DSS)
12	L'information générale des consommateurs sur les tarifs de base et les fourchettes de surprimes est délivrée sur les sites internet de chaque assureur.	Instances de la convention

13	Dans chaque proposition d'assurance individuelle sont précisés le taux normal et la surprime appliquée.	Instances de la convention
14	L'information sur le mécanisme de solidarité doit être systématiquement présente dès qu'une proposition d'assurance prévoit une surprime ; la simulation de l'écrêtement devrait être faite par l'interlocuteur en matière de crédit.	Instances de la convention
15	L'animation du site AERAS et sa mise à jour régulière doivent impliquer davantage le secrétariat général des ministères économiques et financiers.	Ministère des finances
16	L'observatoire des risques ou le groupe de travail du titre III sont substitués à l'actuelle commission des études et des recherches avec les moyens financiers de cette dernière et rattachés directement à la commission de suivi. L'observatoire ou le groupe sont chargés de préparer les avis de cette dernière dans son domaine de compétence.	Instances de la convention
17	Les moyens de la commission de médiation sont confortés par accord entre le président de la commission de suivi et l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution.	Instances de la convention, ACPR
18	La commission de suivi doit être dotée d'indicateurs permettant d'exercer sa mission de suivi.	Instances de la convention
19	Dans le code monétaire et financier (livre III, titre 1er, chapitre III, section 1) est créée une sous section 4 "accès au crédit et risques aggravés". L'article L.1141-2-1 du code de la santé publique est modifié pour étendre le champ de la convention à ses modalités de contrôle.	Ministère des finances (DG Trésor) et ministère de la santé (DSS)

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

La Ministre
CBI/NL D14-2870

Paris, le 13 NOV. 2014

NOTE

à l'attention de

Monsieur Pierre BOISSIER
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : Appui à l'évolution de la convention « S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé » (AERAS)

Afin de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant ou ayant eu un problème grave de santé, les pouvoirs publics, les fédérations professionnelles de la banque, de l'assurance et de la mutualité et les associations de malades et de consommateurs ont signé une convention intitulée « S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé » (AERAS).

Cette convention s'inscrit dans une démarche visant à offrir une meilleure accessibilité à l'emprunt qui a été entreprise sous l'impulsion des pouvoirs publics avec le rapport Jolivet qui a conduit en 1991 à la mise en place d'un dispositif initialement prévu pour les seules personnes séropositives. Ce dispositif a ensuite été complété et élargi par la convention Belorgey du 19 septembre 2001 à toute personne présentant un risque de santé aggravé.

La loi du 31 janvier 2007 relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé inscrit les grands principes de cette convention dans le code de la santé publique¹ afin d'assurer l'effectivité de la convention. Dans son article premier, elle affirme que : « *Toute personne présentant, du fait de son état de santé ou de son handicap, un risque aggravé peut se prévaloir de la convention* ».

La Convention AERAS, actuellement en vigueur, a été renouvelée le 1^{er} février 2011 à l'issue d'un cycle de négociation ayant duré près d'un an.

Le plan Cancer 3 porte une ambition nouvelle en fixant l'objectif d'instaurer un « droit à l'oubli » (action 9.13). Le plan prévoit ainsi d'« *étudier entre les différentes parties à la convention AERAS, les conditions permettant, dans l'année 2015, l'instauration d'un « droit à l'oubli », c'est-à-dire un délai au-delà duquel les demandeurs d'assurance ayant eu un antécédent de cancer n'auront plus à le déclarer* ». La mesure concerne en priorité les cancers pédiatriques, mais devra également être généralisée aux autres types de cancers. La démarche proposée s'agissant des cancers pourra être prolongée, dans le cadre de la convention AERAS, aux autres pathologies.

Le gouvernement attache un intérêt majeur à la mise en œuvre de cette action : en effet si une mise en œuvre conventionnelle est privilégiée, à défaut de mise en œuvre avant la fin de l'année 2015, la mesure sera organisée par voie législative afin de garantir son application rapide.

