

*Evaluation au 1^{er} juillet 2008
de l'application de la convention AERAS
"s'assurer et emprunter
avec un risque aggravé de santé"*

Septembre 2008

Plan du rapport

I. Présentation de la convention AERAS

I.1 La convention AERAS, qui a succédé à la convention Belorgey, s'inscrit dans la continuité d'une démarche conventionnelle engagée depuis 1991

I.2 Un champ d'intervention de la convention élargi par rapport à la convention précédente

I.2.1 Les améliorations apportées aux dispositions de la convention précédente

I.2.2 Les avancées de la convention AERAS

I.3 Un dispositif d'évaluation

II. Mise en place des instances et des outils nécessaires au fonctionnement de la convention AERAS

II.1 La mise en place des instances de suivi de la convention

II.1.1 Commission de suivi et de propositions,

II.1.2 Commission de médiation

II.1.3 Commission des études et de recherches

II.2 Mise au point d'une méthodologie pour procéder à l'évaluation de l'application de la Convention

III. Premiers résultats

III.1 L'information sur la convention AERAS

III.1.1 La notoriété de la convention

III.1.2 L'information diffusée par les pouvoirs publics

III.1.3 L'information diffusée par les professionnels

III.1.3.1 L'information diffusée par les établissements de crédit

III.1.3.2 L'information diffusée par les entreprises d'assurance

III.1.4 L'information diffusée par les associations

III.1.5 La convention AERAS et la presse écrite

III.2 La formation des conseillers bancaires et la désignation de référents au sein des réseaux bancaires

III.3 Les statistiques AERAS

III.3.1 Précisions méthodologiques sur le nombre de demandes d'assurance et celui des dossiers traités

III.3.2 Les propositions des assureurs

III.3.3 La tarification

III.3.4 Le taux d'acceptation des assurés

III.3.5 Le dispositif d'écrêtement des surprimes d'assurance

III.4 Les autres engagements

III.4.1 Le respect de la confidentialité des données médicales

III.4.2 Le respect des délais d'instruction des dossiers

III.4.2.1 respect des délais d'instruction par les assureurs

III.4.2.2 respect des délais par les établissements de crédit

III.4.3 L'établissement de devis d'assurance

III.4.4 Le respect de la motivation des refus d'assurance

III.4.5 La délégation d'assurance

III.4.6 Les garanties alternatives à l'assurance

IV. Bilan d'étape de l'application de la convention AERAS

IV.1 Les forces

IV.2 Les faiblesses et voies d'amélioration possibles

IV.3 Recommandations

Conclusion

Annexes

Annexes générales

- Texte de la convention ~ [annexe 1](#)
- Loi 2007-131 du 31 janvier 2007 ~ [annexe 2](#)
- La distribution de crédits en France en 2007 ~ [annexe 3](#)

Annexes liées aux indicateurs

1. Tableau récapitulatif des indicateurs d'évaluation ~ [annexe 4](#)

2. Rapports d'activité des instances de la Convention AERAS

- Rapport d'activité de la Commission de médiation ~ [annexe 5](#)
- Rapport d'activité de la Commission des études et recherches ~ [annexe 6](#)

3. Indicateurs liés à l'information sur la Convention

- Mini-guide bancaire sur la convention ~ [annexe 7](#)
- Dépliant de la FFSA sur la convention ~ [annexe 8](#)
- Dépliant du GEMA sur la convention ~ [annexe 9](#)
- Dépliant sur le site officiel de la convention, 5 conseils aux emprunteurs ~ [annexe 10](#)

4. Annexes liées à la notoriété de la Convention et au ressenti des personnes

- Statistique sur la ligne AIDEA (septembre 2006-août 2008) ~ [annexe 11](#)
- Question posée dans le cadre du sondage Louis Harris pour le baromètre des droits des malades ~ [annexe 12](#)
- Enquête qualitative flash du CISS ~ [annexe 13](#)

5. Annexes liées aux propositions d'assurance, au dispositif d'écrêtement des surprimes

- Statistiques des demandes et des propositions d'assurance 2007 (FFSA) ~ [annexe 14](#)
- Statistiques sur le dispositif d'écrêtement des surprimes (FFSA) ~ [annexe 15](#)
- Fiche FFSA-FBF sur fonctionnement du mécanisme d'écrêtement des surprimes ~ [annexe 16](#)

En France l'obtention d'un crédit immobilier est quasi-systématiquement associée à la souscription d'une assurance emprunteur couvrant un ou plusieurs des risques suivants : décès, perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) et invalidité. L'assurance emprunteur constitue une garantie à la fois pour le prêteur et pour l'emprunteur et ses éventuels ayants droit. L'assurance est de ce fait un élément déterminant de l'accès au crédit.

Dans la mesure où il n'existe pas de droit au crédit, les établissements de crédit apprécient les conditions de solvabilité présentées par les candidats à l'emprunt, c'est-à-dire leur capacité à assumer les charges de remboursement de leurs emprunts, au regard des risques encourus sur la durée des prêts.

Ce lien étroit entre l'assurance et l'emprunt peut rendre difficile l'accès à l'assurance et donc au crédit pour les personnes présentant un risque aggravé. En effet, l'assureur tarifie la garantie qu'il propose en fonction de la probabilité que le risque se réalise. Plus la probabilité de réalisation du risque est forte, plus le coût de la couverture assurantielle est élevé. Il peut même devenir exorbitant en cas de quasi certitude de la réalisation du risque, rendant ce risque inassurable dans certaines situations.

On parle de « risque aggravé » quand le risque de voir se produire l'événement garanti pour une personne déterminée est statistiquement supérieur à celui d'une population de référence. Ainsi pour l'assurance décès, le risque aggravé peut être défini comme une espérance de vie réduite par rapport à la population des emprunteurs d'un groupe considéré. Le risque peut être aggravé par l'âge de l'assuré, son surpoids ou son comportement dans la vie quotidienne (*tabagisme, sports ou professions à risques par exemple*).

On parle de « risque aggravé de santé » pour les personnes qui, malades, ayant été malades ou particulièrement susceptibles d'être malades, présentent un risque de morbidité ou/et de mortalité statistiquement supérieur au risque standard d'une population de référence.

Toutefois, la notion de « risque aggravé de santé » évolue dans le temps. Un risque de santé dont la gravité était considéré comme inassurable il y a dix ans, peut être aujourd'hui devenu assurable grâce aux progrès des traitements médicaux pris en compte par les assureurs (*ex, la séropositivité*).

La prévalence croissante des maladies chroniques, l'augmentation de la durée de la vie humaine et l'aspiration croissante à l'accession à la propriété ont conduit à faire de l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé un enjeu politique et social important.

C'est pourquoi, l'Etat, les professionnels de la banque et de l'assurance et les associations de malades ont cherché des solutions pour améliorer l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé. L'Etat et les assureurs d'abord s'y sont engagés dès 1991 en faveur des personnes séropositives et en choisissant la voie conventionnelle.

La convention AERAS, s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé, en vigueur depuis le 6 janvier 2007, qui s'inscrit dans la lignée de cette convention de 1991, représente la traduction la plus récente et la plus avancée de cet engagement collectif.

La Commission de suivi et de propositions de la convention AERAS, une des trois instances mises en place pour veiller à la bonne application de la convention, a été chargée aux termes des dispositions de l'article 5 de la loi n°2007-131 du 31 janvier 2007 relative à l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé, d'établir un premier rapport d'évaluation de l'application de la convention au 1^{er} juillet 2008 qui doit être remis au Gouvernement et au Parlement. Le présent rapport répond à cette obligation. La loi prévoit également qu'un second rapport d'évaluation soit réalisé trois mois avant la fin de la première période triennale de mise en œuvre de la convention.

La première partie du rapport rappelle sommairement le dispositif conventionnel, *la seconde partie* traite de la méthodologie retenue pour définir les indicateurs d'évaluation, *la troisième partie* est consacrée aux résultats de cette première évaluation et *la quatrième* au bilan intermédiaire qu'il est possible d'en tirer après dix-huit mois de mise en œuvre.

I. Présentation de la convention AERAS

I.1 La convention AERAS, qui a succédé à la convention dite Belorgey, s'inscrit dans la continuité d'une démarche conventionnelle engagée en 1991

La convention AERAS résulte d'un accord entre l'Etat, les organisations professionnelles de la banque et de l'assurance, les associations représentant les malades et anciens malades et les consommateurs. Elle engage individuellement et collectivement ses signataires pour appliquer les dispositions conventionnelles en vue de faciliter au maximum l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé. La convention ne constitue pas pour autant un droit à l'assurance ou au crédit.

La convention AERAS s'inscrit dans la continuité d'un processus engagé en septembre 1991 avec la mise en place par les pouvoirs publics et les professionnels de l'assurance de la convention Assurance et Sida, destinée à apporter des aménagements tangibles à l'assurance décès des crédits immobiliers en faveur des personnes séropositives. Cette première convention, outre son champ d'application restreint, n'a répondu que de façon partielle aux attentes qu'elle avait suscitées. Elle a fait place à la convention dite Belorgey, signée le 19 septembre 2001 entre l'Etat, les professionnels de la banque et de l'assurance et les associations représentant les malades et les consommateurs, dont l'objectif était de mettre en place un dispositif élargi destiné à couvrir l'ensemble des pathologies.

La convention Belorgey a apporté d'importantes améliorations par rapport à la convention de 1991. Ces améliorations ont porté sur le principe d'une analyse systématique de toute demande d'assurance à trois niveaux possibles afin de repousser les limites de l'assurabilité des risques aggravés de santé, la recherche par l'établissement de crédit de garanties alternatives lorsque l'assurance n'était pas possible et la mise en place d'un code de bonne conduite relatif à la collecte et l'utilisation des données de santé concernant les

emprunteurs en vue de la souscription ou l'exécution d'un contrat d'assurance¹.

Malgré ces avancées, la convention Belorgey s'est heurtée à plusieurs limites : une couverture assurantielle incomplète, le dispositif étant, au moins dans sa lettre, limité à la garantie décès alors même que la garantie incapacité-invalidité est généralement demandée par les établissements de crédit, l'absence de disposition permettant aux emprunteurs financièrement les plus modestes de pouvoir faire face aux surprimes d'assurance, un faible niveau de connaissance de la convention, notamment auprès des publics concernés et enfin l'absence de données statistiques permettant de procéder à une évaluation chiffrée de l'application de la convention². Le besoin s'est donc fait sentir d'un renforcement du dispositif conventionnel prévoyant en particulier l'intégration de la garantie incapacité-invalidité et la création d'un fonds destiné à alléger la charge pour les emprunteurs des surprimes d'assurance.

Forts de ce bilan partagé sur les avancées mais aussi sur les limites de la convention Belorgey, et sous l'impulsion du *Président de la République Jacques Chirac*, les pouvoirs publics ont lancé en fin 2005 le projet d'une nouvelle convention plus ambitieuse qui apporterait des réponses aux attentes exprimées.

La négociation s'est engagée au printemps 2006 entre l'Etat, les organisations professionnelles de la banque et de l'assurance et les associations représentant les malades et les consommateurs ; elle s'est déroulée entre mai et juin sous l'égide des ministres *Thierry Breton et Xavier Bertrand*, respectivement ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et ministre de la santé et des solidarités, au rythme d'une à deux réunions hebdomadaires. En dépit de ce calendrier tendu, la négociation a abouti le 23 juin 2006 à un accord global sur un nouveau dispositif, la convention AERAS, s'assurer et emprunter avec

¹ Ce code qui a été repris par la convention AERAS fixe le cadre et les limites des informations que peuvent demander les assureurs dans le cadre des questionnaires de santé pour les besoins de leurs analyses de risques.

² L'article 144 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique demandait au Gouvernement de présenter un rapport au Parlement sur le fonctionnement de la convention Belorgey dans les six mois suivant la publication de la loi. Ce rapport a finalement été déposé en décembre 2006.

un risque aggravé de santé, dont la signature officielle est intervenue le 6 juillet 2006³. Conformément aux dispositions de la convention, la convention AERAS est entrée en vigueur le 6 janvier 2007, six mois après sa signature, ce délai ayant été fixé pour permettre aux signataires de prendre les dispositions nécessaires à la mise en place de la nouvelle convention. La convention a une durée de trois ans et est renouvelable par tacite reconduction.

Par ailleurs, le Gouvernement qui entendait donner une consécration législative à la convention AERAS, a déposé à l'automne 2006 un projet de loi en ce sens devant le Parlement. Le texte a été adopté à l'unanimité le 11 décembre 2006 en première lecture par l'Assemblée nationale et le 18 janvier 2007 au Sénat. La loi 2007-131 du 31 janvier 2007 qui en résulte s'articule en trois points : elle définit le dispositif de la convention AERAS comme cadre de futures conventions, elle dispose que le pouvoir réglementaire se substituerait au cadre conventionnel en cas de rupture de la convention ou de refus des partenaires de négocier une nouvelle convention ; elle charge la Commission de suivi et de propositions d'AERAS de la remise de deux rapports d'évaluation au Gouvernement et au Parlement, le premier au 1^{er} juillet 2008 et le second trois mois avant la fin de la convention.

I.2 Un champ d'intervention élargi par rapport à celui de la convention précédente

Le texte de la convention AERAS a repris les dispositions de la convention précédente en y apportant des améliorations et a introduit des

³ Les signataires de la convention AERAS sont : pour l'Etat, les ministres de la santé et de l'économie, en ce qui concerne les organisations professionnelles pour les établissements de crédit l'AFECEI, pour le secteur des assurances la FFSA, le GEMA, la FNMF, pour les associations : Aides, l'Association des accidentés de la vie (FNATH), l'Association française des diabétiques (AFD), l'Association française des polyarthritiques (AFP), l'Association française contre les myopathies (AFM), le Collectif inter-associatif sur la santé (CISS), Familles rurales, la Fédération des AVIAM (association d'aide aux victimes des accidents médicaux et à leurs familles), la Fédération française des associations et amicales d'insuffisants respiratoires (FFAIR), l'Association nationale d'aide aux insuffisants rénaux (FNAIR), la Fédération nationale des associations de malades cardiovasculaires et opérés du cœur (FNAMOC), l'Association d'information et d'aide aux victimes d'infections nosocomiales, et d'accidents médicaux (Le Lien), la Ligue nationale contre le cancer, Sida Info Services, SOS Hépatites, l'Union féminine civique et sociale (UFCS), Vaincre la mucoviscidose.

innovations sur des points majeurs comme l'information, les délais de traitement des demandes d'assurance et de prêt, les devis d'assurance, l'intégration de la garantie invalidité et la création d'un dispositif d'écrêtement des surprimes d'assurance.