¹ Articles L.1141-2 à L. 1141-4 (Cf. annexe)

Dans l'optique de la mise en place opérationnelle du « droit à l'oubli », je souhaiterais qu'une mission de l'Inspection générale vienne appuyer les réflexions du groupe de travail consacré au « droit à l'oubli » présidé par M. Emmanuel Constans, au sein de la Convention AERAS. Elle pourrait utilement s'articuler autour des axes suivants :

- 1- La réalisation d'un état des lieux des données disponibles en termes de mortalité et de morbidité occasionnées par les pathologies cancéreuses. Il est attendu de la mission qu'elle procède au recensement des données mobilisables et des études existantes en France et à l'international sur les modèles de guérison et les probabilités de survie par types de cancer et qu'elle porte une attention particulière aux cancers pédiatriques. La mission pourra, à cette fin, prendre l'attache de la direction générale de la santé (DGS), de la commission des études et recherches (CER) instaurée par la convention AERAS ainsi que de l'Institut national du Cancer (INCa).
- 2- La mission devra également se rapprocher des professionnels de la banque et de l'assurance, ainsi que de la direction générale du Trésor (DGT) et de l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), afin d'apprécier si le principe d'un « droit à l'oubli » existe déjà. A ce titre, l'analyse fine et comparative des questionnaires de santé simplifiés devra être conduite. Il conviendra d'étudier les différences de pratiques assurantielles en matière tarifaire mais également les informations sollicitées auprès des souscripteurs. D'une manière générale, la mission devra étudier l'impact de la mise en place d'une généralisation du « droit à l'oubli », les évolutions à mener quant à l'appréciation du risque par les organismes assureurs et les difficultés techniques susceptibles d'en découler.
- 3- Sur la base de ces analyses et des recommandations du groupe de travail, la mission devra proposer les modalités de la mise en œuvre, dans le cadre conventionnel, du « droit à l'oubli ». La mission pourra proposer un calendrier pour cette mise en œuvre afin de garantir la réalisation de l'objectif fixé par le plan Cancer 3 (éventuellement ciblé par pathologies, par garantie, durée de prêt, etc.). La mission devra également expertiser l'opportunité de l'instauration d'un « droit à l'oubli » sur d'autres pathologies. Ces modalités devront intégrer des propositions de rédaction des avenants à la convention actuelle matérialisant les engagements de l'ensemble des signataires.

La mission d'appui sera placée auprès de la commission de suivi et de propositions de la convention AERAS, présidée par M. Belorgey, et plus particulièrement du groupe de travail consacré au « droit à l'oubli » présidé par M. Emmanuel Constans. Afin de respecter les engagements du plan Cancer 3, les travaux de la mission devront être conduits et finalisés avant le 31 mars 2015.


Marisol TOURAINE

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Cabinet de la ministre des affaires sociales de la santé et des droits des femmes

Mme Catherine Bismuth, conseillère chargée des politiques publiques de santé

Mme Mathilde Marmier, conseillère

Cabinet du ministre des finances

Mme Gabrielle d'Arailh, conseillère services financiers

Convention AERAS

M. Jean-Michel Belorgey, président de la commission de suivi

M. Emmanuel Constans, président de la commission de médiation

M. le dr William Dab, président de la commission études et recherches

Direction de la sécurité sociale (DSS)

M. Thomas Fatome, directeur de la sécurité sociale

Mme Agathe Denechere, sous-directrice des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire

M. Brice Lepetit, chef du bureau régimes professionnels de retraite et institutions de la protection sociale complémentaire

Mme Emilie Heyraud, bureau régimes professionnels de retraite et institutions de la protection sociale complémentaire

Direction générale de la santé (DGS)

M. le Dr Gilles Bignolas, chef du bureau maladies chroniques somatiques

Direction générale du Trésor (DG Trésor)

M. Thomas Groh, sous-directeur assurances

Mme Anne Blondy-Touret, chef du bureau marchés et produits d'assurance

Mme Françoise Georgin, adjointe au chef du bureau marchés et produits d'assurance

Mme Isabelle Bui, chef du bureau banque-finances 4

Mme Dominique Agniau-Canel, adjointe au chef de bureau banque-finances 4

Institut national du cancer (INCa)

Mme le Pr Agnès Buzyn, présidente

M. Thierry Breton, directeur général

M. le Dr Jérôme Viguière, pôle santé publique et soins

M. le Dr Philippe-Jean Bousquet, département observation veille évaluation

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)