I.2.1 Les améliorations apportées aux dispositions de la convention précédente

a- La convention AERAS améliore l'accès à l'assurance et au crédit (crédits immobiliers, professionnels et crédits à la consommation affectés (*cf. Titre IV, 1 et 2*)). Le montant des crédits immobiliers et professionnels correspondant au 3^e niveau d'assurance (*cf. infim*) a été porté de 200 000 à 300 000€ avec un âge maximum de l'emprunteur de 70 ans au terme du prêt. Le montant des crédits à la consommation instruits sans questionnaire de santé a également été relevé de 10 000€ à 15 000€ avec une durée maximale de 4 ans et un âge limite de 50 ans à la souscription du crédit.

b- Les règles de confidentialité des données médicales (*cf. Titre II*) concernant le candidat à l'emprunt sont renforcées. La règle veut que le candidat à l'emprunt réponde seul au questionnaire de santé quel que soit le support utilisé, mais ce dernier peut être assisté à sa demande par le professionnel (conseiller bancaire, courtier...). Le candidat à l'emprunt remplit le questionnaire de santé sur place dans les locaux du professionnel ou à son domicile. Le code de bonne conduite précise notamment le circuit de transmission des données de santé de l'emprunteur, et les conditions dans lesquelles le questionnaire peut être remis au conseiller bancaire ou transmis en toute confidentialité au médecin conseil de l'assureur.

c- Le traitement de la demande d'assurance est organisé à trois niveaux en fonction du risque aggravé de santé, afin de repousser les limites de l'assurabilité (*cf. Titre IV, 1*) :

- le 1^{er} niveau correspond à des risques standards qui sont couverts à un tarif standard, et peuvent être acceptés directement par le conseiller bancaire dans le cadre de sa délégation d'assurance de groupe ;

- si le dossier est refusé au 1^{er} niveau, il est transféré automatiquement vers un dispositif d'assurance de 2^e niveau qui permet un examen plus personnalisé du dossier. L'acceptation du

dossier au 2^e niveau peut donner lieu à des exclusions partielles de garanties et/ou des surprimes ;

■ si le dossier est refusé au 2^e niveau, il est transmis au 3^e niveau dit « pool des risques très aggravés » où il est examiné par un pool de réassureurs⁴ sous réserve des conditions de montant et d'âge indiqués au (a). Le dossier peut être accepté avec exclusion partielle de garanties, des surprimes ou faire l'objet d'un refus.

d- Les établissements de crédit se sont engagés à accepter les délégations d'assurance (*Titre IV, 3*) qui leur sont apportées par les candidats à l'emprunt dès lors que ces contrats présentent un niveau de garantie équivalent à celui de l'assurance de groupe proposée par ces établissements.

e- Si l'assurance s'avère impossible à obtenir par le candidat à l'emprunt, l'établissement de crédit doit rechercher avec son client la possibilité de mettre en place des garanties alternatives à l'assurance (*cf. Titre IV, 5*) telles qu'une hypothèque sur un autre bien immobilier que le bien à acquérir, la mobilisation d'un portefeuille de valeurs mobilières ou de contrats d'assurance vie ou de prévoyance individuelle ou une caution.

I.2.2 Les avancées de la convention AERAS

a- L'information est considérée dans la convention AERAS comme centrale pour la bonne application du dispositif conventionnel. C'est la raison pour laquelle les dispositions en faveur d'une large diffusion de l'information sont renforcées et figurent dès le Titre I : la diffusion de l'information sur l'existence de la convention et ses dispositions. Tous les signataires doivent participer à l'effort d'information et peuvent utiliser tous les vecteurs possibles : sites internet, dépliants, articles de presse, lignes téléphoniques dédiées, et en outre, s'agissant des établissements de crédit, formation des conseillers bancaires et désignation de référents AERAS au sein des réseaux.

D'autres dispositions élargissent le périmètre du dispositif conventionnel :

b- la convention AERAS a fixé des durées d'instruction des demandes d'assurance et de crédit immobilier⁵ (*Cf. Titre III*) relativement courtes pour que les futurs emprunteurs puissent parvenir à souscrire l'emprunt dont ils ont besoin afin de mener à bien l'opération envisagée dans les délais fixés par les promesses de ventes. Le délai d'instruction des demandes, au terme desquels une réponse doit être apportée, est de trois semaines pour la demande d'assurance et de deux semaines pour la demande de prêt. Le délai commence à courir pour la demande d'assurance lorsque le dossier est complet et pour l'établissement de crédit lorsque le dossier est complet et que la proposition d'assurance acceptée par le candidat à l'emprunt a été notifiée à l'établissement.

c- Le candidat à l'emprunt peut demander des devis d'assurance même en l'absence de projet immobilier immédiat. Il peut utiliser le devis d'assurance pour un autre projet que son projet initial si les conditions de montant et de durée du prêt sont les mêmes. La proposition d'assurance (et le devis) a une validité de quatre mois (*Cf. Titre III, 3 et 4*).

d- La garantie invalidité-incapacité (*Cf. Titre IV, 4*) est désormais expressément incluse dans le champ de la Convention au même titre que la garantie décès. Toutefois, cette garantie peut être limitée à la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) ou refusée en cas d'insurabilité du risque. Par ailleurs, les assureurs se sont engagés à ce que lors de la survenance d'un sinistre, la prestation au titre de la garantie invalidité concerne au moins un tiers des personnes relevant de la 2^e catégorie d'invalidité au sens de l'article L.341-4 du code de la sécurité sociale. De leurs côtés, les établissements de crédit se sont engagés à ce que l'absence de garantie invalidité n'entraîne pas de refus systématique de prêt.

e- Un dispositif d'écrêtement des surprimes d'assurance (*Cf. Titre IV, 6*) est organisé et financé par les professionnels pour diminuer le surcoût de l'assurance des emprunteurs disposant de revenus modestes. Ce dispositif concerne les prêts immobiliers liés à l'acquisition d'une résidence principale et les

⁴ Le pool des risques très aggravés fonctionne auprès du Bureau central d'assurance collective (BCAC) et est composé des 6 réassureurs suivants : CCR, Munich Ré, Partner Ré, SCOR, Swiss Ré, Mut Ré.

⁵ Les délais peuvent être longs notamment si le médecin conseil de l'assureur est conduit à demander des analyses ou des examens médicaux. Ces délais peuvent parfois remettre en cause la réalisation de l'opération immobilière.

prêts professionnels. Le dispositif est accessible sous conditions de ressources, le seuil retenu étant celui du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), soit 33 276€ en 2008. Le plafond de ressources correspond au PASS lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 1 ou 2, il est de 1,25 PASS lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 2,5 et de 1,5 PASS lorsque le nombre est de 3 parts et plus. La prime d'assurance doit représenter plus de 1,5 point dans le taux effectif global (TEG) de l'emprunt pour que le dispositif soit déclenché.

I.3 Un dispositif d'évaluation de la convention

Le texte de la convention AERAS (*Cf. Titre VI : dispositions particulières*) dispose que la Commission de suivi et de propositions procédera à une évaluation régulière de la mise en œuvre de la convention. La Commission de suivi et de propositions de la convention remet au Gouvernement, aux présidents des assemblées ainsi qu'au président du conseil national consultatif des personnes handicapées, un rapport rendu public sur son activité, la mise en œuvre de la convention et sur les nouvelles mesures adoptées ou en voie de l'être, en vue d'améliorer l'assurance et l'accès à l'emprunt des personnes présentant un risque de santé aggravé. Ce rapport comporte, le cas échéant, des propositions de nature à parfaire le dispositif conventionnel, légal ou réglementaire existant (*Titre V, I.2*).

Les articles 4 et 5 de loi n° 2007-131 du 31 janvier 2007 confient à la Commission de suivi et de propositions le soin de remettre au gouvernement et au Parlement un premier rapport d'évaluation de la Convention à mi-parcours puis un second au plus tard trois mois avant l'échéance de la Convention.

II. Mise en place des instances et des outils nécessaires au fonctionnement de la convention AERAS

II.1 La mise en place des instances de suivi de la convention

II.1.1 Une Commission de suivi et de propositions a été instituée par la Convention AERAS (*Titre V, I*). Elle est chargée de veiller à la bonne application des dispositions de la convention et de proposer des améliorations dans l'application du dispositif conventionnel.

La Commission est composée de six membres désignés par les professions, à raison de trois par les établissements de crédit et trois par les assureurs, de six membres désignés par les associations représentant les malades ou les personnes handicapées et les associations de consommateurs, de quatre représentants de l'Etat nommés par les ministres chargés de l'économie et de la santé et de sept personnalités qualifiées (trois médecins désignés par les ministres chargés de l'économie et de la santé, un représentant de l'Autorité de contrôle des Assurances et des Mutuelles et un représentant de la Commission bancaire, deux autres membres). Elle est présidée par *M. Jean-Michel Belorgey*, Conseiller d'Etat, désigné par les ministres chargés de l'économie et de la santé. Son secrétariat est assuré conjointement par le ministère de l'économie et le ministère de la santé.

La Commission a été installée le 13 février 2007 par le ministre de la santé et des solidarités ; elle s'est réunie à six reprises jusqu'à juin 2008.

A chaque séance de la Commission de suivi, les présidents de la Commission de médiation et de la Commission des études et des recherches informent la Commission de l'état d'avancement de leurs travaux, et sollicitent le cas échéant les membres de la Commission sur des questions d'interprétation du dispositif conventionnel.

La Commission de suivi a procédé lors de sa séance du 4 juillet 2007 à l'audition de *MM. Worms et Taffin*, auteurs d'un rapport sur l'accès au crédit au logement des emprunteurs

atypiques⁶, personnes âgées ou ayant un statut professionnel précaire, dont la situation rejoint en effet, sur certains aspects, les problématiques rencontrées pour l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.

A l'occasion de ses travaux, la Commission de suivi et de propositions a notamment été conduite à :

- interpréter le sens qu'il convenait de donner de certaines clauses de la convention notamment en ce qui concerne son champ d'application ;
- demander des précisions sur les conditions d'application par les professionnels du dispositif d'écrêtement des surprimes ;
- formuler une demande (en cours) auprès de la CNIL afin de permettre aux assureurs d'exploiter, à des fins statistiques, les données relatives aux pathologies susceptibles d'être recueillies dans le cadre de la Convention AERAS. En effet, aujourd'hui, les assureurs ne saisissent ni ne conservent d'informations relatives aux pathologies dans leurs systèmes d'information. Un traitement, à des fins exclusivement statistiques, de ces données présenterait l'avantage de permettre une meilleure connaissance des caractéristiques des pathologies les plus fréquemment rencontrées dans le cadre d'AERAS. Cette information serait utile pour orienter les travaux de la Commission des études et recherches sur la mortalité et l'invalidité liée à ces pathologies ;
- participer à une table ronde organisée par la Commission des Affaires Sociales du Sénat le 16 avril 2008 sur l'application de la convention AERAS.

La Commission de suivi et de propositions qui réunit l'ensemble de parties signataires et bénéficie du concours de personnes qualifiées est une instance de dialogue et d'échanges. En veillant aux conditions d'application de la Convention et en procédant régulièrement à l'évaluation des engagements pris par les parties

signataires, elle illustre et souligne les vertus du dispositif conventionnel.

II.1.2 La Commission de médiation

La Commission de médiation est chargée d'examiner les réclamations individuelles portant sur l'application de la convention qui lui sont adressées par des candidats à l'emprunt. Elle traite directement des réclamations dont elle est saisie avec les établissements de crédit et les entreprises d'assurance afin de favoriser un règlement amiable des litiges.

La Commission de médiation est composée de quatre membres titulaires et de quatre membres suppléants désignés en son sein par la Commission de suivi et de propositions, à parité entre les professionnels et les associations. Elle est présidée par *M. Emmanuel Constans*, inspecteur général des finances. Les médiations sont instruites par le secrétariat de la Commission⁷.

La Commission veille au respect du dispositif conventionnel concernant notamment les points suivants :

- la procédure d'instruction de la demande d'assurance aux trois niveaux prévus ;
- les délais d'instruction des dossiers par l'assureur et l'établissement de crédit ;
- l'information du candidat à l'emprunt par le médecin de l'assureur sur les raisons médicales ayant conduit à l'application d'une surprime, à l'exclusion d'une garantie, à l'ajournement du dossier ou à un refus d'assurance ;
- la recherche par les établissements de crédit de garanties alternatives ;
- les conditions d'éligibilité de l'emprunteur au mécanisme d'écrêtement.

En revanche, la Commission de médiation n'est pas compétente pour se prononcer sur les décisions qui relèvent de la seule politique commerciale de l'assureur (limitations et exclusions de garantie, niveau de la prime ou de la surprime d'assurance, refus d'assurance...) ni sur la décision et les conditions d'attribution du crédit qui relèvent de la responsabilité de l'établissement de crédit. La Commission

⁶ Elargir l'accès au crédit au logement des emprunteurs atypiques « le prêt sécurisé à l'accession à la propriété et le prêt hypothécaire cautionné », rapport de *M. Claude Taffin*, directeur des études économiques et financières à l'Union Sociale pour l'Habitat, et *M. Bernard Vorms*, directeur général de l'Agence Nationale pour l'Information sur le Logement, avril 2007.

⁷ Les moyens de fonctionnement du secrétariat de la Commission de médiation, en personnel et en locaux, sont mis à disposition par l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM).

n'intervient pas lorsqu'une décision d'octroi de prêt a été prise.

Dès sa première année de fonctionnement, la Commission de médiation qui s'est réunie à six reprises, a reçu et traité plus de 1 700 demandes de médiation (soit une moyenne de 140 dossiers par mois contre une moyenne de moins de 10 dossiers par mois sous la précédente convention). Les demandes recevables (308 en 2007) ont fait l'objet d'une réponse dans un délai compris entre 15 jours et 6 semaines en fonction des délais dans lesquels la Commission de médiation obtient des réponses de la part des organismes qu'elle saisit.

Une majorité des demandes de médiation émanent de personnes âgées de moins de 48 ans qui ont sollicité un prêt immobilier dont la durée moyenne est comprise entre 11 et 25 ans et dont le montant moyen est compris entre 50 000 et 200 000€. Les demandes de médiation recevables concernent dans une majorité de cas un refus d'assurance tous niveaux confondus, une décision d'ajournement ou la non obtention des raisons médicales à l'origine de la décision d'assurance.

Sur 308 demandes recevables en 2007, 245 ont été clôturées avant le 31 décembre 2007 dont 108 après intervention de la commission auprès des signataires de la convention (assureurs 48, banques 33, les deux 9, les intermédiaires 18). Au terme de la médiation, satisfaction a été donnée en tout ou partie aux demandeurs dans 60% des cas (65 dossiers) qui ont pu obtenir les raisons médicales opposées au refus de leur demande, une proposition d'assurance, un prêt avec une assurance individuelle, un accès à l'écrêtement des surprimes, un prêt accordé avec des garanties alternatives.

La Commission de médiation est une instance connue des emprunteurs présentant un risque aggravé de santé. Cette connaissance résulte principalement des actions de communication menées par les parties signataires et notamment les établissements de crédit et les assureurs qui ont systématiquement mentionné l'existence de cette instance.

La Commission de médiation constitue un observatoire des conditions d'application concrètes de la Convention AERAS. Son activité a permis :

- de constater que les dispositions de la convention sont en général respectées (dans 30% des cas la Commission de médiation a partagé la position prise par les organismes bancaires et d'assurance) ;

- d'expertiser une procédure d'ajournement des demandes d'assurance pratiquée par un réseau bancaire au regard de la compatibilité avec les dispositions de la Convention ;

- de s'interroger sur le champ d'application du dispositif d'écrêtement des surprimes.

Plusieurs demandes de médiation ont porté sur la procédure d'ajournement pratiquée par un réseau bancaire. Cette procédure consiste à accorder un prêt avec une assurance limitée à la couverture du risque « décès accidentel ». Cette garantie est proposée dans l'attente d'un réexamen ultérieur de la demande d'assurance dont l'initiative est laissée à l'emprunteur et dont l'issue s'avère incertaine. Même si cette pratique permet de débloquer le dossier et d'accorder le prêt, la Commission s'est interrogée sur sa conformité aux stipulations conventionnelles. De fait, l'ajournement fait obstacle à la transmission de la demande d'assurance au 2^e et 3^e niveaux prévus par la Convention et le prêt est accordé avec une assurance minimale susceptible d'être supprimée après réexamen de la demande.

Des échanges ont eu lieu et la Commission a entendu des représentants du réseau bancaire et de l'assureur concernés. L'analyse est toujours en cours. L'ensemble des protagonistes semble toutefois désireux d'aboutir à une solution conforme aux stipulations de la Convention AERAS.

Certains cas de médiation ont également fait apparaître des difficultés d'interprétation quant au champ d'application du dispositif d'écrêtement des surprimes d'assurance (*base de calcul de l'écrêtement, cas des personnes atteignant plus de 70 ans en fin de prêt ou règles de calcul des surprimes*). La Commission a considéré que les dispositions relatives à la mutualisation s'appliquaient aux emprunteurs remplissant les conditions requises pour l'examen de la demande d'assurance au 3^e niveau.

La Commission s'est attachée à faire diminuer le nombre des demandes irrecevables reçues (1409 en 2007). Les causes d'irrecevabilité se répartissent essentiellement en 3 catégories :

- des courriers, en nombre important, sont adressés par erreur à la Commission de médiation alors qu'ils sont destinés à d'autres interlocuteurs notamment à l'établissement de crédit ou au service médical de l'assurance ;
- la majorité des demandes irrecevables porte sur la contestation du niveau des surprimes, la contestation d'exclusions ou de limitations de garanties ou la contestation à la fois du niveau de la surprime et des exclusions ou limitations de garanties qui n'entrent pas dans le champ de compétence de la commission ;
- les autres causes d'irrecevabilité portent sur des cas moins nombreux : refus d'assurance au 3^e niveau ou prêts déjà conclus.

II.1.3 La Commission des études et recherches

Les parties signataires de la Convention AERAS ont considéré qu'il était essentiel de faire progresser l'évaluation des conséquences des pathologies en matière de morbidité, de mortalité et donc d'assurabilité pour permettre de garantir aux personnes présentant un risque aggravé que les progrès médicaux soient pris en compte⁸.

La Commission des études et recherches⁹ a été instituée auprès de la Commission de suivi et de propositions par la Convention AERAS (*Titre V, II*). Elle est chargée de recueillir et étudier les données disponibles sur la mortalité et la morbidité occasionnées par les principales pathologies, à partir desquelles sont déterminées les surprimes pour risques aggravés de santé ou fondés les refus de garantie. Elle engage un programme de recherche en ce domaine, notamment sur l'invalidité associée aux principales pathologies en vue de fournir les éléments statistiques nécessaires à l'amélioration de la tarification. La loi n° 2007-131 du 31 janvier 2007 inscrit notamment au 7 de l'article L.1141-2-1 du code de la santé publique que la convention prévue à l'article L.1411-2 doit définir : « les dispositifs d'études et de recherche permettant de recueillir, d'analyser et de publier les données disponibles sur la mortalité et la morbidité résultant des principales pathologies,

en vue de fournir les éléments statistiques nécessaires à la tarification du risque ».

La Commission est composée de vingt trois membres : six représentants d'institutions de recherche (Inserm, InVS, INCa, ANRS, Ined, Irdes), quatre représentants des services d'étude des régimes d'assurance-maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), deux représentants des assureurs, deux représentants des associations d'usagers du système de santé, trois représentants du ministère de la santé, un représentant du ministère de l'économie et cinq personnalités qualifiées choisies pour leurs compétences en épidémiologie ou en économie dans les champs couverts par la Convention. Elle est présidée par le *Docteur Bernard Asselain*, chef du service de statistiques de l'Institut Curie. Son animation est confiée à la Direction générale de la santé.

La composition proposée par la Direction générale de la santé (DGS) a été approuvée par la Commission de suivi et de propositions le 13 février 2007. La Commission des études et recherches a été installée par le Directeur général de la santé le 28 mars 2007, et s'est réunie à cinq reprises en formation plénière et à cinq reprises dans des configurations restreintes correspondant à des objectifs de travail spécifiques.

L'activité de la Commission des études et des recherches a essentiellement porté sur deux domaines : la clarification des concepts et de la terminologie utilisés par les instituts de recherche publics et les entreprises d'assurance, le recensement des études statistiques d'ores et déjà disponibles, l'identification des domaines de recherche prioritaires et la rédaction de cahiers des charges pour de nouveaux travaux.

Les échanges entre les épidémiologistes et les représentants des assureurs et des usagers membres de la Commission ont mis en évidence la nécessité de clarifier au préalable les concepts et la terminologie utilisés pour l'estimation des risques, et ont permis cette clarification en identifiant les principes et les contraintes méthodologiques communs aux différentes approches. Ces échanges ont également mis en évidence la diversité des approches de la notion d'invalidité. La Commission des études et recherches a procédé à un premier recensement des estimations des risques de décès disponibles pour un premier

⁸ Faute de structure et de moyens, la section scientifique de la convention précédente n'avait pas pu remplir cette mission.

⁹ Elle prend la suite de la Section Scientifique de la Commission Belorgey.

ensemble de pathologies fréquentes et/ou sévères : cancers, en particulier cancer du sein, et infection à VIH. Une première estimation des risques de survenue d'une invalidité a été réalisée par les représentants de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) à partir des bases de données dont ils disposent ; l'intérêt, mais aussi les limites de ces estimations ont ainsi pu être examinés par la Commission.

Dans le cadre d'une Autorisation d'Engagement de 150 000€ inscrite dans le programme budgétaire 2008 de la DGS, un projet de cahier des charges a été élaboré pour améliorer les connaissances disponibles sur le risque d'invalidité :

- d'une part, en lien avec l'Institut de recherche en santé publique attaché à l'Institut de santé publique de l'Inserm, pour le lancement d'un appel à projets de recherche permettant d'identifier les possibilités d'exploitation de données recueillies dans le cadre d'études de cohortes existantes pour estimer les risques d'invalidité ou d'évènements significatifs précurseurs d'invalidité ;
- d'autre part, en lien avec l'Institut des données de santé, pour la définition des possibilités d'exploitation des données recueillies par les organismes d'assurance maladie.

Les travaux de la Commission sont présentés dans son rapport d'activité joint en annexe.

La Commission des études et recherches a pu, au cours de cette première année d'activité, progresser vis-à-vis des enjeux de clarification et de communication des bases statistiques de l'estimation des risques auxquels elle doit répondre. Elle a pu également clarifier, pour la Commission de suivi, les possibilités et les limites de ce qui peut être attendu de travaux de recherche dans le contexte de la convention. En particulier, si les résultats publiés des travaux de recherche peuvent être utilisés librement, toute exploitation nouvelle de données recueillies dans le cadre d'une étude existante nécessite de respecter les contraintes déontologiques et éthiques de la recherche. Certains des travaux présentés ont également permis de mettre en évidence les limites statistiques de tentatives d'individualisation des risques en fonction de critères multiples. La disponibilité de statistiques relatives à l'invalidité par pathologie, nécessaire à

la tarification des risques d'assurance et par voie de conséquence à la progression de l'assurabilité de ces risques est une démarche de long terme qui mettra plusieurs années à aboutir.

II.2 Mise au point d'une méthodologie pour procéder à l'évaluation de l'application de la Convention

Afin de remettre le rapport d'évaluation dans les délais impartis, la Commission de suivi et de propositions a constitué, au début de l'année 2007, un groupe de travail chargé d'identifier les indicateurs et les méthodes permettant d'effectuer une évaluation du respect de l'ensemble des engagements pris par les parties signataires. Le groupe de travail qui a commencé ses travaux dès le 12 février 2007 s'est réuni à six reprises. Les travaux du groupe ont été validés par la Commission de suivi et de propositions lors de sa séance du 6 juin 2008 (*cf. annexe : tableau des indicateurs*).

La démarche suivie a consisté à déterminer des indicateurs d'évaluation pour chacun des engagements pris par l'ensemble des signataires de la Convention même si ce principe ne figurait pas dans la Convention.

Les indicateurs retenus l'ont été en tenant compte tout à la fois des besoins identifiés et des sources d'information disponibles. Les délais dont ont disposé les différents contributeurs pour fournir et traiter les données nécessaires à l'établissement des indicateurs retenus ont dès lors été contraints. Aussi, si un grand nombre d'engagements pris par les parties signataires ont pu être évalués à partir d'indicateurs objectifs et disponibles au 1^{er} juillet 2008, d'autres indicateurs se sont avérés plus délicats à documenter. Ces indicateurs disponibles concernent l'évaluation des engagements sur :

- la diffusion de l'information par l'ensemble des parties signataires (*Titre I*) ;
- l'activité des instances instituées par la Convention (*Titre V*) ;
- l'activité du pool de risques très aggravés chargé d'examiner les demandes d'assurance au 3^e niveau (*Titre IV*) ;
- l'activité tant quantitative que qualitative des propositions d'assurance faites par les assureurs

aux personnes présentant un risque aggravé de santé (*Titres III et IV*).

Par ailleurs, le recours à des méthodes d'évaluation par sondages a été nécessaire.

Le groupe de travail a pris acte de la difficulté voire de l'impossibilité pour certains opérateurs, notamment les établissements de crédit, de mettre à disposition des indicateurs permettant, même de manière approchée, d'évaluer certains de leurs engagements :

- soit en raison du nécessaire respect de la confidentialité des données de santé et de la législation sur la protection des données personnelles qui interdisent la constitution de fichiers sur les emprunteurs présentant un risque aggravé de santé ;
- soit parce que l'indicateur n'était pas disponible et qu'il n'était pas envisageable de le créer compte tenu des conséquences en terme de gestion pour les opérateurs (indicateur impossible à renseigner compte tenu du processus de gestion, nécessité d'un comptage manuel incompatible avec les processus informatiques lourds...);
- soit parce que certains engagements de nature « qualitative » peuvent difficilement être évalués à partir d'un seul indicateur ;

En conséquence, le groupe de travail a recherché systématiquement les solutions les plus adaptées permettant de respecter à la fois l'obligation légale d'évaluation et les contraintes de gestion des opérateurs. Afin d'apporter une réponse aux difficultés objectives de définir certains indicateurs, il est apparu opportun de compléter cette évaluation par la réalisation de sondages. La FBF a accepté le principe de réalisation par les établissements de crédit de sondages sur le respect de la confidentialité des données médicales des candidats à l'emprunt et sur les délais d'instruction des demandes de prêts. En revanche, compte tenu des délais fixés pour la remise du rapport et la nécessité de définir un cadre méthodologique fiable et incontestable, il a été décidé de ne pas recourir à ce stade à des enquêtes par voie de « testing » pour évaluer l'application de certaines stipulations de la Convention.

III- Premiers résultats

III.1 L'information sur la convention

Les pouvoirs publics, les professionnels et les associations ont multiplié les initiatives pour informer sur l'existence de la convention AERAS en utilisant différents supports : les sites internet, les dépliants, les lignes téléphoniques dédiées, les revues professionnelles, les « relations presse ». Cette démultiplication de l'information a permis de mieux faire connaître la convention en particulier auprès des publics concernés. Le résultat de cet effort collectif peut s'apprécier notamment au regard de la notoriété acquise par la convention.

III.1.1 Notoriété de la convention

D'un sondage annuel réalisé par l'IFOP pour le compte de la FBF en juin 2007, auprès d'un échantillon représentatif de la population française de 1 052 personnes âgées de 15 ans et plus, il ressort que la notoriété de la convention a progressé de façon sensible en 2007 puisqu'un tiers des français âgés de plus de 15 ans¹⁰ la connaît ; le taux atteint 40% sur la tranche d'âge des 35-64 ans la plus concernée par le dispositif conventionnel.

Lors d'une enquête flash réalisée par le CISS (*cf. annexe*) entre le 1^{er} juin et le 30 septembre 2007 auprès de 98 appelants de la ligne téléphonique SANTE INFO DROITS réalisée à l'automne 2007, il apparaît que 78,4 % des personnes ont entendu parler de la convention AERAS mais en ont une connaissance très vague.

La Ligue nationale contre le cancer, via les appels téléphoniques à la ligne téléphonique dédiée AIDEA 0810 111 101 (*cf. infra*), a lancé une enquête le 15 octobre 2007, toujours en cours,¹¹ afin de vérifier la connaissance des appelants sur la convention AERAS. A la date du 14 août 2008, sur 854 appelants, 553 personnes connaissent la convention (64,8%); les principales sources d'information pour ces personnes ont été internet pour 196 d'entre elles (23%) (*dont 139 pour le site AERAS*) les agences bancaires pour 178 d'entre elles (20,8%), pour 50 d'entre elles les assurances (5,9%), pour 49 les médias (5,7%), pour 28 les

¹⁰ Le taux était de 26% en 2006.

¹¹ L'enquête se poursuivra jusqu'au mois d'octobre 2008.

associations (3,3%), pour 24 les professionnels de santé et pour 5 les courtiers (0,6%).