M. Patrick Montagner, secrétaire général adjoint

M. Olivier Fliche, directeur, direction du contrôle des pratiques commerciales (DCPC)

M. Mark Béguery, directeur adjoint, DCPC

M. Charles Banaste, chef du service de coordination, DCPC

Mme Arielle Dalens, DCPC

M. Romain Bouriel, DCPC

Mme Fatima Brahmi, secrétaire de la commission de médiation - convention AERAS

Autorité de la concurrence

Mme Virginie Beaumeunier, rapporteur générale

Mme Juliette Thery-Schultz, rapporteure générale adjointe

Associations

Mme Marianick Lambert, Familles rurales
M. Marc Morel, directeur du CISS
M. Emmanuel Jammes, Délégué Société et politiques de santé Ligue contre le cancer
M. Medhi Aslam, ligne téléphonique Aidea (entretien téléphonique)
M. Maxime Chipoy, responsable des études, UFC Que choisir
M. Mathieu Escot, responsable adjoint des études, UFC Que choisir
Mme Karine de Crescenzo, responsable des relations institutionnelles, UFC Que choisir

Professionnels de l'assurance

Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)

M. Gilles Cossic, directeur des assurances de personnes
Mme Agnès Canarelli, actuaire, direction des assurances de personnes
Mme Candice Elmaleh, actuaire
M. Jérôme Cornu, directeur des études, des statistiques et des systèmes d'information
M. Alain Peuillet, direction des études et statistiques

Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA)

Mme Maud Schnunt
Mme Sophie Cremière-Bouxin

Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

M. Emmanuel Roux, directeur général
M. Jean-Philippe Diguët

Bureau commun des assurances collectives (BCAC)

M. Roberto Wolfrum, responsable du département technique, assurances de personnes
Mme Géraldine Ritzler, responsable des services risques aggravés et dépendance

RGA Reinsurance

M. David Dubois directeur du développement
M. Gurvan le Rhun responsable actuariat
Mme le dr Véronique Sagot responsable de la sélection des risques et des sinistres
Mme le dr Catherine Tchoreloff, médecin-conseil

Swiss Re

M. Pierre-Yves Le Corre, directeur vie et santé
M. Michel Joie directeur commercial vie et santé
Mme le dr Agnès Lassalle, vice-présidente
Mme Agnès Bauer, actuaire, responsable technique actuariat
M. le dr Urs Widmer, médecin chef du groupe Swiss Re (Zurich)

CCR

Jean-Paul Burdeau directeur vie-Assurances de personnes
Edith de la Villesbret, médecin conseil

SCOR

M. le Dr Malamud, médecin senior

Partner Re

M. le Dr Nathan Azerraf
M. Pierre Rivier, actuaire
M. Olivier Dessus, responsable d'équipe sélection des risques

CNP

M. Yves Couturier directeur clientèle modèle ouvert
M. André Molin responsable adjoint de la gestion emprunteur

Natixis Assurances

M. Laurent Doubrovine, DG délégué

Crédit Agricole Assurances – CACI – Creditor Insurance

M. Henri Le Bihan, directeur général
M. Philippe Rebout, responsable du centre de gestion
M. Dominique Boone, actuaire

Assurances du Crédit Mutuel

M. Etienne Depeyre
M. Germain Gein

Professionnels de la banque**Fédération bancaire française (FBF)**

M. Pierre Bocquet, directeur du département banque de détail et banque à distance
M. Alain Richon, département banque de détail et banque à distance

Association française des sociétés financières (ASF)

Mme Françoise Palle-Guillabert, délégué général
Mme Marie-Anne Bousquet-Suhit, responsable du secteur financement des particuliers et des entreprises

M. Laurent Bertonnaud, BNP Paribas, responsable relations de place
Mme Marie-Christine Caffet, confédération nationale du Crédit Mutuel, directrice du développement

Personnalités qualifiées

Mr le Pr Jean-Jacques Altman, service de diabétologie endocrinologie nutrition, hôpital européen Georges Pompidou
M. Michel Fromenteau, professeur titulaire de la chaire d'actuariat du CNAM
M. le Pr Pierre-François Plouin, chef de l'unité hypertension artérielle, hôpital européen Georges Pompidou
M. le Pr Martin Schlumberger, institut de cancérologie Gustave Roussy
Mme le Pr Catherine Thieblemont, chef de service d'oncohématologie, hôpital St Louis Paris
Mr le Pr Yazdan Yazdanpanah, chef de service de maladies infectieuses, hôpital Bichat Paris

ANNEXE : LE PROTOCOLE SIGNE LE 24 MARS 2015 ET SA TRADUCTION EN AVENANT A LA CONVENTION AERAS

[192] La première partie de la mission, centrée sur la mise en œuvre du droit à l'oubli prévu dans le plan Cancer 2014-2019, s'est conclue avec la signature du protocole d'accord du 24 mars 2015. En présence du président de la République, ce protocole, dont le contenu figure dans l'encadré ci-dessous, a été signé par le ministres des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, le président du comité consultatif du secteur financier également président du groupe de travail sur le droit à l'oubli, la présidente de la Ligue contre le cancer, la présidente de l'INCa, la représentante du CISS, le président de la FFSA, le président du GEMA et le représentant de l'Association française des établissements de crédit et des entreprises d'investissement (AFECEI).

Le troisième Plan Cancer, lancé par le Président de la République début 2014, comporte un volet très ambitieux sur l'après cancer. L'amélioration de la Convention AERAS en est un axe prioritaire, avec notamment l'introduction d'un « droit à l'oubli » permettant, après un certain délai, aux personnes ayant vaincu la maladie de souscrire une assurance emprunteur sans avoir rien à déclarer ou sans surprime.

À la suite du groupe de travail spécifique présidé par M. Emmanuel Constans, le présent protocole vise à mettre en œuvre un tel droit à l'oubli et à améliorer la rapidité de la prise en compte par les assureurs, dans la tarification des risques, des avancées thérapeutiques pour les personnes ayant été atteintes d'une pathologie cancéreuse.

Cette avancée importante pourra ultérieurement bénéficier à des personnes atteintes d'autres pathologies. Il reviendra à la Commission des études et recherches de la Convention AERAS de mettre cet engagement en œuvre, au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires.

Pour les contrats d'assurance de prêt, il sera instauré par le présent protocole :

- **un droit à l'oubli pour les cancers survenus avant l'âge de 15 ans, 5 ans après la date de fin du protocole thérapeutique.** Les candidats à l'assurance n'auront rien à déclarer dans ce cas à l'assureur.
- **un droit à l'oubli pour toutes les pathologies cancéreuses, 15 ans après la date de fin du protocole thérapeutique.** Les candidats à l'assurance n'auront rien à déclarer dans ce cas à l'assureur.
- **une grille de référence, permettant d'assurer au tarif normal des personnes ayant contracté certains cancers, dès lors que la date de fin du protocole thérapeutique a cessé depuis un certain nombre d'années inférieur à 15 ans.** Cette grille sera actualisée au moins lors de chaque renouvellement de la convention par le groupe de travail rattaché à la Commission des études et des recherches, prévu par le titre III de la Convention AERAS.

Les contrats concernés seront ceux relevant de la Convention AERAS qui couvrent des demandes d'assurance relatives à des opérations de prêts dont le montant est inférieur ou égal à 320.000 euros et dont la durée est telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans en fin de prêt.

Les dispositions de ce protocole feront l'objet d'un avenant à la convention dans un délai de trois mois au plus à compter de la signature du présent protocole.

- [193] Dans les trois mois de sa signature, le protocole prévoit que ses dispositions seront intégrées dans un avenant à la convention AERAS. La direction générale du Trésor a proposé qu'un nouveau titre spécifique au droit à l'oubli soit créé dans la convention. Dans ce cadre, la mission a proposé l'avenant ci-dessous.

TITRE IV : LE DROIT A L'OUBLI

Le présent titre bénéficie aux personnes atteintes ou ayant été atteintes d'une pathologie qu'ils n'auront plus à déclarer lors de la souscription d'une assurance emprunteur, passé certains délais.

En-deça de ces délais, sur la base de critères notamment de temps qui pourront être adaptés pathologie par pathologie et en fonction des progrès thérapeutiques, l'assurance sera possible au tarif normal, sans surprime ni exclusion ou en se rapprochant des conditions standard.