III.1.2 L'information diffusée par les pouvoirs publics

Les ministères de l'économie et de la santé ont créé le site internet officiel de la convention AERAS, www.aeras-infos.fr, hébergé sur la plateforme informatique du ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi. Le site a ouvert le 8 janvier 2007. La direction générale du Trésor et de la politique économique (DGTPE) et la direction de la sécurité sociale (DSS) sont chargées de l'animation de ce site.

Sur le site, sont accessibles à la fois les textes officiels (*dont la convention*), l'actualité de la convention à travers la presse, des fiches techniques, un lexique, une foire aux questions (FAQ), et une boîte postale à partir de laquelle les internautes peuvent poser des questions d'ordre général ou sur les difficultés rencontrées dans leur recherche de crédit. Les deux directions ont également édité en septembre 2007 un dépliant téléchargeable « AERAS, 5 conseils aux futurs emprunteurs » (*cf. annexe*).

Depuis l'ouverture du site internet le 8 janvier 2007, il y a eu 119 468 visites et 3 027 580 pages vues sur 2007. Sur 2008, 39 234 visites ont été enregistrées à fin mai 2008. Le nombre de téléchargements du dépliant a été de 12 231 entre octobre 2007 (*date de sa mise en ligne*) et avril 2008.

Les pouvoirs publics ont souhaité mobiliser les réseaux de l'Assurance Maladie, de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), de la Caisse Centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) et du Régime social des indépendants (RSI) pour relayer l'information sur la convention AERAS. Les trois réseaux ont principalement porté leur effort d'information au moment du démarrage de la convention AERAS.

S'agissant de la CNAMTS, au niveau national, une information a été insérée dans la Lettre aux Assurés¹², dont la diffusion sous format papier s'est faite à 13 millions d'exemplaires. Sur le site internet de la CNAMTS, www.ameli.fr, une rubrique pérenne dédiée à la convention AERAS, a été mise en ligne le 9 janvier 2007 avec renvoi sur le site officiel de la Convention AERAS. 20 318 visites ont été comptabilisées entre le 1^{er}

janvier 2008 et le 25 juin 2008¹³. Au niveau local des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), les télé-conseillers des plate-formes téléphoniques ont eu à disposition des informations sur la convention à donner aux assurés sur demande de leur part. Le nombre de contacts concernant l'accès au crédit pour les personnes malades est infime comparé au nombre total de contacts tous motifs confondus, la moyenne de situant à 0,03 pour mille sur les 6 mois pris en référence¹⁴.

S'agissant de la CCMSA, l'information sur la convention AERAS a été diffusée principalement via son site internet, www.msa.fr, où une information pérenne a été mise en ligne le 21 décembre 2006 et a été consultée 1 500 fois en avril 2008. L'information a également été relayée par la plupart des sites internet des caisses régionales. Par ailleurs, un article a été publié dans le numéro de janvier 2007 du magazine de la CCMSA, BIMSA, tiré à 115 000 exemplaires, qui s'adresse aux salariés et élus MSA ainsi qu'aux maires et élus territoriaux.

Le RSI a engagé des actions de communication à destination de ses assurés, du réseau des caisses locales RSI, de ses administrateurs et de ses partenaires. Le flash RSI actifs a joint une information dans son numéro de janvier 2007 (*consacré aux appels de cotisations maladie*) envoyé à 1,8 million d'assurés. En décembre 2006, une information a été insérée en page d'accueil du site internet du RSI, www.le-rsi.fr, et un espace dédié à la convention a été créé sur ce site et celui des caisses régionales. Une information a également été insérée dans une brochure de 4 pages diffusée dans deux salons professionnels en février et octobre 2007. Vis-à-vis du réseau des caisses locales, l'information a été relayée auprès des responsables de communication à deux reprises, en décembre 2006 et avril 2007. Une actualité avait été faite sur l'intranet en janvier 2007. Un courrier a été envoyé à l'ensemble des administrateurs du RSI (*concernant 942 personnes*) en mars 2007 pour relayer l'information au niveau régional et local. Enfin, une information a été diffusée aux partenaires

¹² En Pratique numéro n°24 de janvier-février 2007.

¹³ Avant le 1^{er} janvier 2008, l'Assurance Maladie ne disposait pas d'outil de "comptage" des visites/pages aussi fin.

¹⁴ La comptabilisation a été effectuée sur les mois suivants : avril 2007, juillet 2007, octobre 2007, janvier 2008, avril 2008 et juin 2008. Sur juin 2008, il a été comptabilisé 140 contacts concernant la convention AERAS pour un total de 4,7 millions d'appels.

du RSI (en avril 2007 organisations professionnelles d'artisans et de commerçants) dans la lettre mensuelle RSI infos.

Enfin, un partenariat a été noué en juillet 2006 avec la Fédération nationale de l'immobilier (FNAIM) et le Conseil Supérieur du Notariat (CSN) qui, bien que non signataires, ont accepté de participer à l'effort d'information sur la convention AERAS. Ce partenariat devrait être très utile dans la mesure où les agences immobilières et les notaires sont au contact des futurs emprunteurs à un moment privilégié qui est celui de la recherche d'un bien immobilier ou de la signature des promesses de vente. Cet effort d'information n'a toutefois à ce stade pas encore été véritablement relayé sur le terrain. Une réelle attente s'est exprimée au sein de la Commission de suivi sur le concours de la FNAIM et du CSN concernant l'information sur AERAS. Les deux organisations professionnelles doivent engager cet effort dans les mois à venir.

III.1.3 L'information diffusée par les professionnels

III.1.3.1 Les établissements de crédit

Pour évaluer l'effort de diffusion de l'information réalisée par ses membres, la Fédération bancaire française (FBF) a adressé un questionnaire à 9 réseaux bancaires représentant 90% de la banque de particuliers, lesquels ont tous répondu. Les chiffres communiqués par la FBF concernent uniquement l'année 2007.

La FBF a fait imprimer 800 000 mini-guides bancaires sur la convention AERAS (cf. annexe) entre fin 2006 et début 2007¹⁵. La plupart des exemplaires ont été livrés aux banques et un certain nombre à des acteurs sociaux (hôpitaux, mairies) pour mise à disposition dans leurs locaux. Par ailleurs environ 3 000 exemplaires de ces guides ont été téléchargés sur internet. Tous les réseaux bancaires proposent sur leurs différents sites, le téléchargement du mini-guide grâce à un lien. Certains réseaux bancaires proposent en supplément une information spécifique AERAS intégrée dans la documentation sur le crédit et/ou l'assurance emprunteur¹⁶. Au total, on peut estimer à un

¹⁵ Le fichier source a été transmis à 4 réseaux bancaires pour réaliser leurs propres impressions.

¹⁶ 4 réseaux bancaires sur 9 proposent une documentation spécifique AERAS ainsi que le mini-guide bancaire. Pour deux réseaux, l'information est intégrée dans le questionnaire de santé remis au client. Un réseau

peu plus de 2 millions le nombre de documents mis en circulation. Par ailleurs, certains réseaux bancaires ont imprimé des affiches pour leurs agences bancaires. Les visites de pages web dédiées à AERAS représentent plus de 260 000 pages vues uniquement des sites bancaires sur la base de 7 réseaux répondants sur 9¹⁷.

Tous les sites internet des banques appartenant aux réseaux interrogés par la FBF et ayant répondu au questionnaire de celle-ci mentionnent la convention AERAS, représentant un total de 111 sites. Dans tous les réseaux, un lien est établi avec le site officiel de la convention avec le plus souvent mention du n° de téléphone national du serveur vocal 0821 221 021 (0,12 euro/mn) mis en place par la FBF et fonctionnant 7j/7 et 24h/24¹⁸ (le nombre d'appel à ce numéro atteint 8 237 en 2007) ou du numéro dédié de la banque. La FBF propose sur ses deux sites internet www.lesclesdelabanque.com et www.fbf.fr une information complète sur la convention AERAS et son application. 5 réseaux bancaires sur 9 ont mis en place un numéro d'appel dédié à l'information AERAS mais tous ne disposent pas de compteurs, il semble cependant que les volumes d'appel soient assez faibles.

L'Association française des sociétés financières (ASF) a mis sur son site internet, www.asf-france.com, le texte de la Convention, et diffusé une information lors de la signature et de l'entrée en vigueur de la Convention. Au 1^{er} semestre 2008, le texte de la convention a été téléchargé 208 fois.

III.1.3.2 Les entreprises d'assurance

Les données chiffrées relatives aux entreprises d'assurance ont été communiquées par la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) et concernent l'année 2007 ainsi que les quatre premiers mois de 2008.

Un dépliant de 8 pages intitulé «La convention AERAS» (cf. annexe) a été conçu par le Centre de documentation et d'information de l'assurance de la FFSA. La fédération en a édité 5 500 exemplaires en 2007 puis 2 000 exemplaires au

remet systématiquement le mini-guide AERAS avec le dossier de crédit et une autre demande au client de confirmer qu'il a bien reçu le document d'information AERAS en validant le questionnaire de santé.

¹⁷ Ce chiffre se décompose en 228 000 pages vues sur les sites des réseaux et 35 000 au niveau du site de la FBF.

¹⁸ Le serveur qui avait été mis en place pour la convention Belorgey a été complètement remanié pour la convention AERAS.

premier trimestre 2008. A fin avril 2008, 6 800 documents¹⁹ avaient été envoyés à des particuliers ainsi qu'à différents relais d'information (organisations de consommateurs, associations de malades, agences nationale et départementales pour l'information sur le logement, centres hospitaliers...). Le dépliant est téléchargeable sur le site internet de la FFSA, www.ffsa.fr. Il a été consulté 10 568 fois en 2007 et 2 133 fois au cours des quatre premiers mois de l'année 2008.

Par ailleurs, une rubrique d'information détaillée sur le dispositif conventionnel, accessible dès la page d'accueil du site FFSA, a été spécialement créée en 2007, afin de faciliter l'accès à l'ensemble des informations et documents sur ce sujet disponibles sur le site. Dans plusieurs autres rubriques du site, ont également été ouvertes des pages consacrées à la convention AERAS. La rubrique AERAS a été consultée 10 494 fois en 2007 et 3 427 fois sur les quatre premiers mois de 2008. La convention elle-même a été consultée 3 933 fois en 2007 et 569 fois de janvier à fin avril 2008.

Ainsi, de janvier 2007 à fin avril 2008, 31 124 accès ont été comptabilisés soit sur la rubrique d'information AERAS, soit sur le dépliant spécifique, soit sur la convention elle-même.

La FFSA a également collaboré à la mise à disposition du public, en partenariat avec la FBF, du serveur vocal dédié sur la convention AERAS.

Le Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (GEMA) a également réalisé un dépliant d'information sur la convention AERAS et inséré le texte de la convention (*cf. annexe*), téléchargeable sur son site internet www.gema.fr. Le nombre de téléchargements de la convention s'est établi à 201 de juin 2006 à juin 2008, celui du dépliant de 886 de janvier 2007 à juin 2008.

La FNMF pour sa part a placé sur son site internet, www.mutualite.fr une fiche de présentation du dispositif conventionnel le 13 juillet 2006 et établi un lien avec le site de la Ligue contre le cancer.

¹⁹ Ces documents peuvent être obtenus gratuitement et sur simple demande auprès de la FFSA.

III.1.4 L'information diffusée par les associations

L'implication des associations signataires qui ont diffusé de l'information sur la convention AERAS est fonction de leur organisation et des moyens notamment humains dont elles disposent. Elles ont utilisé de manière privilégiée leurs sites internet. Tous les sites diffusent une information sur le dispositif conventionnel. Par ailleurs, à l'établissement de ce rapport, seules trois associations (sur 17) n'avaient pas encore établi de lien d'accès entre leur site et le site officiel de la convention.

Les fédérations ont relayé l'information auprès de leurs associations. Certaines associations ont publié des circulaires ou des articles dans leur revue et effectué une présentation à l'occasion de conférences ou de colloques. Trois associations, la FNATH, le Collectif Inter-associatif sur la santé (CISS)²⁰ et la Ligue contre le cancer, ont un rôle très actif concernant la diffusion de l'information sur AERAS.

La FNATH a mis en ligne sur son site internet²¹ une information détaillée sur la convention. Elle a informé ses groupements départementaux par l'envoi de deux circulaires d'information : la première présentant le dispositif conventionnel (juillet 2006) et la seconde présentant le projet de loi (janvier 2008). Dans sa revue bimestrielle « A part entière » qui est diffusée à 200 000 exemplaires deux articles sur la convention ont été publiés et une brève a été insérée dans son mensuel d'information de mars 2007 « Infos-FNATH diffusé à 2 000 exemplaires. La FNATH répond également à des demandes d'informations sur la convention mais n'effectue pas de comptage à ce titre.

Le CISS a utilisé plusieurs canaux d'information : la rédaction d'une fiche thématique en novembre 2006 à l'attention des usagers dans la revue CISS Pratique éditée à 3 000 exemplaires, la réalisation d'une enquête qualitative flash sur SANTE INFO DROITS déjà mentionnée, le

²⁰ Le CISS regroupe les associations suivantes : AFD, AFH, AFM, AFP, Aides, Alliances Maladies Rares, Allegro Fortissimo, ANDAR, APF, AVIAM, CSF Epilepsie France, FFAIR, Familles Rurales, FNAMOC, FNAP-PST, FNAIR, FNATH, Ligue contre le cancer, Le Lien, ORGECO, SOS Hépatites, UFCS, UNAF, UNAFAM, UNAPEI, Vaincre la mucoviscidose.

²¹ Le site internet de la FNATH reçoit 10 000 visites par mois décomptées en « unique », c'est-à-dire chaque personne qui se connecte plusieurs fois n'est comptabilisée qu'une fois.

rapport d'activité 2007 de SANTE INFO DROITS, dans la partie consacrée aux assurances et aux emprunts, dans lequel figurent deux questions relatives à l'accès à l'assurance et à l'emprunt dans le cadre de son baromètre annuel sur les droits des malades de février 2008 (sondage réalisé en décembre 2007 auprès d'un échantillon représentatif de la population française de 1 000 personnes par l'institut Louis Harris (LH2)). A cela s'ajoutent les mentions et brèves sur le site internet et dans la lettre interne du CISS.

La ligne téléphonique d'information et d'orientation du CISS « SANTE INFO DROITS » sur les problématiques juridiques et sociales liées à la santé (0810 004 333) a reçu en 2007 4 107 appels dont près de 18% sur l'accès au crédit immobilier qui constitue pour les appelants une préoccupation importante. Les questions autour d'AERAS et de son application constituent la grande majorité des appels sur les questions de crédit. Un bilan détaillé présenté en annexe fait apparaître que 27,1% des appels ont trait aux difficultés rencontrées par les personnes concernant l'accès ou l'application de la convention. Dans le sondage LH2, 17% des personnes interrogées indiquent qu'elles (ou leurs proches) ont essuyé un refus de crédit en raison de d'un handicap ou d'une maladie.

La Ligue nationale contre le cancer a mis en place en septembre 2006 une ligne téléphonique totalement dédiée au risque aggravé de santé, à l'assurabilité et à l'emprunt, AIDEA, « Accompagner pour Emprunter²² », pour informer, conseiller et aider toutes les personnes touchées par la maladie, leurs proches et les professionnels les accompagnant. Le périmètre d'AIDEA recoupe donc essentiellement celui de la convention AERAS. Le service téléphonique peut aussi orienter en tant que de besoin les appelants sur la permanence juridique de la Ligue ou le service d'écoute et de soutien psychologique. Il dirige également, si besoin, les futurs emprunteurs vers des oncologues bénévoles organisés via des relais départementaux qui aident les candidats à constituer leur dossier médical. Entre septembre 2006 et mai 2008, AIDEA a reçu 4 666 appels qui concernaient à 44,9% des demandes

²² Le service AIDEA (0810 111 101 prix d'un appel local) est un service gratuit, anonyme et confidentiel accessible au grand public et aux professionnels du lundi au vendredi de 8h à 20h. Ce service comprend des professionnels : trois conseillers techniques, six psychologues cliniciens, soutenus par une permanence juridique.

d'information et pour 39,5% la constitution de dossiers. Dans 7,5% des cas, les appelants avaient une pathologie autre que le cancer.

La Ligue dispose également de 2 sites internet qu'elle met à la disposition du grand public : www.aidea-ligue.net qui est le site dépendant de la ligne téléphonique AIDEA et www.ligue-cancer.net qui est le site institutionnel de l'association. Les 2 sites proposent des liens vers le site officiel de la convention. Le nombre de consultations de novembre 2007 à avril 2008 sur le site institutionnel s'est élevé à 407 338 consultations et à 8 468 consultations sur le site AIDEA qui a par ailleurs reçu 170 courriels.

Par ailleurs, la Ligue a édité dans le cadre d'AIDEA 7 000 affiches (de format 30x40), 14 500 affiches au format A4, 100 000 cartes et 87 500 dépliants. Cette information est d'abord destinée aux comités locaux dans chaque région qui diffusent ensuite l'information. La Ligue met à disposition des centres hospitaliers, des assistantes sociales, des mairies et de centres d'information qui lui en font la demande de la documentation. Des réunions d'informations sont organisées par les 103 comités départementaux à destination du grand public pour informer et expliquer la convention AERAS.

III.1.5 La convention AERAS et la presse écrite

La convention AERAS a fait l'objet d'une bonne couverture par la presse écrite, aussi bien régionale que nationale, généraliste et professionnelle. Il ressort qu'entre mars 2007 et juillet 2008, plus d'une cinquantaine d'articles de presse (20 en 2007 et 34 de janvier à juillet 2008) sont parus sur la Convention (et référencés dans une alerte presse) dont un certain nombre sont cités sur le site internet de la Convention à la rubrique « la convention et la presse ». La plupart de ces articles analysent le contenu du dispositif conventionnel et commentent les premières données statistiques disponibles en portant un jugement sur l'application de la convention.

III.2 La formation des conseillers bancaires et la désignation de référents dans les réseaux bancaires

Les réseaux bancaires ont formé leurs conseillers clientèle sur la convention AERAS et désigné des référents AERAS.

D'après les informations recueillies par la FBF auprès des réseaux bancaires, plus de 100 000 conseillers bancaires ont été formés en 2007 sur environ 200 000 personnes présentes dans les réseaux de distribution et toutes les personnes qui proposent du crédit l'ont été systématiquement. Le Centre de Formation de la profession bancaire (CFPB) a réalisé en collaboration avec la FBF et les 9 grands réseaux bancaires un dossier de formation²³ livré sous forme papier et en version électronique aux réseaux participants entre fin décembre 2006 début janvier 2007. Ce dossier permet une formation spécifique à AERAS ou son intégration dans un module de formation plus générale à l'assurance emprunteur ou au crédit. Il permet aussi des formations de type e-learning. Ces outils sont disponibles à travers les sites intranet des établissements. Les autres établissements ont développé leurs propres outils²⁴. Une information spécifique AERAS est systématiquement intégrée dans les plans de formation des nouveaux embauchés ou des personnes qui changent de poste.

Dans les groupes mutualistes décentralisés, chaque banque régionale, dispose d'un référent : ils sont au nombre de 100. Dans les 4 autres banques nationales, les référents sont généralement localisés dans leurs structures régionales : cela représente 300 référents. Ces 400 référents sont consultés à la fois par les clients et les conseillers.

Malgré un effort important de formation des réseaux bancaires, le renouvellement des conseillers et l'importance des recrutements récents ont induit un taux de rotation rapide du personnel au sein des agences bancaires. Ceci peut expliquer que certains candidats à l'emprunt semblent continuer à rencontrer des difficultés pour obtenir spontanément, dans certains réseaux, des informations sur la convention AERAS.

²³ Ce kit comprend un document de 40 transparents présentant la convention, un questionnaire permettant la validation des connaissances, un guide d'animation pour le formateur et une fiche aide mémoire pour les participants.

²⁴ Dans certains réseaux, tout ou partie des conseillers doivent avoir la carte d'intermédiation en assurance niveau 2 pour vendre des produits d'assurance. Une formation AERAS a été intégrée à ce module.

III.3 Les statistiques AERAS

L'engagement de produire des statistiques relatives au nombre de demandes d'assurance entrant dans le champ de la convention AERAS figure dans la Convention et doit permettre à la Commission de suivi et de propositions de disposer d'outils pour évaluer périodiquement l'application de la convention et notamment les propositions d'assurance au titre de la garantie invalidité.

Dans ce cadre, la FFSA a été chargée d'élaborer des statistiques trimestrielles. La FFSA a établi ces statistiques AERAS en consolidant les données de ses adhérents sur le marché de l'assurance emprunteur²⁵. Les statistiques portent sur le recensement des propositions d'assurance formulées par les assureurs. Ces propositions d'assurance distinguent les types de garanties demandés par les candidats à l'emprunt et les caractéristiques des propositions des assurances (*surprimes, exclusions*).

Les données statistiques pour 2007 sont communiquées en annexe. Ces données sont complétées par des données ou des sondages relatifs à la mesure des différents engagements pris par l'ensemble des professionnels.

III. 3.1 Précisions méthodologiques sur le nombre de dossiers traités et les demandes d'assurance

Sur la notion de demandes d'assurance au regard du nombre de demandes de prêts immobiliers

En 2007, les sociétés d'assurance ont reçu 4 343 630 demandes d'assurance emprunteurs pour des crédits immobiliers et professionnels. Ce nombre ne coïncide pas avec les 2,3 millions de demandes d'emprunts immobiliers. Plusieurs situations peuvent expliquer cet écart :

- il y a des emprunts pour les professionnels donc la base de comparaison n'est pas la même ;
- un candidat à l'emprunt peut déposer pour une même demande d'emprunt, plusieurs demandes d'assurance auprès d'assureurs différents ;
- un candidat à l'emprunt peut déposer plusieurs demandes d'emprunt auprès de différents établissements de crédit donnant lieu

²⁵ Les statistiques à fin septembre 2007 ont été présentées à la Commission lors de sa réunion du 21 décembre 2007 et celles à fin décembre ont été transmises en juin 2008.

à plusieurs demandes d'assurance ; par ailleurs, le financement de certains projets immobiliers implique plusieurs crédits et donc plusieurs demandes d'assurance ;

- toute demande de crédit portée par un couple et pour laquelle les deux co-emprunteurs sont assurés donne lieu à la comptabilisation de deux demandes d'assurance.

Sur la notion de proposition d'assurance

Sont comptabilisées comme propositions d'assurance, toutes celles qui couvrent au moins un des risques présentés dans la demande d'assurance. Par exemple, pour une demande d'assurance au titre des garanties décès, PTIA et invalidité, sera considérée comme une proposition d'assurance celle couvrant le seul risque décès.

Sur la notion de demandes d'assurance de prêts présentant un risque aggravé de santé

Sur les 4 343 630 demandes d'assurance, 9,9% d'entre elles soit 431 028 ont été identifiées comme présentant un risque aggravé de santé.

Il convient de préciser que sont comptabilisées dans ces 431 028 demandes, celles qui, au regard d'au moins une couverture des risques pour lesquels l'assurance est sollicitée (*décès, PTIA, invalidité*), présente un risque aggravé de santé.

A titre d'illustration, sur les 431 028 demandes d'assurance présentant un risque aggravé de santé, 147 946 ont fait l'objet de propositions d'assurance couvrant la garantie décès dans des conditions standard²⁶, sans surprime ni exclusion. Ces demandes ont été néanmoins comptabilisées comme présentant un risque aggravé de santé dès lors qu'elles ont été présentées par un candidat à l'assurance qui présentait un risque aggravé de santé au regard de la garantie PTIA ou de la garantie invalidité.

III. 3.2 Les propositions des assureurs

Sur l'ensemble des 431 028 demandes d'assurance présentant un risque aggravé de santé :

- 2,4% des cas, soit 10 435 dossiers sont en cours d'instruction ;

²⁶ Il convient cependant de rappeler que ces propositions standard n'ont pas forcément été acceptées (devis possible, double demande d'assurance ...).

- 1,9% des cas, soit 8060 dossiers, le candidat à l'assurance n'a pas donné suite à sa demande²⁷ ;

- 92,6 %²⁸ soit 399 279 demandes d'assurance ont fait l'objet d'une proposition d'assurance sans passage au 3^e niveau dont :

- 324 597 ont fait l'objet d'une proposition d'assurance acceptée par les candidats à l'emprunt ;

- 74 682 demandes ont fait l'objet d'un refus de la part du demandeur.

- 1,4% des cas, soit 5 975 demandes d'assurance n'ont pas fait l'objet de proposition et n'ont pas été transmises au pool des risques très aggravés ;

- 1,7 % des cas, soit 7 279 demandes présentant des risques de santé lourds, ont été transmises au pool des risques très aggravés (3^e niveau d'assurance) entre le 6 janvier 2007 et le 4 janvier 2008. Ce nombre dépasse déjà les dossiers traités par le pool pendant toute la durée de la précédente convention. Ceci traduit une nette intensification de l'utilisation du dispositif du 3^e niveau²⁹. Sur ces 7 279 dossiers traités :

- 74,4 % soit 5 413 des demandes ont fait l'objet d'un refus ;

- 19,6 % soit 1 423 des demandes ont fait l'objet d'une proposition ;

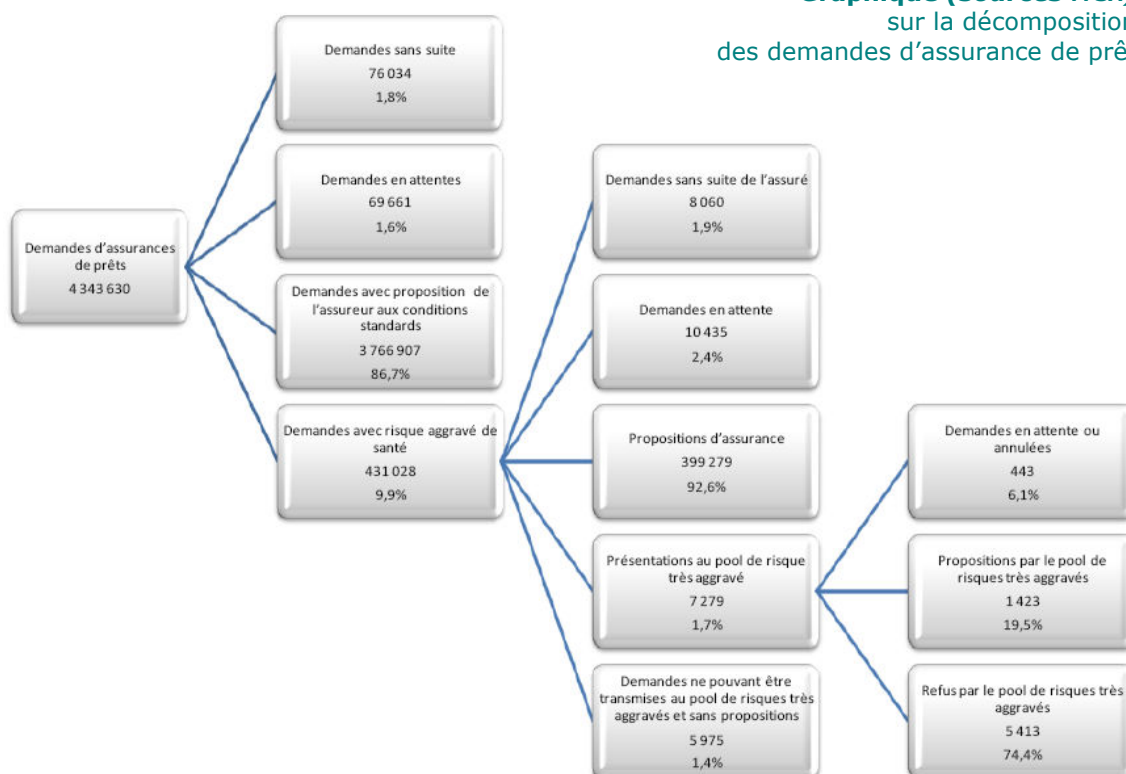
- 6,1 % soit 443 des propositions sont en attente ou concernent des demandes annulées par les candidats à l'emprunt.

²⁷ Ainsi, 412 533 demandes d'assurances ont été au terme de la procédure.

²⁸ Concernant les dossiers de demandes comprenant les garanties décès+PTIA+invalidité, le taux de proposition est de 95,2%. Il convient toutefois de ne pas interpréter plus avant la différence entre ces taux compte tenu des incertitudes inhérentes à tout suivi statistique nouvellement mis en place.

²⁹ Il convient de rappeler que l'accès au 3^e niveau est soumis à conditions.

Graphique (sources FFSA)
sur la décomposition
des demandes d'assurance de prêt



Il est possible de décomposer les propositions des assureurs par type de garantie :

Les assureurs ont proposé une couverture décès pour 399 279 demandes déposées. Cette proposition de couverture décès a été faite dans 37% des cas sans surprime ni limitation de garantie, dans 11% des cas sans surprime mais avec une limitation de la garantie. Dans 51% des cas, elle a été faite avec une surprime mais sans limitation de garantie, et dans 1% des cas avec une surprime et une limitation de garantie.

Concernant le risque PTIA, sur 379 059 demandes, 13% n'ont pas abouti (*non assurabilité sur la base du critère médical*). La proposition d'assurance a été faite dans 26% des cas au tarif standard, soit 97 541 propositions. Dans 53% des cas, elle a été faite sans surprime mais avec une limitation de garantie. Dans 7% des cas, la PTIA a été proposée sans limitation de garantie mais avec une surprime et dans 1% des cas avec limitation de garantie et surprime.

Enfin, pour le risque invalidité, sur 313 529 demandes, 71% ont donné lieu à une proposition.

Aucune proposition n'a pu être proposée dans 29% des cas en raison d'un refus médical. La proposition s'est faite dans 11% des cas au tarif standard, soit 34 493 propositions. Dans 54% des cas elle a été proposée sans surprime mais avec une limitation de garantie, 5% des dossiers ont été acceptés sans limitation de garanties mais avec des surprimes et dans 1% des cas avec une limitation de garantie et une surprime.

La FFSA souligne que s'agissant de l'invalidité, il faut comprendre incapacité-invalidité et que c'est dans la majeure partie des cas l'incapacité (arrêts de travail) qui n'est pas couverte. L'invalidité l'est majoritairement.

Concernant les 89 929 demandes de couverture invalidité qui ont fait l'objet d'un refus, seules 1 164 demandes ont fait l'objet d'un examen par le pool des risques très aggravés.

Ces chiffres illustrent la pratique des assureurs consistant à ne pas transmettre systématiquement les demandes de garantie invalidité au 3^e niveau d'assurance. En effet, les assureurs considèrent que la formulation d'une proposition d'assurance limitée au risque décès répond à l'engagement pris dans la Convention et que, dès lors, la saisine, en ce qui concerne

l'invalidité, du pool des risques très aggravés, ne s'impose pas. La FFSA indique par ailleurs que les dossiers pour lesquels un "refus médical" a été enregistré en incapacité/invalidité bénéficient le plus souvent de la garantie invalidité, le refus ne portant généralement que sur la garantie incapacité³⁰.

Il n'en demeure pas moins que l'absence de transmission empêche de tester les limites de l'assurabilité pour le risque invalidité, ce qui n'apparaît pas satisfaisant. S'il est exact que la transmission au 3^e niveau créerait un engorgement préjudiciable au traitement des demandes qui sont examinées à ce niveau, il conviendrait de trouver un dispositif ad hoc satisfaisant permettant de repousser les limites de l'assurabilité sans créer un risque d'asphyxie du pool des risques très aggravés.

La question de savoir si conformément à l'engagement de la profession bancaire, le refus de la garantie invalidité n'entraîne pas de refus systématique de prêt demanderait à être mieux documentée. Les conséquences de cette situation (*prêt avec décès seul ou couverture invalidité partielle*) restent à mesurer au regard de l'esprit de la convention.

Au total, 93% des demandes d'assurance présentant un risque aggravé de santé ont fait l'objet d'une proposition d'assurance couvrant au moins le risque décès. 83% des demandes ont fait l'objet d'une proposition d'assurance couvrant les risques décès et la PTIA, 68 % des demandes ont fait l'objet d'une proposition d'assurance couvrant les risques décès, PTIA et invalidité (*même partielle*).

Cette statistique générale montre que la convention AERAS permet de faire reculer les limites de l'assurabilité au titre des risques aggravés de santé. Cependant, sur cette seule

base, il n'est pas possible de déterminer si ces couvertures assurantielles relatives à l'assurance décès seule ou à l'assurance décès et PTIA ont été considérées comme des garanties suffisantes par les établissements de crédit au regard de la jurisprudence des règles de solvabilité et d'analyse de risque, pour se traduire par des offres de prêts. En effet, pour préserver la confidentialité des données de santé, les établissements de crédit ne sont pas autorisés à constituer des fichiers sur leurs clients présentant un risque aggravé de santé. L'absence de méthodologie adéquate pour l'instant disponible permettant de surmonter cet obstacle explique qu'il ne soit pas possible non plus d'établir de statistiques sur la transformation des propositions d'assurance AERAS en offres de prêt AERAS et par voie de conséquence sur le nombre de prêts AERAS.

III.3.3 La tarification

Conformément au principe de tarification ajusté au risque en vigueur dans le secteur de l'assurance, les garanties assurantielles pour les personnes présentant un risque aggravé de santé donnent généralement lieu à des surprimes d'assurance et/ou à des exclusions partielles ou totales de couverture.

Dans le cadre de l'application de la Convention AERAS, les surprimes relevant des risques décès et PTIA s'établissent dans 40,5% des dossiers à moins de 50% du tarif groupe et dans 88,1% des cas sont inférieures à 100% du tarif de groupe correspondant à la classe d'âge de l'emprunteur. En moyenne, la surprime est de l'ordre de 68%.

Les surprimes relatives à la garantie invalidité sont dans 58,9% des cas inférieures à 50% et dans 85,5% des cas inférieures à 100% du tarif de groupe correspondant à la classe d'âge de l'emprunteur. La surprime moyenne ressort à environ 59%.

Au total, il apparaît que les surprimes sont dans plus de 85% des cas inférieures à 100% du tarif standard. Les taux de surprimes les plus élevés (taux supérieurs à 300% du tarif de groupe correspondant à la classe d'âge de l'emprunteur) ne représentent que 1,2% des demandes de garantie décès+PTIA et 0,6% des demandes de garantie invalidité.

³⁰ La FFSA indique que si les refus médicaux en incapacité/invalidité devaient systématiquement être transmis au 3^e niveau, il en résulterait une charge de gestion considérable pour les réassureurs qui n'ont pas la structure pour gérer des dossiers en masse. A titre d'exemple, le traitement de 15 000 dossiers par réassureur nécessiterait pour chacun d'entre eux d'engager 15 tarificateurs de bon niveau, quand leur structure comprend aujourd'hui 3 à 4 tarificateurs pour gérer l'ensemble de leurs affaires. Par ailleurs, eu égard à la nature du risque, il est à prévoir que seul un très modeste pourcentage de garanties incapacité/invalidité refusées médicalement aux deux premiers niveaux pourrait être accepté au 3^e niveau. Pour la FFSA, l'effort serait vraisemblablement sans commune mesure avec le succès que l'on pourrait en retirer.

III.3.4 Le taux d'acceptation des assurés

Sur 431 028 dossiers de demandes d'assurance présentant un risque aggravé de santé, 325 067 ont fait l'objet d'une proposition en garantie décès acceptés par les assurés, soit un taux de transformation des demandes en propositions de 75%.

Pour les 329 320 demandes comportant le risque invalidité, le nombre de dossiers ayant fait l'objet d'une proposition et acceptés par les assurés est de 248 378, soit un taux de 75% également. Le taux d'acceptation concernant les 1 423 propositions d'assurance faites au 3^e niveau est de l'ordre de 33%.

Le taux de transformation est un peu plus élevé lorsqu'on compare les acceptations aux propositions d'assurance. Sur un ensemble de 400 702 propositions d'assurance³¹, 81,1% ont été acceptées par les assurés. En ce qui concerne les dossiers comportant la demande de couverture assurantielle la plus étendue, c'est-à-dire le décès, PTIA et l'invalidité, on relève 248 378 acceptations par rapport aux 313 529 propositions représentant un taux de 79,2%.

III. 3.5 Le dispositif d'écrêtement des surprimes d'assurance

Le mécanisme d'écrêtement des surprimes d'assurance, sous condition de ressources, (*cf. infra*), est déclenché lorsque la surprime représente plus de 1,5% dans le TEG du prêt. Dans le calcul du TEG, le taux d'assurance est exprimé en pourcentage du capital restant dû.

A titre indicatif, un taux d'assurance représentant 1,5% de TEG correspond à un taux de surprime compris entre 163% et 210%³² par rapport au coût moyen de l'assurance du contrat de groupe (0,36% du capital initial). Pour un couple d'emprunteurs comprenant un risque aggravé de santé et un risque standard, le niveau de surprime peut être plus élevé pour que la surprime d'assurance du prêt dépasse 1,5 point de TEG.

L'enquête réalisée par la FFSA étant toujours en cours, les données communiquées pour la

rédaction du présent rapport ont été établies à partir des données de sociétés qui regroupent 99% des demandes d'assurance emprunteur avec risque aggravé de santé.

Au terme de cette enquête, le nombre de prêts ayant bénéficié d'un écrêtement de primes en 2007 s'élève à environ 570. Le nombre de dossiers ayant bénéficié du dispositif d'écrêtement ne peut être considéré comme représentatif d'une année d'application du dispositif en régime de croisière. En effet, les discussions sur la mise au point du dispositif d'écrêtement ont eu lieu au 1^{er} trimestre 2007. Les assureurs n'ont commencé à l'appliquer qu'au second trimestre 2007. Le nombre de dossiers écrêtés en 2007 correspond donc à environ 75% du nombre de dossiers qui seraient écrêtés en année pleine.

Compte tenu du taux d'acceptation moyen des assurés, il semble que les conditions de ressources combinées à d'autres paramètres aient conduit à écarter du dispositif entre le tiers et la moitié des 1 000 à 2 000 dossiers dont le taux d'assurance dépassait 1,5 point en TEG. Cette proportion peut paraître élevée au regard des principes ayant conduit à la conception du dispositif prévu pour concerner 89% des ménages. Cependant, il est encore trop tôt pour en déterminer les causes compte tenu de l'interférence de plusieurs paramètres et de la jeunesse du dispositif.

L'âge moyen des emprunteurs bénéficiaires du dispositif d'écrêtement est de 53,3 ans. Les personnes de moins de 40 ans représentent 7% des bénéficiaires, les personnes entre 40 et 49 ans 28%, celles entre 50 et 59 ans 41% et les plus de 60 ans 24%. Cette répartition par âge s'explique principalement par le fait que les risques aggravés portent majoritairement sur des emprunteurs plus âgés que ne le sont en moyenne les emprunteurs. De plus, la tarification des primes d'assurance est établie en fonction de l'âge ou d'une classe d'âge de manière systématique dans les contrats par délégation et de plus en plus dans les contrats d'assurance de groupe. La tarification de base étant plus élevée pour les emprunteurs plus âgés que pour les emprunteurs jeunes, l'application de surprimes d'assurance fait que le taux d'assurance des prêts pour cette catégorie d'emprunteurs atteint plus souvent le taux de 1,5 point du TEG.

³¹ Correspondant à 399 300 propositions au niveau 2 et à 1 500 au niveau du pool des risques très aggravés.

³² Pour les besoins de l'exemple, on a supposé le cas d'un prêt d'une durée de 15 ou 30 ans, affichant un taux d'intérêt de 5% et avec une seule tête assurée. Ce taux de surprime se calcule par rapport au taux moyen de l'assurance du contrat groupe qui s'établit à 0,36% du capital initial (soit entre 0,48% et 0,57% du capital restant dû selon que la durée du prêt est de 30 ou 15 ans).

L'encours moyen des prêts concernés est de 62 000€ et d'une durée moyenne de 11,7 ans.

100% des dossiers écrêtés concernent le risque décès, dont 49% couvrent la PTIA et 9% l'invalidité. Les dossiers écrêtés sont pour l'essentiel issus des contrats collectifs (97%) alors même que les délégations d'assurance représentent 15,5% des crédits immobiliers. Cette différence dans l'origine des dossiers écrêtés pourrait traduire le fait que les délégations d'assurance sont principalement utilisées par des emprunteurs jeunes, population au sein de laquelle on rencontre statistiquement moins de risques aggravés de santé.

La mise en œuvre du dispositif d'écrêtement a permis de ramener le taux de cotisation de l'assurance de 1,467% du capital initial emprunté avant écrêtement et à 0,917% après (correspondant à 1,5 % du capital restant dû).

Le dispositif a permis d'écrêter la prime d'assurance des assurés de 34% environ par rapport au tarif assurantiel. L'engagement financier pris par les professionnels a permis une économie de charges pour les emprunteurs AERAS de 200 000€ pour la seule année 2007 et de 2,3 M€ pour la durée globale des 570 prêts mis en place.

III.4 Les autres engagements

III. 4.1 Le respect de la confidentialité des données médicales

L'instruction d'une demande d'emprunt immobilier, dès lors que le crédit est assorti d'une assurance emprunteur, nécessite de collecter et d'exploiter des informations concernant l'état de santé du candidat à l'emprunt. Pour autant, les établissements de crédits sont tenus de respecter la confidentialité des données de santé des personnes qui doivent remplir un questionnaire de santé destiné à l'assureur. Ce principe doit être respecté lors du renseignement des questionnaires, notamment lorsque l'emprunteur est présent dans les locaux du professionnel (*agence bancaire, courtier*).

Deux séries d'engagement ont été pris : (a) le questionnaire doit être rempli dans des conditions qui permettent de respecter la confidentialité des données de santé. A ce titre, le candidat à l'emprunt prend seul connaissance des questions figurant dans le questionnaire de santé, remplit seul le questionnaire quel que soit

le support utilisé, est informé de la possibilité de remplir le questionnaire sur place ou à son domicile, peut être assisté à sa demande par son interlocuteur pour remplir le questionnaire, se voit rappeler les règles de confidentialité définies dans le code de bonne conduite, est invité à transmettre le questionnaire sous pli cacheté au médecin conseil du service médical de l'assurance, si parmi les réponses données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie, accident, traitement actuel ou passé. (b) Le contenu des questionnaires doit respecter un certain nombre de principes³³.

Pour évaluer le respect de ces engagements, la FBF a réalisé un sondage auprès des grands réseaux bancaires afin d'avoir une idée assez précise de la procédure de souscription des questionnaires de santé. Les réseaux interrogés ont tous répondu. Ce sondage comprenait les questions suivantes : le questionnaire de santé est-il détachable du dossier de souscription ? Le destinataire du questionnaire (*médecin conseil de l'assureur*) est-il clairement identifié et indiqué sur le formulaire ?

Il ressort des réponses faites que dans tous les cas, le questionnaire de santé est détachable du dossier d'adhésion et que le destinataire (*médecin conseil de l'assureur*) est clairement indiqué à la fois sur le formulaire et sur l'enveloppe qui est jointe pour l'envoi du questionnaire.

S'agissant du respect de la confidentialité par les assureurs entre le niveau 2 et 3, les processus d'organisation pour garantir le respect de la confidentialité sont en place dans les établissements bancaires. Par ailleurs, des sondages auprès d'emprunteurs dont la demande

³³ Les questionnaires de santé doivent respecter les principes suivants de la Convention AERAS : a) les questions posées sont précises et portent sur les événements relatifs à l'état de santé (*ex : existence d'une rente d'invalidité, intervention chirurgicale ...*), les pathologies recherchées, les arrêts de travail et de situations liées à la protection sociale (*ex : exonération du ticket modérateur ...*) ; b) les questionnaires de santé ne font aucune référence aux aspects intimes de la vie privée, et notamment à la sexualité ; c) 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'immunodéficience humaine et sous la forme suivante : « Avez-vous ou non subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif ? A quelle date ? ». Il ne peut être demandé au candidat à l'assurance de se soumettre à de tels tests que si l'importance des capitaux souscrits ou les informations recueillies par le questionnaire de risques le justifient.

d'assurance est passée par le 2^e ou 3^e niveau sont en cours d'élaboration en liaison avec les assureurs-groupe qui seuls disposent des fichiers identifiant cette cible de clientèle. Les résultats seront connus à la fin de l'année 2008.

Les Directions de la Conformité des Réseaux ont été saisies du dossier du respect des règles en vigueur dans leur établissement quant à la confidentialité des données médicales de l'ensemble des clients. La FBF confirme que des instructions sont données au personnel chargé des contrôles de conformité. Par ailleurs, le dossier continue à être suivi par le Pôle de la Conformité FBF.

Les établissements de crédit ont donc mis en place une procédure de nature à garantir la confidentialité des données de santé lors de la souscription d'un contrat d'assurance emprunteur. Les questionnaires de santé ont un volet détachable et des enveloppes cachetées à l'attention du médecin conseil de l'assureur sont mises à disposition de l'emprunteur.

Il arrive que le candidat à l'emprunt, désireux de remplir son dossier de prêt dans les meilleurs délais, bien que dûment informé par l'établissement de crédit, ne prête pas une attention particulière à la question de la confidentialité des données de santé et remplisse le questionnaire de santé dans le bureau du chargé de clientèle, ou sollicite l'assistance de ce dernier dans l'établissement du questionnaire. Ce type de comportement (*levée volontaire de la confidentialité*) n'apparaît pas critiquable en soi.

III. 4.2 Le respect des délais d'instruction des dossiers par les assureurs et les établissements de crédit

Aux termes de la convention, la durée globale de traitement des dossiers de demande de prêts immobiliers par les établissements de crédit et les assureurs ne doit pas excéder 5 semaines à compter de la réception d'un dossier complet.

III.4.2.1 Respect des délais d'instruction par les assureurs

La Convention fixe un délai d'instruction maximum de 3 semaines aux assureurs pour répondre à une demande d'assurance y compris en cas d'intervention du 3^e niveau. Ce délai court à compter de la réception de l'ensemble des pièces nécessaires à la constitution du

dossier jusqu'à la notification de la réponse formulée par l'assureur.

La FFSA a réalisé une étude sur les délais d'instruction des dossiers en distinguant le traitement des demandes au 2^e et au 3^e niveau.

Le respect du délai d'instruction des dossiers au 3^e niveau (*pool des risques très aggravés*).

Dans le cadre de la gestion des dossiers du « 3^e niveau » dont il a la charge, le Bureau central d'assurance collective (BCAC)³⁴ a conduit une étude afin de mesurer les délais de traitement des dossiers qui lui sont transmis. Cette étude a porté sur 695 dossiers transmis au 3^e niveau entre la mi-avril et la mi-mai 2008.

En moyenne, les dossiers transmis par l'assureur (du 1^{er} niveau) reçoivent une réponse de la part des réassureurs du 3^e niveau en 5 jours. Si le dossier nécessite des pièces médicales complémentaires (*moins d'1 demande sur 10*), ce délai moyen est porté à 6 jours. En cas de demande de pièces complémentaires de la part du réassureur, le délai est interrompu jusqu'à réception des pièces. Les délais de traitement au 3^e niveau sont inférieurs à 3 jours dans 22% des cas, entre 4 jours à 1 semaine dans 57% des cas, entre 1 à 2 semaines dans 21% des cas. Au total, près de 80% des dossiers reçus de la part des assureurs sont traités dans la semaine (*week-end inclus*). La totalité des demandes au 3^e niveau est traitée en moins de 2 semaines.

Pour le 2^e niveau d'assurance : un sondage a été réalisé pour évaluer le pourcentage de dossiers traités dans les délais par les assureurs.

La FFSA a demandé aux sociétés d'assurances de quantifier les délais d'instruction des demandes d'assurance de prêt qui ont fait l'objet d'une réponse au deuxième niveau (*acceptation ou refus*) au mois d'avril 2008 : 19 sociétés ont répondu représentant 91% des demandes d'assurance de prêts avec un risque aggravé de santé en 2007. Ce sondage a porté sur 6 695 dossiers traités au 2^e niveau et qui ont reçu une réponse au mois d'avril de la part de ces 19 sociétés. Sur ces 6 695 dossiers, 6 608 ont reçu une réponse dans le délai

³⁴ Le BCAC est un GIE de 120 salariés qui fait partie du groupe de protection sociale B2V. Il a été créé en 1938 par les assureurs opérant dans la branche collective afin de gérer des contrats de prévoyance et retraite des salariés de l'assurance et de gérer des "pools" spécifiques : pool catastrophe décès, pool dépendance, pool des emprunteurs séropositifs, pool des risques très aggravés.

de 3 semaines soit 98,7% des dossiers. Ce pourcentage concerne aussi bien les dossiers acceptés que les dossiers refusés (98,2 %). 0,7 % des dossiers ont connu un délai de réponse compris entre 22 et 28 jours, 0,2% entre 29 et 35 jours et 0,4% avec un délai de 36 jours ou plus. Le délai moyen de réponse est de 2,7 jours pour un dossier accepté et de 4,5 jours pour un dossier refusé. Au global, le délai moyen est de 3,0 jours. Parmi les 87 dossiers pour lesquels le délai n'a pas été respecté (soit 1,1 % des dossiers), 0,7 % ont été traités entre 22 et 28 jours, 0,2% entre 29 et 35 jours et 0,4% entre 36 jours et plus.

Il convient de souligner que le sondage n'a pas porté sur les contrats de délégations d'assurance.

III.4.2.2 Respect des délais d'instruction par les établissements de crédit

La Convention fixe aux établissements de crédit un délai d'instruction maximum de 2 semaines pour un dossier de prêt complet (*suivant la transmission à l'établissement de crédit de la notification par l'organisme assureur de l'acceptation par le client de la proposition d'assurance*) pour statuer sur la demande d'emprunt.

Des sondages sont en cours dans les réseaux bancaires dont les résultats seront connus en octobre 2008. D'ores et déjà, il apparaît que dans de grands réseaux, l'émission de l'offre de prêt est immédiate à réception de l'acceptation de l'assurance, l'instruction du dossier de prêt ayant été faite en amont.

Pour certains établissements de crédit, les délais de traitements peuvent être allongés en raison de la possibilité offerte au candidat à l'emprunt de produire des garanties identiques ou équivalentes, délégations d'assurance ou garanties alternatives à l'assurance.

III.4.3 L'établissement de devis d'assurance

Les établissements de crédit se sont engagés à transmettre à l'assureur du contrat de groupe les demandes d'assurance effectuées par le candidat à l'emprunt, quand bien même une telle demande ne serait pas liée à la signature d'une promesse ou d'un compromis de vente (*devis*).

Tous les réseaux bancaires offrent désormais la possibilité aux candidats à l'emprunt de faire établir un devis d'assurance en amont de leur projet immobilier. Toutefois, certains réseaux

mentionnent que cette possibilité se développe lentement.

III.4.4 Le respect de la motivation des refus d'assurance

Dans un objectif de transparence vis-à-vis du public concerné par les risques aggravés de santé, la Convention prévoit que, en cas de refus d'octroi d'un prêt, l'assureur porte à la connaissance de l'intéressé de façon claire et explicite, par courrier, les décisions de l'assureur relatives au refus d'assurance, aux ajournements, aux exclusions de garantie et aux surprimes. Dans le même courrier, il doit être indiqué à l'intéressé la possibilité de prendre contact avec le médecin de l'assureur, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, pour connaître les raisons médicales à l'origine des décisions de l'assurance. Il est mentionné l'existence et les coordonnées de la Commission de médiation au cas où la réponse de l'assureur paraîtrait en contradiction avec la Convention.

De leur côté, les établissements de crédit se sont engagés à motiver par écrit les refus de prêt fondés sur le seul critère de l'assurabilité.

Les Directions de la Conformité des réseaux bancaires ont été saisies du dossier par le pôle Conformité de la FBF. L'ensemble des réponses sera connu en octobre 2008. Dès à présent, des instructions sont données par ces réseaux au personnel chargé des contrôles de conformité.

Nombre de lettres explicatives envoyées par les médecins-conseils des assureurs en réponse à des demandes d'information complémentaires des candidats à l'assurance

La FFSA a demandé aux sociétés d'assurances à travers un sondage portant sur le mois d'avril 2008 de quantifier le nombre de lettres envoyées aux assurés présentant un risque aggravé de santé, à la fois pour signifier à ces assurés la décision de l'assureur et répondre à une demande d'information complémentaire de la part de l'assuré. Les assureurs ayant répondu à ce sondage représentent 90% des demandes d'assurances de prêts comportant un risque aggravé de santé en 2007.

Les assureurs ont envoyé près de 39 200 lettres explicatives aux assurés sans demande d'explication préalable de ces derniers. Il s'agit des lettres envoyées par l'assureur pour informer de sa décision le demandeur

d'assurance. 36 960 lettres ne spécifiaient pas la pathologie soit un peu plus de 94% des lettres. Dans un peu moins de 6% des cas, la pathologie était renseignée.

Les assureurs ont envoyé, au cours du même mois d'avril 1 035 lettres explicatives en réponse à une demande de l'assuré. 980 lettres spécifiaient la pathologie soit 95% des cas (55 lettres ne spécifiaient pas la pathologie soit 5% des cas).

En complément de ce sondage, il convient de souligner que, parmi les demandes recevables dont a été saisie la Commission de médiation, un certain nombre portait sur l'absence d'information sur le motif médical ayant justifié la décision de refus par l'assureur. L'intervention de la Commission de médiation a permis d'obtenir communication des raisons médicales à l'origine des décisions d'assurance, ce qui semblerait traduire davantage une carence ponctuelle de la part de certains assureurs qu'un refus de principe des entreprises d'assurance de communiquer aux intéressés les raisons médicales à l'origine de leurs décisions.

Un assureur a indiqué à la Commission de suivi que, pour honorer l'engagement pris dans la Convention, il avait dû renforcer son équipe de médecins conseils, en procédant à de nouvelles embauches, afin de répondre aux demandes d'explication des candidats à l'assurance.

III. 4.5 La délégation d'assurance

En règle générale, les établissements de crédit proposent à leurs clients leur contrat d'assurance de groupe : c'est une assurance collective adaptée notamment aux caractéristiques de la gamme de prêts et des profils des clients et souscrite par l'établissement de crédit auprès d'une compagnie d'assurances pour le compte de ses clients, pour couvrir les conséquences d'un décès, mais aussi la survenance d'une maladie ou d'une invalidité remettant en cause l'équilibre financier de l'opération et la capacité de remboursement du ou des emprunteurs.

Dans le cadre de la Convention AERAS, les établissements de crédit se sont engagés à accepter des délégations d'assurance, contrats d'assurance collectifs souscrits à titre individuel dès lors que ces derniers présentent un niveau de garantie équivalent au contrat groupe qu'ils proposent.

La FBF a interrogé les réseaux bancaires sur la pratique de la délégation d'assurance. Au terme de ce sondage, il apparaît que globalement les candidats à l'emprunt, qu'ils présentent ou non un risque aggravé de santé, prennent une couverture assurantielle dans le cadre de l'assurance de groupe dans 81% des cas, et dans celui de la délégation d'assurance dans 19 % des cas³⁵.

Le pourcentage de la répartition entre assurance-groupe et délégation d'assurance varie selon les réseaux. La part de l'assurance de groupe s'établit entre 70% et 90%, traduisant soit sa compétitivité, soit son adaptation aux besoins du client (*tarif jeune par exemple*), soit la politique commerciale de chaque établissement de crédit.

Les réseaux bancaires restent vigilants pour accepter des délégations d'assurance qui peuvent n'offrir que des garanties réduites ou multiplier les exclusions de garanties. Les primes de ces contrats peuvent être progressives et sont dans la plupart des cas non garanties pendant la durée du contrat de crédit. Enfin, en cas d'impayés de primes d'assurance, la garantie d'assurance extérieure peut être définitivement résiliée alors que dans le cas d'une assurance-groupe, le prêt pourra le plus souvent rester garanti. Il est à noter que dans cette dernière éventualité, certains des assureurs qui proposent des délégations d'assurance indiquent que le prêt resterait également garanti dans le cadre de la délégation d'assurance. Une analyse précise des clauses des contrats et la connaissance de la pratique des compagnies sont donc indispensables.

III. 4.6 Les garanties alternatives

La conclusion d'un contrat d'assurance dans le cadre d'un emprunt souscrit auprès d'un établissement de crédit n'est pas la seule garantie envisageable. En cas de refus d'assurance, l'établissement de crédit doit rechercher avec son client la mise en œuvre de garanties alternatives présentant le même niveau de sécurité pour le prêteur et l'emprunteur. Selon les engagements pris par les établissements de crédit, il peut s'agir, selon les cas, d'une prise d'hypothèque sur un

³⁵ Le poids de la délégation d'assurance calculé par la FBF (19%) est légèrement supérieur au poids de la délégation d'assurance calculé par la FFSA (15,5%). Le premier est calculé en nombre d'emprunts, le second au niveau des cotisations d'assurance emprunteur immobilier. Les deux pourcentages bien que proches ne sont donc pas directement comparables.

bien immobilier, de la mobilisation d'un portefeuille de valeurs mobilières, de contrats d'assurance vie ou de prévoyance individuelle ou d'une caution. L'établissement de crédit et son client ont un intérêt partagé à la recherche de telles garanties pour faire aboutir le projet immobilier.

La mise en place d'un dispositif de suivi de cet engagement fait, aujourd'hui, défaut. Elle apporterait une plus grande visibilité sur les garanties alternatives à l'assurance ; elle est donc souhaitable.

Données émanant d'établissements de crédit intervenant sur le marché national qui proposent des prêts sans assurance

Les établissements sont aussi confrontés à des refus d'assurance ou des impossibilités de couvrir certains risques. Conformément à la Convention AERAS sur les garanties alternatives à l'assurance, des prêts sans assurance sont parfois mis en place. La plupart des réseaux acceptent au cas par cas de tels montages en fonction de l'analyse du projet et des risques : situation du client, type d'opération et de financement (*opérations d'investissements locatifs, apport personnel important, seniors par exemple*) et type de garanties alternatives ou complémentaires disponibles. Ces dernières quand elles sont nécessaires sont systématiquement recherchées par l'établissement de crédit avec son client pour que le prêt soit correctement garanti sur toute sa durée. C'est l'intérêt commun bien compris de l'emprunteur et du prêteur pour rendre possible l'opération dans des conditions de sécurité pour les deux parties. Cette attitude répond à l'exigence de « prêteur responsable » fixée par la jurisprudence de la Cour de Cassation sur le devoir d'alerter le client avant d'accorder un crédit.

Les réseaux qui ont répondu indiquent en général qu'entre 1 et 2% de leurs prêts sont ainsi sans assurance. Le maximum déclaré par un réseau atteint 4 %. Ces pourcentages s'entendent tous prêts accordés et pas spécifiquement les prêts AERAS.

Par ailleurs, certains produits spécifiques sans assurance emprunteur classique commencent à être proposés par des établissements financiers : par exemple un établissement spécialisé propose depuis le début de 2008 un produit destiné à la clientèle âgée de plus de 60 ans. Il s'agit d'un

crédit hypothécaire avec une assurance caution proposé par un assureur spécialisé. Un autre établissement spécialisé présente une offre sans assurance à destination des seniors avec le Prêt Viager Hypothécaire. Il est prématuré de faire un bilan commercial de ces deux produits qui connaissent un démarrage encourageant mais sur des volumes réduits.

La souscription d'emprunt sans assurance peut, dans un certain nombre de cas, notamment celui des personnes célibataires sans enfants, constituer une solution pour les personnes présentant un risque aggravé de santé. Pour autant, le prêt sans assurance ne saurait être considéré comme une solution adaptée à l'ensemble des personnes présentant un risque aggravé de santé.

IV- Bilan d'étape de l'application de la convention AERAS

IV.1 Les forces

- une connaissance et une sensibilisation des acteurs et des personnes en risque aggravé qui ont progressé de façon satisfaisante,
- l'automatisme de l'application de la convention pour tous les dossiers déposés,
- une forte implication de toutes les parties signataires confirmée par la plupart des indicateurs,
- une mise en place rapide et un investissement fort des professionnels dans la mise en œuvre des nouvelles dispositions,
- un système conventionnel qui révèle une bonne capacité d'adaptation dans le temps aux évolutions des problématiques,
- la Commission de suivi et de propositions s'avère une instance de dialogue efficace entre les membres qui permet des avancées concrètes sur des points techniques,
- un dispositif de médiation renforcé et de plus en plus connu,
- un investissement intellectuel et méthodologique important en vue de la mobilisation des données scientifiques nécessaires à un développement de l'assurabilité, en vue de leur diffusion et de leur exploitation,
- un taux d'assurance décès élevé,
- un dispositif d'écrêtement qui permet de fait de réduire le coût de certaines primes grâce à un mécanisme de solidarité financé par les assureurs et les banques,
- un suivi statistique efficace de la convention mis en place diligemment, mettant en évidence des premiers résultats favorables (*plus de 93 % des demandes d'assurance présentant un risque aggravé de santé ont fait l'objet d'une proposition d'assurance couvrant au moins le risque de décès*).

IV.2 Les faiblesses et voies d'améliorations possibles

- l'effort d'information doit être poursuivi par tous les signataires de la Convention et notamment par les professionnels de l'immobilier

pour favoriser l'anticipation des clients dans la recherche d'une assurance emprunteur et amener des clients qui s'autocensuraient à se lancer dans leur projet immobilier,

- l'effort de formation des conseillers de clientèle par les établissements de crédit et les acteurs intervenant dans un projet immobilier doit être amplifié,
- la comparabilité des propositions d'assurance doit être davantage facilitée,
- les délais qui sont nécessaires pour la prise en compte des progrès thérapeutiques dans la définition de la tarification gagneraient à être réduits,
- la question du seuil de l'usure demeure posée pour les risques aggravés : certains clients obtiennent un accord d'assurance et un accord de crédit mais l'établissement de crédit ne peut pas faire une offre conforme au seuil de l'usure,
- bien que le dispositif d'écrêtement soit encore très récent pour qu'un jugement définitif puisse être porté, sa lisibilité gagnerait à être améliorée, notamment quant aux caractéristiques des bénéficiaires, et il devrait faire l'objet d'une analyse pour vérifier son adéquation aux objectifs initialement assignés,
- la question du taux de satisfaction des demandes d'assurance portant sur les garanties autres que le décès demeure mal appréhendée, notamment en terme d'examen du risque aux trois niveaux d'assurance et impliquerait une solution adaptée,
- l'outil statistique d'évaluation des effets de la convention mériterait d'être affiné sur certains points, notamment sur l'appréciation quant à la mise en place effective de prêts pour des dossiers comportant une proposition d'assurance au titre des risques aggravés de santé et en matière de délégation d'assurance,
- la durée inhérente à la production de statistiques par la Commission des études et recherches relatives à l'invalidité par pathologie s'inscrit nécessairement dans le temps long, mais la mise au jour de données fiables est indispensable au développement de l'assurabilité du risque.

IV.3 Les recommandations

Commission de suivi et de propositions

La Commission de suivi et des propositions pourrait être chargée de mettre en œuvre et de suivre les recommandations arrêtées dans le cadre du présent rapport, de préparer le deuxième rapport d'évaluation et de préparer le renouvellement de la Convention AERAS, le cas échéant en proposant des avenants à la Convention.

Commission des études et recherches

La Commission des études et recherches doit poursuivre ses investigations pour recueillir et étudier les données disponibles sur la mortalité et la morbidité occasionnées par les principales pathologies à partir desquelles sont déterminées les surprimes pour risques aggravés ou sur lesquelles sont fondés les refus de garantie. Elle doit le faire notamment auprès des organismes susceptibles de réunir ce type d'informations sur la population la plus large possible.

L'exploitation statistique des données relatives aux pathologies recueillies par les assureurs dans le cadre de la Convention AERAS permettrait de préciser la typologie des pathologies les plus fréquemment rencontrées dans le cadre d'AERAS, et de celles pour lesquelles les estimations des risques soulèvent le plus de débats : cette information permettrait d'orienter les recherches de la Commission des études et recherches. A terme, la mutualisation des données recueillies par les assureurs dans le cadre du suivi des personnes présentant une pathologie donnée permettrait de produire des estimations sur l'ensemble du marché correspondant aux risques effectivement observés pour l'ensemble de la population assurée. Toutefois, la collecte de ces données nécessite l'accord préalable de la CNIL.

Par ailleurs, l'estimation des risques de survenue d'un décès ou d'une invalidité sur une période correspondant à la durée d'un emprunt nécessite, par définition, de disposer de données concernant le suivi d'une population exposée au risque étudié pendant une durée équivalente. Par ailleurs, les effets d'une thérapeutique nouvelle ne peuvent être effectivement appréciés qu'en fonction de la durée pendant laquelle ces effets ont pu être observés. Dès lors, la mise en place d'une veille scientifique sur les perspectives ouvertes par l'évolution des technologies diagnostiques et thérapeutiques, et,

le cas échéant, la promotion de travaux de modélisation doivent enrichir le débat et permettre dans le cadre de la convention AERAS une meilleure prise en compte de ces progrès dans la couverture et la tarification des risques.

Analyser l'adéquation entre l'évaluation du risque effectuée par l'assureur et le dernier état de la science médicale

Pour analyser et tarifer les risques de santé, les assureurs considèrent de manière générale qu'il est indispensable d'avoir un certain recul sur l'effet de traitements nouveaux avant d'en tirer des conséquences en termes d'assurabilité et de tarification. Les associations de malades estiment de leur côté que les assureurs prennent en compte de façon nettement tardive³⁶ les évolutions médicales, de même les efforts de prévention ou les progrès des techniques chirurgicales, tous éléments de nature pour autant à impacter les études statistiques des assureurs.

Par ailleurs, les candidats à l'emprunt présentant un risque aggravé ne comprennent pas les divergences d'analyse des assureurs au regard de celles de leurs médecins spécialistes.

Pour traiter de ces questions, il pourrait être mis à l'étude la création d'une instance qui examinerait de manière ordinairement anonyme, le cas échéant à la lumière de cas types (*mais l'exercice gagnerait à lever l'anonymat entre experts entraînés au respect de la confidentialité*), sans qu'il soit possible d'identifier l'assureur et le demandeur, des cas pratiques de décisions prises par les médecins assureurs dans le cadre du pool des risques très aggravés. Ces cas seraient représentatifs des principales pathologies en lien avec la convention AERAS et pour lesquelles sont intervenus de nouveaux traitements ou thérapies ayant démontré leur efficacité. La composition de cette instance devrait être déterminée de façon à permettre le développement d'un dialogue entre des médecins spécialistes de ces pathologies et les médecins intervenant dans le cadre du pool des risques très aggravés sur les décisions individuelles au regard de l'état de l'art en vigueur.

Cette instance pourrait être placée auprès de la Commission des études et recherches en

³⁶ A titre d'illustration, sont cités, au-delà de l'exemple emblématique du SIDA avec le développement des trithérapies, d'autres pathologies, tel le cancer des testicules, dont les traitements actuels modifient considérablement l'appréciation que l'on pouvait porter sur les risques décès ou invalidité liées à ces pathologies.

prolongement de ses travaux sur la mortalité et l'invalidité des principales pathologies (*amær, sida, diabète, maladie cardiovasculaires, etc.*).

Elle permettrait de vérifier in concreto comment les avancées médicales sont prises en compte dans la tarification du risque. Elle ne constituerait en aucune manière une instance d'appel, ou de contre expertise médicale opposable aux assureurs, les assureurs restant bien entendu libres de leur tarification.

Un groupe de travail désigné par la Commission de suivi pourrait être chargé d'examiner les conditions de mise en place d'une telle instance, notamment, en relation avec la CNIL, d'expertiser les problèmes juridiques que pourrait soulever la démarche au regard de la loi informatique et libertés.

L'information sur la convention AERAS

Les établissements de crédit sont invités à renouveler l'effort de formation de leurs conseillers bancaires sur la Convention AERAS afin que les candidats à l'emprunt puissent trouver auprès de tous les réseaux bancaires l'information dont ils ont besoin.

La FNAIM et le CSN sont invités à se mobiliser comme ils s'y sont engagés dans le cadre du partenariat en mettant en place l'information utile sur leurs sites internet et en impliquant leurs réseaux, notamment en remettant à leurs clients le dépliant « 5 conseils aux futurs emprunteurs ». Les deux organisations professionnelles (FNAIM et CSN) doivent engager cet effort dans le meilleur délai.

On peut considérer que la convention AERAS est relativement bien connue aujourd'hui mais de manière encore trop générale. Les futurs emprunteurs AERAS sont davantage demandeurs d'une information plus personnalisée et plus concrète sur la convention et en lien avec leurs projets immobiliers. Les signataires de la convention devront réfléchir à la manière d'orienter leurs efforts d'information dans cette direction, à l'instar du dispositif mis en place par la Ligue nationale contre le cancer dans le cadre de son accompagnement des candidats à l'emprunt avec sa ligne « AIDEA ». Il est proposé de réunir un groupe de travail sur ce sujet qui pourra proposer une démarche en ce sens à la Commission de suivi et de propositions.

Le respect de la confidentialité

La formation des chargés de clientèle doit également insister sur le respect de la confidentialité en rappelant la faculté pour le candidat à l'emprunt soit de remplir le questionnaire à son domicile soit dans un espace de l'agence assurant la confidentialité des données.

Les devis d'assurance

La réalisation d'un sondage pourrait être étudiée en 2009 pour vérifier que la pratique des devis d'assurance se développe.

Les délais d'instruction des dossiers

Afin d'assurer le respect des délais dans le cadre du recours à une délégation d'assurance, il conviendrait que les établissements de crédit sensibilisent leurs collaborateurs et appellent l'attention des candidats à l'emprunt sur la nécessité de transmettre rapidement à leur conseiller clientèle la fiche conseil, ainsi que les conditions générales et particulières du contrat proposé en garantie afin de permettre au chargé de clientèle de s'assurer que la garantie de la délégation d'assurance offre un niveau de garantie équivalent au contrat groupe.

La motivation des lettres de refus d'assurance

Un travail de réflexion sur le libellé des motivations des décisions de refus pourrait être engagé. Les décisions de refus pour des raisons médicales doivent être raisonnablement claires. Le sujet est néanmoins la plupart du temps sensible. Il conviendrait de dégager des formulations adaptées.

La délégation d'assurance

L'acceptation par les établissements de crédit des délégations d'assurance mériterait de faire l'objet d'un suivi particulier avec la définition d'un indicateur de suivi spécifique à la population AERAS sous réserve de sa faisabilité, notamment au regard de la loi informatique et libertés, et en termes de coûts.

Les garanties alternatives à l'assurance

Une analyse quantitative sur les garanties alternatives acceptées par les établissements de crédit pour l'ensemble des emprunteurs ainsi qu'une étude sur la possibilité pour les établissements de crédit de prendre en compte certaines garanties dont dispose l'emprunteur, notamment celles offertes par les contrats

collectifs d'entreprises (*invalidité, dépendance*) devraient pouvoir être réalisées.

Parfaire le dispositif d'évaluation

La Commission étudiera les améliorations qui pourraient être apportées au dispositif d'évaluation pour vérifier :

a- le degré d'adéquation entre les propositions d'assurance et les demandes de couverture exprimées des candidats à l'assurance ;

b- le nombre de prêts AERAS effectivement mis en place, en évaluant le taux de transformation des assurances acceptées par l'assuré en proposition de crédit de l'établissement de crédit.

La Commission de suivi pourrait se rapprocher de l'INSEE pour examiner la possibilité d'inclure dans son enquête patrimoine des questions spécifiques qui permettraient d'améliorer la connaissance des conditions d'application de la convention.

Repousser les limites de l'assurabilité pour le risque invalidité

Les assureurs sont invités à réfléchir et à faire des propositions sur un dispositif permettant de faire progresser l'assurabilité du risque invalidité, notamment par des conditions d'examen adéquates au 3^e niveau d'assurance.

Dispositif d'écrêtement

La Commission de suivi et de propositions réalisera une étude sur le dispositif d'écrêtement, notamment au regard des objectifs qui lui avaient été initialement assignés, afin de déterminer s'il y a lieu de proposer des évolutions du dispositif.

Conclusion

Ces recommandations sont destinées à tirer le meilleur parti des forces et des faiblesses repérées du dispositif conventionnel. Elles ne sauraient sans inconvénient être regardées comme appelées seulement à éclairer les conditions du renouvellement de la convention en 2010. Elles doivent au contraire être tenues pour des éléments déterminants de la crédibilité et du succès de la convention AERAS.