Les pathologies qui pourraient bénéficier de l'ensemble de ces dispositions seront inscrites pour étude sur une liste. Les critères notamment de temps, les niveaux de primes et les garanties (décès, incapacité-invalidité) seront détaillés au cas par cas dans une grille de référence.

Les formulaires de déclaration du risque (déclarations de bonne santé, questionnaires de santé) renseignés par les candidats à l'emprunt ainsi que les conditions générales des contrats devront être adaptés. Ils devront être mis à jour régulièrement pour tenir compte des données inscrites dans la grille.

Selon les dispositions qui suivent, les parties signataires décident de commencer par les pathologies cancéreuses

1) Les pathologies pouvant faire l'objet de dispositions protectrices

1.1. absence de déclaration au-delà de délais à définir

- pour les pathologies cancéreuses

Aucune information médicale relative à une pathologie cancéreuse ne pourra être sollicitée par l'assureur dès lors que le protocole thérapeutique relatif à cette pathologie est achevé depuis plus de 15 ans.

Pour les cancers diagnostiqués jusqu'à l'âge de 15 ans révolus, ce délai est ramené à 5 ans.

Si l'emprunteur fait état d'informations médicales relatives à une pathologie pour laquelle aucune information ne peut être sollicitée en vertu de deux premiers alinéas, il n'est pas tenu compte de ces informations.

Aucune surprime ni exclusion de garantie ne peut être appliquée aux candidats à l'emprunt du fait d'une pathologie entrant dans le cadre prévu par les deux premiers alinéas.

Ajouter une définition de la fin du protocole thérapeutique

- pour les autres pathologies

D'autres pathologies pourront bénéficier des mêmes dispositions sur décision de la commission de suivi.

1.2. Assurance possible sans surprime ni exclusion

En-deça des délais autorisant la non déclaration, une assurance sera possible pour les pathologies retenues par la commission de suivi au tarif normal, sans surprime et sans exclusion de garanties ou dans des conditions se rapprochant des garanties standard.

2) Les modalités pratiques

2.1. La liste des pathologies

La liste des pathologies à étudier est arrêtée régulièrement par la commission de suivi, avec un calendrier associé.

2.2. Mise en place d'une grille de référence

Pour les pathologies retenues à partir de la liste visée au 2.1., une grille de référence établie par le groupe de travail mentionné au titre III indique :

- i) les différents délais autorisant la non déclaration, ou l'assurance sans surprime et sans exclusion
- ii) les autres conditions auxquelles devrait être associé le bénéfice d'une assurance sans surprime ni exclusion de garantie, ou dans des conditions se rapprochant des garanties standard pour les garanties incapacité-invalidité, notamment pour les maladies chroniques.

Les assureurs s'engagent à respecter cette grille dans leurs pratiques de tarification pour toutes les souscriptions postérieures à l'établissement de la dite grille.

Une première liste comportant des pathologies cancéreuses et chroniques est établie avant le 31 décembre 2015. Une première grille de référence est adoptée avant le 31 décembre 2015 pour les pathologies cancéreuses.

2.3. Prise en compte continue des avancées de la science pour toutes les pathologies

Le groupe de travail mentionné au titre III met à jour la grille de référence sur demande de membres de la commission de suivi et en fonction des avancées thérapeutiques.

Cette grille de référence est annexée annuellement à la présente convention et publiée sur le site de la convention.

Le titre III est modifié en conséquence.

SIGLES UTILISES

ACPR	Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
AERAS	S'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé
AFA	Association française de l'assurance
ALD	Affections de longue durée
ASF	Association française des sociétés financières
BCAC	Bureau commun des assurances collectives
CCSF	Comité consultatif du secteur financier
CER	Commission des études et recherches
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
DGCCRF	Direction générale de concurrence de la consommation et de la répression des fraudes
DGS	Direction générale de la santé
DG Trésor	Direction générale du Trésor
DSS	Direction de la sécurité sociale
FBF	Fédération bancaire française
FFSA	Fédération française des sociétés d'assurance
FNMF	Fédération nationale de la mutualité française
GEMA	Groupement des entreprises mutuelles d'assurance
GIS	Garantie invalidité spécifique
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
INCa	Institut national du cancer
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
PASS	Plafond annuel de la sécurité sociale
PTIA	Perte totale et irréversible d'autonomie
TEG	Taux effectif global
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine