

Plan du rapport « Les personnes à risques aggravés de santé »

Résumé

Introduction

I. Bilan de la convention du 19 septembre 2001

1.1. L'assurance emprunteur est une « exception française »

1.1.1. Eléments généraux sur l'accès au crédit et à la propriété

1.1.1.1. Données statistiques

1.1.1.2. L'acquisition d'un bien immobilier est enserrée dans des délais très stricts

1.1.2. L'assurance emprunteur est un élément déterminant de l'accès au crédit

1.1.2.1. La préférence de l'ensemble des parties pour la sécurité

1.1.2.2. Le fonctionnement de l'assurance emprunteurs

1.1.3. Qui sont les personnes présentant des risques de santé aggravés ?

1.2. Le dispositif conventionnel vise à mobiliser l'assurance pour tous les risques assurables et à proposer des alternatives pour les risques non assurables

1.2.1. Les objectifs de la convention Belorgey : faciliter l'accès aux prêts en dépit des risques de santé qui rendent plus difficiles ou interdisent l'accès à l'assurance emprunteurs

1.2.1.1. Une volonté d'aller jusqu'aux limites de l'assurabilité et de rechercher d'autres solutions pour les risques inassurables

1.2.1.2. Une volonté d'améliorer la connaissance des pathologies pour chercher et repousser les limites de l'assurabilité

1.2.2. Les choix fondamentaux de la convention du 19 septembre 2001

1.2.2.1. Le choix d'un traitement « banalisé » des dossiers des personnes à risques de santé aggravés

1.2.2.2. La nécessaire confidentialité des données médicales

1.2.3. Les moyens mis en œuvre par la convention du 19 septembre 2001

1.2.3.1. Pour les prêts au logement et les prêts professionnels : la mise en place de trois niveaux d'assurance

1.2.3.2. Pour les prêts à la consommation : la mise en place de formules innovantes pour certains prêts affectés

1.2.3.3. La recherche de garanties alternatives

1.2.3.4. La Commission de suivi et de propositions et ses instances, comme lieu de débat et de dialogue

1.3. La convention a profondément renouvelé la prise en charge par l'assurance emprunteurs des risques de santé aggravés

1.3.1. La mise en œuvre de la convention Belorgey a ouvert l'assurance emprunteurs à des publics jusque-là très largement ignorés par les acteurs du marché

1.3.1.1. Un dispositif spécifique et structuré, qui a permis de réintégrer dans le champ de l'assurance les personnes présentant des risques de santé aggravés.

1.3.1.2. Une amélioration significative de la confidentialité

1.3.1.3. Les instances mises en place par la convention ont su créer une dynamique et faire évoluer le dispositif

1.3.2. Les profonds changements apportés par la convention du 19 septembre 2001 doivent être cependant encore davantage exploités et consolidés

1.3.2.1. Un dispositif mal connu

1.3.2.2. Les réels progrès en matière d'assurabilité sont mal connus et inégaux entre les pathologies.

1.3.2.3. La couverture du risque d'invalidité demeure problématique

1.3.2.4. Les difficultés d'évaluation

1.3.3. Conclusion

II. Position des différents acteurs de la convention

2.1 Attachement de l'ensemble des signataires à la démarche conventionnelle.

2.1.1. La convention a permis de reconnaître la question des risques aggravés et d'en améliorer le traitement par un processus souple et adaptable, propice au dialogue.

2.1.1.1. Le refus d'assurance est un « séisme »

2.1.1.2. Pour ses membres, la convention du 19 septembre 2001 a permis d'instaurer un dialogue

2.1.1.3. « Le processus conventionnel est adaptable et vivant »

2.1.1.4. Certaines associations contestent toujours la pertinence de la démarche conventionnelle

2.1.2. Si le bilan chiffré témoigne de progrès importants, il reste un manque de visibilité sur l'impact de la convention

2.1.3. Des résultats encourageants

2.1.3.1. L'examen systématique des dossiers par les assureurs : un acquis majeur

2.1.3.2. En matière de crédit à la consommation, les difficultés liées à l'assurance semblent en partie résorbées.

2.1.3.3. Malgré des progrès, des difficultés demeurent en matière d'accès au crédit immobilier

2.2. Les dysfonctionnements dans l'application de la convention.

2.2.1. Méconnaissance de la convention

2.2.2. La couverture invalidité

2.2.2.1. L'exigence de la garantie invalidité par les prêteurs conduit à « la mise en échec de la sécurité juridique apportée par la convention » (Jean-Michel BELORGEY)

2.2.2.2. Les associations demandent des avancées en matière de couverture du risque invalidité

2.2.3 Manque de visibilité sur les surprimes

2.2.3.1. La section scientifique est le lieu d'un dialogue utile mais limité et peine à être un lieu de travail en évaluation des risques.

2.2.3.2. Les tarifs sont-ils arbitraires ?

2.2.3.3. Le cas particulier du VIH

2.2.4 Certaines opérations échouent pour des raisons concrètes

2.2.4.1. Difficulté à utiliser des garanties alternatives : les français sont-ils sur-assurés ?

2.2.4.2. Difficulté à s'inscrire dans le cadre de droit commun qui régit les prêts immobiliers (délais, taux de l'usure etc.)

2.3. Propositions des acteurs de la convention

2.3.1. Améliorer l'information

2.3.1.1. Evaluer l'impact de la convention

2.3.1.2. Mieux informer sur la convention : créer un circuit spécialisé ?

2.3.2. Améliorer la convention

2.3.2.1. Délégations d'assurance

2.3.2.2. Délais

2.3.2.3. La définition du taux de l'usure

2.3.2.4. Garanties alternatives et prêts hypothécaires

2.3.2.5. *Augmenter les contraintes législatives et donner plus de moyens à la commission de suivi et de propositions.*

2.3.3. *Transparence l'évaluation du sur-risque dû à la maladie*

2.3.3.1. *Demande de transparence de la part des associations*

2.3.3.2. *Créer un observatoire ?*

2.3.4. *Il faut progresser en matière de couverture invalidité, même si en la matière les prêteurs ne sauraient exiger les mêmes garanties que pour les personnes sans soucis de santé*

2.3.5. *Les professionnels de la banque et de l'assurance semblent prêts à mettre en place un mécanisme de solidarité pour faire face aux surprimes, qui pourrait répondre à la demande des associations*

2.3.5.1. *La question du fonds destiné à aider les malades à faire face aux surprimes recueille un écho favorable des associations.*

2.3.5.2. *Les professionnels de la banque et de l'assurance proposent une mutualisation des surprimes les plus importantes.*

2.3.5.3. *Cas particulier du prêt professionnel.*

III. Une nouvelle étape majeure : l'entrée en vigueur le 6 janvier 2007 de la convention AERAS « s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé »

3.1. Remédier aux insuffisances de la convention Belorgey

3.1.1. *Faire connaître la convention AERAS.*

3.1.1.1 *Diffuser efficacement une information pertinente sur l'existence de la convention.*

3.1.1.2. *Désignation de « référents » dans les établissements de crédit.*

3.1.2. *Mieux respecter les procédures de confidentialité.*

3.1.3. *Réduire les délais de traitement des demandes d'emprunt et permettre l'instruction en amont des demandes d'assurance.*

3.1.4. *Développer les garanties alternatives.*

3.1.5. *Mettre en place un mécanisme pérenne d'évaluation de la convention sur l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque de santé aggravé.*

3.2. Repousser les frontières de l'assurabilité en renforçant l'évaluation scientifique et en progressant en matière d'assurance invalidité

3.2.1. *Renforcer l'évaluation des risques en la confiant à une structure ad hoc.*

3.2.2. *Une avancée majeure de la convention AERAS : l'extension de la couverture du risque invalidité.*

3.2.3. Le relèvement des seuils en termes d'âge et de montant des prêts contractés.

3.2.4. La convention AERAS crée un « mécanisme de mutualisation », signal fort de solidarité en direction des personnes à revenu modeste présentant un risque aggravé de santé.

Conclusion

Résumé

Après une première convention datant de 1991, spécifique aux personnes atteintes par le VIH, la convention visant à améliorer l'accès à l'emprunt et à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé, dite « convention Belorgey », a été signée le 19 septembre 2001. Cette convention vise à aller jusqu'aux limites de l'assurabilité, par le marché, des risques de santé aggravés. Quand l'assurance n'est pas possible, la convention du 19 septembre 2001 prévoit la recherche de garanties alternatives offrant le même degré de sécurité pour le prêteur et l'emprunteur. La prévalence croissante des maladies chroniques couplée à l'augmentation de la durée de la vie font de ce sujet un grand sujet de société ainsi que l'a rappelé à plusieurs reprises le Président de la République.

A la suite d'un amendement parlementaire, l'article 144 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a demandé au Gouvernement de présenter un rapport au Parlement dans les six mois. Aux termes de l'article de loi, ce rapport doit porter d'une part sur la mise en œuvre de la convention Belorgey, d'autre part sur les conditions de création d'un fonds de garantie destiné aux bénéficiaires de la convention ne pouvant assumer la charge financière due aux augmentations de primes.

La rédaction des deux premières parties de ce rapport a été confiée par les ministres chargés de la santé et de l'économie, des finances et de l'industrie au Professeur William DAB et à Xavier MUSCA, directeur général du Trésor et de la politique économique.

Pour préparer le rapport au Parlement, les principales parties prenantes à la convention Belorgey, associations de malades, assureurs et réassureurs, banques et sociétés financières ainsi que les fédérations représentatives de ces organismes ont été auditionnées.

Il ressort des auditions un fort consensus sur la pertinence du dispositif créé par la convention Belorgey. Les professionnels de la banque comme de l'assurance sont attachés à la convention tout comme les associations de malades qui y participent. La commission de suivi et de propositions, instituée par la convention, constitue un lieu de dialogue constructif qui a offert un support nécessaire pour rapprocher les points de vue. Il est également donné acte aux assureurs des progrès importants réalisés en matière d'analyse du risque et de couverture du risque décès.

Toutefois plusieurs difficultés ne sont pas encore résolues. Ainsi, il n'est pas techniquement possible d'établir le bilan chiffré de la convention, ce qui nuit à la reconnaissance de son efficacité. Des désaccords subsistent dans l'application de la convention (information, évaluation du sur-risque, invalidité notamment). On note également la demande de création d'un fonds de solidarité pour modifier l'effet des inégalités économiques face aux conséquences des maladies.

En tout état de cause, la pertinence du recours à la convention est réaffirmée.

Pour répondre au manque de données permettant d'évaluer l'impact de la convention, la direction générale de la santé a demandé à l'INSERM une expertise collective portant sur le pronostic à long terme des cancers. L'objectif de cette étude est d'évaluer le sur-risque de mortalité après un cancer et son évolution dans le temps, tous types de cancers confondus et par localisation. Les premiers chapitres de l'expertise collective sont annexés au rapport.

Par ailleurs, une enquête sur l'accès aux prêts bancaires et à l'assurance emprunteurs a été réalisée par la Ligue contre le cancer et relayée par d'autres associations membres du CISS¹. Cette enquête est uniquement qualitative et a pour objet d'illustrer le parcours de personnes malades ou ayant été malades et souhaitant emprunter. Les conclusions du rapport de la Ligue figurent en annexe au présent rapport.

Sur la base de ces travaux, des négociations ont été engagées au printemps dernier qui ont abouti à la signature, le 6 juillet 2006, d'une nouvelle convention dite AERAS « s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé » qui entrera en vigueur le 6 janvier 2007.

La troisième partie de ce rapport développe les options retenues dans cette nouvelle convention. Grâce à l'engagement de l'ensemble des partenaires de la convention, sa mise en œuvre devrait marquer un progrès incontestable dans l'accès au crédit des personnes en situation de risque de santé aggravé.

¹ Collectif interassociatif sur la santé

Introduction

L'accès au crédit des personnes porteuses de pathologies graves est devenu une question de société qui interroge nos valeurs de solidarité, d'équité et de justice sociale. La convention dite Belorgey a été signée le 19 septembre 2001 par des associations de malades et de consommateurs, des représentants des entreprises d'assurances, des représentants des banques et autres établissements de crédit ainsi que par l'Etat en la personne des ministres chargés de l'économie et de la santé.

Le caractère quasi-systématique de l'assurance emprunteur constitue une spécificité du système français de distribution du crédit, au moins en matière de crédit immobilier. Les établissements de crédit ainsi que les emprunteurs ont une forte appétence pour ce type de garantie qui permet de sécuriser l'opération de prêt. Dans ce schéma, qui fonctionne de manière satisfaisante pour la grande majorité des emprunteurs, les personnes qui présentent des risques de santé aggravés peuvent connaître un accès plus difficile au crédit en raison des difficultés à les assurer.

C'est pourquoi la convention du 19 septembre 2001 a pour objet d'améliorer l'accès à l'emprunt et à l'assurance pour les personnes malades, ayant été malades ou particulièrement susceptibles d'être malades. Ces personnes, qui présentent un risque de maladie (morbidité) ou de décès (mortalité) supérieur au risque de la moyenne des personnes de même âge, sont dites « à risques de santé aggravés² ».

Lorsque ce sur-risque (ou risque aggravé) s'écarte significativement du risque standard, l'assurance emprunteur, souvent exigée par la banque comme condition du prêt, est alors proposée moyennant une surprime. Elle peut, dans les cas les plus graves, leur être refusée si le risque est considéré comme inassurable.

L'objectif de la convention du 19 septembre 2001 est précisément d'élargir l'accès à l'assurance emprunteur au-delà des seuls risques standard, en faisant en sorte que toutes les solutions d'assurance soient recherchées, ce qui nécessite souvent une analyse plus poussée des données médicales afin de voir quels risques sont assurables et de les tarifer justement. Lorsque l'assurance n'est pas possible, les établissements de crédit se sont engagés à rechercher les solutions alternatives à l'assurance de groupe (telles que l'assurance individuelle en cas de décès ou le nantissement de garanties existantes). La convention Belorgey s'inscrit ainsi dans le cadre des règles techniques qui régissent l'assurance et le crédit.

² Ce terme de risque aggravé n'est guère satisfaisant en termes sémantiques car il mélange des aspects quantitatifs et qualitatifs. Il vaudrait mieux parler de personnes à haut risque vital ou à haut risque d'incapacité. Cependant, par commodité, nous gardons dans ce rapport le terme de « risque aggravé » qui est consacré dans ce contexte.

Dans le cadre de l'article 144 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, le Parlement a demandé au gouvernement de lui remettre un rapport *« sur la mise en œuvre de la convention du 19 septembre 2001 visant à améliorer l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque de santé aggravé et sur les conditions de création d'un fonds de garantie destiné aux bénéficiaires de la convention ne pouvant assumer la charge financière due aux majorations de primes. »*

Pour ce faire, les ministres chargés des solidarités, de la santé et de la famille ainsi que de l'économie, des finances et de l'industrie ont donné mission au professeur William Dab et au directeur général du Trésor et de la politique économique, Xavier Musca, de préparer conjointement un rapport faisant le constat des réalisations de la convention Belorgey. Pour répondre à cette mission, ils ont auditionné les principaux acteurs du dispositif Belorgey ainsi que des personnalités qualifiées dans ce secteur d'activité. Ces auditions sont complémentaires au rapport de la commission de suivi et de propositions de la convention du 19 septembre 2001, publié en avril 2004.

I. Bilan de la convention du 19 septembre 2001

1.1. L'assurance emprunteurs est une « exception française »

La convention du 19 septembre 2001, visant à améliorer l'accès à l'emprunt et à l'assurance des personnes qui présentent un risque de santé aggravé, constitue un dispositif unique en Europe. En effet, l'assurance emprunteur est, dans la pratique française quasi-généralisée, au moins pour les prêts immobiliers, et ce pour garantir, outre l'hypothèque ou la caution, le remboursement du prêt.

L'assurance emprunteurs permet de garantir pour un coût acceptable la très grande majorité des emprunteurs contre les accidents de la vie les plus graves. Chez nos principaux partenaires européens, les établissements de crédit privilégient des modes de garantie plus classiques tels que la caution ou l'hypothèque ou encore la limitation du montant du crédit par rapport à la valeur du bien immobilier. Le lien entre assurance et emprunt peut rendre difficile l'accès aux prêts pour les personnes dites « à risques aggravés de santé » c'est à dire présentant un risque statistiquement plus élevé de mortalité ou de morbidité. Pour améliorer l'accès au crédit des personnes inassurables ou difficilement assurables, le choix a été fait par l'Etat mais également par les professionnels du crédit et de l'assurance ainsi que par les associations de malades de procéder par voie de convention. Une première convention est intervenue dès 1991 pour les personnes séropositives. La convention du 19 septembre 2001 dite convention Belorgey concerne l'ensemble des personnes à risques de santé aggravés. Il s'agit d'un dispositif original qu'il importe aujourd'hui d'évaluer à la demande du Parlement.

1.1.1 Eléments généraux sur l'accès au crédit et à la propriété

1.1.1.1. Données statistiques

Actuellement, en France, environ 60% des ménages sont propriétaires d'un bien immobilier, dont 56% de leur résidence principale. Sur cette population, 50% ont fini de rembourser l'endettement contracté pour l'acquisition de leur bien, 37% sont propriétaires accédants, c'est-à-dire ont un emprunt immobilier en cours et 13% des propriétaires le sont devenus grâce à un héritage ou une donation³.

En 2003, le nombre d'acquisitions de résidences principales en France s'est élevé à environ 800 000. Parmi ces acquisitions 85 %, soit 680 000 transactions, étaient financées à l'aide d'un recours au crédit. En moins de 10 ans, le nombre d'accédants à la propriété a augmenté de près de 60%, passant de 430 000 en 1995 à 680 000 en 2003.

³ Source : « Rapport d'enquête sur l'hypothèque et le crédit le crédit hypothécaire ». Inspection générale des finances et Inspection générale des services judiciaires. Novembre 2004. INSEE « Les conditions de logement des ménages en 2002 », à partir de l'enquête logement. Résultats n°20, octobre 2003.

Le taux de détention de la résidence principale et, plus généralement, d'un patrimoine immobilier s'accroît avec l'âge et retombe aux âges les plus avancés : 14% des moins de 30 ans sont propriétaires de leur résidence principale, cette proportion atteint 46% pour les ménages dont la personne de référence est âgée de 30 à 39 ans et 70% pour ceux dont la personne de référence est âgée de 60 ans à 70 ans, mais retombe à 61% au-delà de 70 ans.

Enfin, les données sur le financement des accédants récents à la propriété font apparaître que le prix moyen d'un logement en 2003 est de 147 600 euros.

Les évolutions du marché, intervenues depuis le milieu des années quatre-vingt dix, sont marquées par la baisse des taux, l'allongement de la durée des prêts, la diminution de la part de l'apport personnel. La concurrence entre banques semble avoir amplifié le phénomène de la baisse des taux des crédits immobiliers, qui sont de fait plus faibles qu'à l'étranger. Les prêts immobiliers constituent un produit de fidélisation de la clientèle, la souscription d'un emprunt est l'une des rares occasions où les particuliers envisagent de changer d'établissement.

Toutefois le rapport sur le crédit hypothécaire note que cette compétition entre établissements ne semble pas les avoir conduits à exploiter des niches de clientèle qui avaient été jusque-là laissées inexploitées par exemple à cause d'un risque de solvabilité ou autre, a priori plus élevé que la norme acceptée⁴.

1.1.1.2. L'acquisition d'un bien immobilier est enserrée dans des délais très stricts

Un acquéreur non professionnel d'un logement neuf ou ancien, signe généralement un avant-contrat sous seing privé, promesse unilatérale ou compromis de vente. Il dispose alors d'un délai de sept jours pendant lequel il peut revenir sur son engagement. Au moment de la signature de cet acte, l'acquéreur verse un dépôt de garantie, dont le montant est déterminé par le contrat et correspondant usuellement à 10 % de la valeur du bien.

L'article L.312-16 du code de la consommation prévoit une clause suspensive d'au minimum un mois à compter de la signature de l'avant contrat, pour solliciter et obtenir un prêt. Si l'acquéreur n'a pas obtenu le prêt dans le délai précité, toutes les sommes qu'il a versées à l'autre partie lui sont immédiatement et intégralement remboursées. Cette clause suspensive est d'ordre public, c'est à dire que l'acheteur ne peut par avance renoncer à son bénéfice, sauf s'il a indiqué sur l'avant-contrat qu'il ne recourait pas à l'emprunt pour acheter. L'ajout doit alors être fait de sa main.

La loi n°79-596 du 13 juillet 1979, dite « Loi Scrivener », a pour but de protéger le consommateur contre les dangers du crédit. Elle pose des règles impératives qui limitent la liberté contractuelle en matière de crédit immobilier. Elle s'applique à tous les prêts immobiliers d'un montant supérieur à 21 500 euros.

⁴ Source : Rapport d'enquête sur l'hypothèque et le crédit hypothécaire. Novembre 2004.

Le crédit immobilier est, par essence, un crédit affecté. Cela signifie que l'offre de crédit (ainsi que l'assurance) est conditionnée par la réalisation du contrat principal, c'est à dire de l'opération précise (achat, travaux) prévue par l'avant contrat dans un délai de quatre mois. La non réalisation du contrat principal entraîne la résolution de l'offre de crédit. C'est pourquoi, si une opération d'achat immobilier échoue, il faut recommencer l'ensemble de la demande d'emprunt et donc d'assurance.

S'agissant de l'offre préalable de crédit, le législateur exige que le consommateur dispose, avant de prendre sa décision, d'une information complète sur le crédit qui lui sera accordé. Au titre des informations requises par l'article L 312-8 du code de la consommation, figurent notamment le coût total du crédit, le taux effectif global ainsi que les assurances exigées par la banque (assurance décès et invalidité le plus souvent). La notice d'information du contrat d'assurance indiquant les risques garantis et les modalités de mise en jeu de l'assurance doit obligatoirement être jointe à l'offre de crédit. A la réception de l'offre de prêt, l'acheteur dispose d'un délai de réflexion de 10 jours avant le terme duquel il ne peut accepter formellement l'offre. Il est à noter que l'offre de crédit immobilier est elle-même valable 30 jours.

Dès lors qu'ils exigent une assurance, les établissements financiers n'émettent une offre de crédit que lorsqu'ils ont la certitude que l'assurance sera acceptée, soit dans le cadre du contrat de groupe souscrit par l'établissement auprès d'une compagnie d'assurance, soit par le biais d'une assurance souscrite directement par l'emprunteur (délégation d'assurance).

1.1.2. L'assurance emprunteurs est un élément déterminant de l'accès au crédit

1.1.2.1. La préférence de l'ensemble des parties pour la sécurité

Pour les établissements de crédit, l'assurance emprunteurs présente plusieurs avantages. L'existence de garanties décès, incapacité, invalidité ou arrêt de travail permet de réduire les risques d'impayés. En cas de survenance du risque garanti par le contrat, l'assurance emprunteurs fournit à l'établissement de crédit un débiteur solvable, l'assureur, et lui évite d'avoir à mettre en jeu les autres garanties attachées au contrat de prêt, telle que l'hypothèque ou la caution, qui peuvent aboutir à la vente forcée du bien.

Cette assurance est systématiquement proposée au moment où l'emprunteur remplit sa demande de prêt. Les établissements ont la faculté de demander ou d'exiger l'ensemble des garanties d'assurance qu'ils jugent utiles⁵. Le plus souvent il est demandé à l'emprunteur d'adhérer au contrat de groupe souscrit par l'établissement de crédit. Cela permet à ce dernier de déterminer l'étendue des garanties qu'il souhaite voir souscrire, de s'assurer du paiement des primes et de percevoir une rémunération, sous forme d'une commission de courtage à laquelle s'ajoute souvent un intéressement aux résultats annuels procurés par le contrat de groupe. L'établissement de crédit

⁵ Article L. 312-9 du code la consommation

perçoit donc une rémunération plus ou moins importante en fonction de ce résultat mais, dans tous les cas, il n'a pas à supporter de pertes.

Pour les candidats au prêt, l'assurance emprunteurs constitue un élément de sécurisation face aux aléas de la vie, en particulier ceux liés aux dommages corporels que sont le décès, la maladie grave ou encore l'accident de la route. Une étude récente montre que les Français manifestent à l'égard de ces risques une inquiétude supérieure à la moyenne des Européens⁶. Dans ces conditions, l'assurance emprunteurs reçoit un accueil favorable.

L'assurance de groupe n'est pas toujours obligatoire, mais plus de 80% des personnes ayant souscrit une assurance emprunteurs le font via l'assurance de groupe proposée par l'établissement prêteur, ce qui présente l'avantage d'un coût plutôt modéré, de formalités de souscription relativement simples et de garanties stables dans le temps, puisque fixées dès le début et pour toute la durée du prêt⁷.

1.1.2.2. Le fonctionnement de l'assurance emprunteurs

L'octroi d'un crédit et d'une assurance emprunteurs suppose le double examen des conditions de solvabilité et d'assurabilité. Il n'existe ni droit au prêt, ni droit à l'assurance.

S'agissant du prêt, l'essence même du métier de banquier est de n'accorder un crédit que si l'emprunteur peut rembourser les échéances, ce qui implique de porter une appréciation sur sa situation économique. La possibilité de refuser l'octroi du prêt est prévue par l'article L.311-15 du code de la consommation. Il est à noter que la convention du 19 septembre 2001 n'intervient pas sur le champ de l'appréciation de la solvabilité et n'apporte aucune dérogation à cette règle.

De même, l'assureur n'assure, quant à lui, que des risques réellement aléatoires. Il doit en outre veiller à créer des mutualisations de risques homogènes, c'est-à-dire à peu près équivalents. La sélection des risques est donc de l'essence même du métier d'assureur. Pour l'assurance emprunteurs, cette sélection est prévue par les articles L.311-16 et L.312-9 du code de la consommation. L'article 225-3 du code pénal écarte les sanctions prévues par le code pénal en cas de discrimination fondée sur l'état de santé pour les opérations ayant pour objet la prévention et la couverture du risque de décès, des risques portant atteinte à l'intégrité de la personne ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité. En effet, dans la mesure où les risques assurés, risque de mortalité ou risque de morbidité, reposent sur l'appréciation de données biométriques, l'état de santé et l'âge de l'assuré sont des données essentielles en assurance de personnes.

La création d'une mutualité est ainsi une notion fondamentale en assurance, qui la distingue de la solidarité avec laquelle on la confond trop souvent. La mutualisation consiste à mettre en commun des risques de même niveau,

⁶ Etude TNS-SOFRES pour CARDIF (BNP-PARIBAS) « Protéger son budget, comportements et attentes des consommateurs dans 14 pays ». Mai 2005.

⁷ Aux termes de l'article L.312-9 du code de la consommation, toute modification apportée, après la souscription du prêt à la définition des risques garantis ou aux modalités de mise en jeu de l'assurance sont inopposables à l'emprunteur qui n'y a pas donné son acceptation.

alors que la solidarité peut réunir des risques très différents. La fixation des tarifs en assurance décès suppose donc d'identifier les caractéristiques de la personne assurée afin de la rattacher à un groupe de risques homogènes. Ce groupe peut être très large et consister en une tranche d'âge entière.

Par ailleurs, les statistiques véhiculent par définition une information passée, ce qui pose le problème de la prise en compte de changements récents, nécessairement délicats du fait du manque de recul et des obligations réglementaires de prudence qui s'attachent à la tarification en assurance.

L'assurance emprunteurs évolue en outre dans un environnement concurrentiel, dans lequel les assurances de groupe souscrites par les établissements prêteurs sont de plus en plus souvent confrontées aux assurances individuelles, recherchées par des emprunteurs présentant de « bons risques » (jeunes, non-fumeurs par exemple). De ce point de vue, on observe en assurance emprunteurs une tendance à la démutualisation des risques, qui répond à la demande des assurés mais pourrait conduire à renchérir le coût de l'assurance pour les emprunteurs âgés et/ou en mauvaise santé.

1.1.3. Qui sont les personnes présentant un risque de santé aggravé ?

La notion de risque aggravé est une notion assurantielle. On parle de risque aggravé quand le risque de voir se produire l'événement garanti pour une personne déterminée est 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 du groupe. Cette aggravation peut être fonction de l'âge de l'assuré, de son état de santé, mais aussi de la nature de la profession exercée ou de son comportement dans la vie quotidienne (tabagisme, pratique de sports à risques etc.). C'est donc une notion relative et risque aggravé ne signifie pas risque exceptionnel. Ainsi, dans une population de personnes jeunes, un assuré plus âgé constitue un risque aggravé, de même un fumeur parmi des non-fumeurs.

Si le phénomène de démutualisation progressive évoqué plus haut peut conduire à une grande diversité de situations de risques aggravés et rendre le problème plus aigu et plus difficile à traiter, la convention Belorgey s'efforce de considérer la notion de risque aggravé dans une acception plus large, par référence à la situation sanitaire nationale moyenne.

En France, le nombre de personnes qui sont susceptibles de présenter un problème de santé important peut être estimé à 10 millions (pathologies chroniques, passé médical, facteur de risque etc.).

Si on considère la population plus spécifique des 20-60 ans, les personnes bénéficiant du régime des affections de longue durée constituent une approximation de la population « à risques aggravés de santé » dans cette tranche d'âge (voir encadré ci-après).

Estimation de la population à risques aggravés à partir des personnes bénéficiant du régime des affections de longue durée (ALD) ⁸

- D'après le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 7,5 millions de personnes sont en ALD en France
- 60% de ces 7,5 millions de personnes ont plus de 60 ans
- 4,8 % ont moins de 20 ans
- 35,2 % des 7,5 millions de personnes en ALD, soit 2,64 millions de personnes ont entre 20 et 60 ans

Eléments de discussion :

➤ Les affections de longue durée semblent constituer la meilleure approximation possible de la population « à risques aggravés de santé » du point de vue de l'accès à l'assurance. Néanmoins, cette approche ne prend pas en compte d'une part les personnes qui ne demandent pas à bénéficier du régime de l'ALD, d'autre part certaines pathologies ou facteurs de risque qui, sans relever du régime de l'ALD, sont susceptibles de rendre difficile l'obtention d'une assurance (ex : obésité, « mal de dos », etc.) et, enfin, les personnes qui sont sorties de l'ALD mais qui peuvent avoir des difficultés d'emprunt à cause de leur passé médical (pour mémoire l'ALD cancer dure 10 ans).

➤ En l'absence de données du régime général sur les « stocks » (i.e ensemble des personnes en ALD), il est difficile de répartir les 2,6 millions de personnes de 20 à 60 ans sous ALD par pathologies.

➤ Si on considère les flux d'entrée en ALD, les principales pathologies⁹ sont : le cancer (24,4 %), le diabète (14,8 %), les psychoses (14,6 %), l'hypertension artérielle (11,6 %), l'insuffisance cardiaque grave (7,5 %), les artériopathies chroniques (5,1 %), les AVC (3,6 %). Le VIH représente 0,7 % des entrées en ALD.

Si on examine les données de la MSA et de la CANAM (qui ne peuvent constituer qu'une approximation de celles du régime général compte tenu des caractéristiques différentes des publics concernés), les principales pathologies sont les maladies cardiaques (environ 20 %), suivies du cancer (15 à 17 %), de l'hypertension artérielle sévère (environ 12 à 15 %), du diabète (13 à 15 %). Les psychoses représentent entre 7 et 12 % des personnes sous ALD pour ces deux régimes et le VIH entre 0,1 et 0,5 %.

⁸ Source : Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

⁹ Données tous régimes pour l'année 2002

1.2 Le dispositif conventionnel vise à mobiliser l'assurance pour tous les risques assurables et à proposer des alternatives pour les risques non assurables

1.2.1 Les objectifs de la convention du 19 septembre 2001 : faciliter l'accès aux prêts en dépit de risques de santé qui rendent plus difficiles ou interdisent l'accès à l'assurance emprunteurs

La convention du 19 septembre 2001 vise d'abord à permettre l'accès à l'assurance décès au plus grand nombre d'emprunteurs, en allant jusqu'aux limites de l'assurabilité. Dans cette perspective, ont été mis en place trois niveaux d'assurance pour les prêts immobiliers et professionnels, a été décidée la dispense de questionnaire médical pour certains prêts à la consommation affectés et instituée la section scientifique de la Commission de suivi et de propositions.

1.2.1.1. Une volonté d'aller jusqu'aux limites de l'assurabilité et de rechercher d'autres solutions pour les risques inassurables

Constatant que certaines clientèles « non standard » sont difficilement assurables en raison de leur âge ou de leur état de santé, la convention Belorgey aurait pu préconiser à leur égard la recherche d'autres types de garanties pour lesquelles les données biométriques ne sont pas un critère déterminant.

Or, les partenaires de la convention, tout en prévoyant la recherche de garanties alternatives, indispensables lorsque le candidat au prêt n'est pas assurable, ont souhaité privilégier la recherche d'assurance jusqu'aux limites du possible.

Ce choix ne va pas sans inconvénients, en particulier pour les personnes ayant connu de graves problèmes de santé, convalescentes, pour lesquelles le refus d'assurance, la décision d'ajournement ou encore la proposition d'assurance moyennant une forte surprime peut être vécu douloureusement.

Toutefois, l'ensemble des parties concernées et, en premier lieu les associations signataires, ont toujours manifesté leur attachement à ce que toutes les possibilités d'assurance soient recherchées.

Il reste que certains risques ne sont pas assurables. Pour les publics concernés, et conformément à la volonté exprimée dans le rapport sur l'assurabilité¹⁰ de ne laisser personne sans solution, la convention prévoit le recours à des garanties alternatives et en particulier des garanties autres que l'assurance.

¹⁰ « Réflexions sur l'assurabilité » Rapport du Comité présidé par Jean-Michel Belorgey, mai 2000.

1.2.1.2. Une volonté d'améliorer la connaissance des pathologies pour chercher et repousser les limites de l'assurabilité

L'amélioration de la connaissance des pathologies et de leurs traitements, afin de chercher et de repousser les limites de l'assurabilité, constitue un enjeu important. Le traitement de certaines pathologies, telles que la séropositivité au VIH a connu des évolutions considérables au cours de la dernière décennie. L'assurance se doit de prendre en compte ces évolutions dans la limite de ses obligations prudentielles réglementaires. C'est pourquoi la convention a prévu la création d'une Section scientifique, lieu d'échange sur les données disponibles sur la mortalité et la morbidité occasionnées par les principales pathologies. Cette structure devait favoriser une prise en compte aussi exacte que possible des populations qui pourraient, en fonction des données actuelles, bénéficier des différents niveaux d'assurance.

1.2.2. Les choix fondateurs des signataires de la convention du 19 septembre 2001

1.2.2.1. Le choix d'un traitement « banalisé » des dossiers des personnes à risques de santé aggravés.

L'une des ambitions de la convention du 19 septembre 2001 a été, dès l'origine, de considérer les personnes à risques de santé aggravés comme des citoyens consommateurs à part entière, responsables et libres de leurs actes dans leurs relations avec les établissements prêteurs et les organismes d'assurance, comme tous les autres candidats à l'emprunt et à l'assurance. Ce choix d'éviter un traitement différencié répondait au souhait des personnes malades ou ayant été malades d'être considérées par leurs conseillers financiers indépendamment de leur état de santé, même si un certain nombre d'entre elles faisaient le choix de révéler spontanément leur pathologie à l'occasion de la demande de prêt.

Dans cet esprit, la convention a posé des principes généraux, applicables à l'ensemble des emprunteurs, quant au contenu, à la présentation des questionnaires de santé ainsi qu'à la confidentialité des informations médicales.

Autrement dit, le fonctionnement de la convention Belorgey est essentiellement une affaire d'organisation interne à l'établissement de crédit, dans ses relations avec l'assureur. En conséquence, une demande d'assurance peut être présentée au 2^{ème} ou 3^{ème} niveau d'assurance sans que l'assuré ni le conseiller clientèle de la banque ait connaissance de cette procédure.

Par ailleurs, la convention n'a pas pour objet de dissuader de recourir aux « contrats accompagnés », tel que celui souscrit par l'association française des diabétiques (AFD) auprès d'AXA puis auprès des AGF, ou encore aux courtiers spécialisés dans la recherche d'assurance pour les risques de santé aggravés, mais d'offrir une autre voie.

1.2.2.1. La nécessaire confidentialité des données médicales

Le recueil et le traitement des données de santé est un sujet qui a fait l'objet de discussions approfondies entre assureurs et associations lors de la préparation de la convention du 19 septembre 2001. Celle-ci prévoit que lorsque les informations demandées à l'assuré comportent des indications sur son état de santé, ces dernières doivent être recueillies, transmises et utilisées dans des conditions qui garantissent pleinement la confidentialité et le respect de la vie privée. Deux points doivent être soulignés.

La convention prévoit la possibilité de transmettre sous pli cacheté le questionnaire de santé au médecin conseil du service médical de l'assureur ; le candidat au prêt y est formellement invité si les réponses qu'il apporte indiquent qu'il est ou a été sérieusement malade ou portent sur les suites d'un accident antérieur ou encore un traitement en cours.

La convention prévoit la mise en place, au sein des sociétés d'assurance, de circuits destinés à préserver la confidentialité des données de santé transmises par l'assuré. Ainsi, le service chargé de traiter des données médicales doit bénéficier de locaux particuliers et d'un personnel spécifique. Il s'agit de ce qu'on appelle désormais « la bulle de confidentialité ».

1.2.3 Les moyens mis en œuvre par la convention du 19 septembre 2001

1.2.3.1. Pour les prêts au logement et les prêts professionnels : la mise en place de trois niveaux d'assurance

Avant la signature de la convention Belorgey, il y avait essentiellement sur le marché des contrats de groupe uniques par établissement bancaire, dont l'étendue était variable mais qui excluaient très largement les risques aggravés. Ceux-ci faisaient souvent l'objet d'un rejet, sans même que le dossier ait été examiné.

Pour modifier ces comportements, les signataires de la convention ont décidé de créer une architecture complète à trois niveaux d'assurance, de manière à aller jusqu'aux limites de l'assurabilité. Une personne ayant des soucis de santé sera ainsi examinée dans le cadre des contrats existants, puis dans le cadre d'un nouveau contrat, dit de 2^{ème} niveau, propre à chaque établissement, si le dossier de risques de santé aggravés n'entre pas dans les contrats de 1^{er} niveau et enfin, dans le cadre d'un contrat de 3^{ème} niveau faisant appel aux capacités d'assurance de l'ensemble du marché, s'il ne relève pas du 2^{ème} niveau.

- Le premier niveau d'assurances correspond aux contrats de groupe existants, plus ou moins étendus et comportant des limites liées à l'âge, à l'état de santé, à la profession de l'emprunteur ou au montant emprunté. Le périmètre et le contenu de chaque contrat groupe est défini conjointement par l'établissement prêteur et la compagnie d'assurance contractante. Il dépend de choix commerciaux (coût de l'assurance proposée, étendue des garanties etc.). Il y a à ce niveau une mutualisation

des tarifs d'ampleur variable selon les contrats et les garanties, qui permet à des personnes dans le haut de la tranche d'âge ou ayant des soucis de santé « mineurs » de bénéficier du tarif « de base ». Dans certains cas, l'assureur exclut des risques de l'assurance pour que le demandeur puisse bénéficier du contrat de groupe. Le coût des contrats groupe pour une assurance décès, invalidité arrêt de travail se situe dans une fourchette qui va de 0,25 à 0,60 % du capital emprunté, selon l'âge de l'emprunteur.

- Le deuxième niveau est décrit par la convention du 19 septembre 2001 et son annexe 3 comme un dispositif d'assurance décès devant permettre un réexamen individualisé de la demande de l'emprunteur. Ce deuxième niveau constitue la principale innovation de la convention Belorgey. Il s'agit de contrats de groupe, complémentaires aux contrats de groupe de premier niveau, destinés à recevoir automatiquement les demandes d'assurance décès qui ne rentrent pas dans le contrat de groupe de base. Le deuxième niveau fait intervenir le plus souvent un réassureur, qui est un opérateur auquel l'assureur cède une partie du risque que lui-même a pris en charge en direct (le réassureur dispose d'équipes médicales spécialisées et de systèmes experts permettant une évaluation plus fine des risques les plus lourds). L'objectif poursuivi était bien de mettre fin aux refus d'assurance sans examen du dossier, ce deuxième niveau devant inciter l'assureur à rechercher des solutions d'assurance jusqu'aux limites du 3^{ème} niveau.
- Le troisième niveau, appelé également le « pool des risques très aggravés », fonctionne sur la base d'une convention de co-réassurance, gérée par le Bureau commun des assurances collectives (BCAC). Ce troisième niveau intègre le pool des personnes séropositives issu de la convention de 1991. Seuls les dossiers répondant à certains critères d'éligibilité peuvent y être transmis. L'intérêt de ce troisième niveau est double, d'une part permettre un réexamen du dossier par un réassureur différent de celui qui est intervenu au 2^{ème} niveau, d'autre part répartir une partie du risque entre les assureurs et réassureurs membres du pool.

1.2.3.2. Pour les prêts à la consommation : la mise en place de formules innovantes pour certains prêts affectés.

La dispense de questionnaire médical pour certains prêts à la consommation affectés a constitué une formule innovante mise au point par la convention du 19 septembre 2001. Cette possibilité concerne les seuls crédits affectés, qui sont principalement proposés et conclus sur les lieux de vente et ainsi dénommés parce que le montant du prêt est par avance affecté au paiement du bien ou du service acheté. Les crédits affectés constituent une solution de financement à un besoin précis, voulu par le client. L'exclusion d'autres types de crédits, tels que le crédit renouvelable, permet également d'éviter des comportements anti-sélectifs, consistant par exemple à multiplier la souscription d'assurances dans de brefs délais. Les critères d'âge (au plus 45 ans), de montant maximal et de durée du prêt (respectivement 10 000 € et 4 ans) sont posés de manière à ne pas affecter l'équilibre technique des contrats.

1.2.3.3. La recherche de garanties alternatives

Aux termes de la convention, les établissements de crédit se sont engagés à accepter, notamment en cas de refus d'assurance en garantie des prêts, quel que soit leur montant, les alternatives à l'assurance de groupe qui peuvent apporter des garanties offrant un même niveau de sécurité pour le prêteur et l'emprunteur. Ces garanties alternatives sont mentionnées dans l'annexe 2 : il peut s'agir d'un contrat spécifique, du transfert au bénéfice du prêteur de garanties souscrites dans le cadre d'un contrat d'assurance vie, du nantissement d'un capital dont l'emprunteur pourrait bénéficier par ailleurs ou d'autres sûretés telles que le nantissement d'un portefeuille de valeurs mobilières, la caution ou le gage.

L'innovation de la convention du 19 septembre 2001 porte moins sur la technique même du recours aux garanties alternatives, nullement exceptionnelles en cas de risque aggravé et pratiquées bien avant la convention du 19 septembre 2001, que sur l'engagement des établissements de crédit d'accepter ces garanties, pourvu que celles-ci offrent un même niveau de sécurité pour le prêteur et l'emprunteur.. La recherche de garanties alternatives n'est pas limitée aux cas de refus d'assurance. Dès lors qu'une personne ne peut bénéficier de l'assurance groupe sans surprime ni exclusion en considération du risque de santé aggravé, elle peut rechercher une garantie alternative à l'assurance ou une autre assurance.

1.2.3.4. La Commission de suivi et de propositions et ses instances, comme lieu de débat et de dialogue

La Commission de suivi et de propositions, prévue par l'article L.1141-3 du code de la santé publique, est chargée de veiller à l'application effective des dispositions conventionnelles et de rechercher toutes mesures susceptibles d'améliorer ces dispositions. Elle est assistée d'une section scientifique, chargée d'étudier les données scientifiques qui fondent les bases techniques de tarification ou les refus de garantie, et d'une section de médiation, chargée de favoriser le règlement amiable des litiges individuels nés de l'application de la convention.

La Commission de suivi réunit au moins quatre fois par an six représentants des professions de l'assurance et du crédit, six représentants des associations de malades et de consommateurs, quatre représentants de l'Etat ainsi que cinq personnalités qualifiées, dont au moins deux médecins, parmi lesquelles est choisi le Président.

Il s'agit d'une structure qui permet tout à la fois de maintenir une dynamique pour l'application du dispositif, d'en révéler les difficultés qui n'avaient pas été prévues au moment de l'élaboration de la convention, et de proposer des modifications et améliorations qui peuvent être débattues entre professionnels et non professionnels.

1.3 La convention a profondément renouvelé la prise en charge par l'assurance emprunteurs des risques de santé aggravés

1.3.1. La mise en œuvre de la convention Belorgey a ouvert l'assurance emprunteurs à des publics jusque-là très largement ignorés par les acteurs du marché.

Avant l'entrée en vigueur de la convention du 19 septembre 2001, l'assureur pouvait refuser d'emblée certaines demandes d'assurance, qui n'entraient pas dans le cadre du ou des contrats de groupe souscrits par l'établissement de crédit en fonction des critères d'âge, de santé, de montant du prêt. A bien des égards, il était plus facile pour l'assureur de refuser ces dossiers plutôt que de les examiner au fond, compte tenu de la logistique des expertises techniques, des examens médicaux que cela suppose et des risques que cela comporte.

1.3.1.1 Un dispositif spécifique et structuré, qui a permis de réintégrer dans le champ de l'assurance les personnes présentant des risques de santé aggravés

La mise en place des 2^{ème} et 3^{ème} niveaux d'assurance a nécessité un changement considérable des pratiques et des procédures au sein des établissements de crédit et des organismes assureurs.

La mise en place du 2^{ème} niveau a nécessité l'ouverture de nouvelles négociations entre établissements de crédit et entreprises d'assurance pour la souscription de nouveaux contrats de groupe, destinés à recevoir les dossiers refusés au 1^{er} niveau. L'étendue des contrats de 2^{ème} niveau étant fonction de l'existant, leur mise en place a pu représenter pour certains établissements un élargissement important des risques assurés, pour d'autres une adaptation plus limitée des garanties proposées, pour d'autres enfin une renégociation de l'ensemble de leurs contrats. Dans tous les cas, la politique d'acceptation du risque en a été modifiée et les processus rénovés. La convention a créé le réflexe d'un examen systématique même si, sur des dossiers de risques très aggravés, le coût de ces examens augmente rapidement.

Les contrats de groupe de 2^{ème} niveau sont montés en charge progressivement au cours de l'année 2002 et, à la fin de cette même année étaient en état de fonctionner pour l'ensemble des assureurs. Selon une évaluation effectuée par la Fédération française des sociétés d'assurance en 2004, les contrats de groupe de 2^{ème} niveau ont reçu environ 35 000 dossiers en 2004, soit moins de 1,5 % des 2,3 millions de demandes annuelles d'assurances. Autrement dit, plus de 98% des demandes d'assurance trouvent une solution dès le premier niveau.

Sur les 35 000 dossiers présentés au 2^{ème} niveau, plus de 26 000 auront fait l'objet d'une proposition d'assurance (avec ou sans acceptation de l'assuré), moins de 4 000 n'auront pu être instruits jusqu'à leur terme, les assurés n'ayant pas communiqué les pièces demandées. Enfin, seuls 5 000 dossiers auront fait l'objet d'un refus de 2^{ème} niveau.

Sur ces 5 000 dossiers ayant fait l'objet d'un refus de 2^{ème} niveau, environ 3 500 ont fait l'objet d'un refus définitif, ne pouvant intégrer le 3^{ème} niveau

pour des raisons tenant aux limites d'âge, de montant ou de durée de remboursement de prêt. Près de 2000 dossiers ont été transmis au 3^{ème} niveau.

Depuis 2003, l'ensemble des demandes d'assurances refusées au 1^{er} niveau sont transmises au deuxième niveau quelles que soient la durée ou le montant de l'emprunt.

Le 3^{ème} niveau, qui constitue le pool des risques très aggravés, permet de faire supporter une partie du risque par les assureurs et réassureurs, membres du pool, et offre ainsi une chance supplémentaire de prise en charge des risques les plus difficilement assurables. Ce 3^{ème} niveau ne résume donc pas à lui seul la convention du 19 septembre 2001.

Ce 3^{ème} niveau était opérationnel dès le mois de janvier 2002 et les premiers dossiers lui ont été communiqués au mois de mars de la même année. Sa montée en charge a été progressive, étant tributaire de la mise en place effective des contrats de groupe de 2^{ème} niveau. Il a été saisi de 219 demandes d'assurances au cours de l'année 2002 et de 868 dossiers en 2003. En 2004, 1493 dossiers lui ont été transmis. Du 1^{er} janvier au 9 mai 2005, 774 dossiers lui ont été transmis. Au total, depuis sa création, le pool des risques très aggravés a été saisi de plus de 3355 dossiers. Ce chiffre est à rapprocher des 60 dossiers traités par la convention du 3 septembre 1991.

Il est en outre important de noter qu'un refus d'assurance n'est pas nécessairement définitif. Il peut s'agir d'un ajournement et le dossier peut connaître une suite favorable un ou deux ans après en fonction de l'évolution constatée. Il est d'ailleurs souhaitable que les décisions d'ajournement indiquent les conditions auxquelles la personne redevient assurable à l'issue du délai d'ajournement (surprime exclusion), sous réserve de modifications dans son état de santé.

1.3.1.2. Une amélioration significative de la confidentialité

L'obligation de confidentialité s'impose à deux moments du processus :

- Dans les locaux du prêteur, lorsque l'emprunteur est sollicité pour remplir un questionnaire de santé; l'établissement de crédit doit veiller à ce que le candidat à l'assurance prenne seul connaissance des dispositions et questions figurant dans le questionnaire de santé et y réponde seul s'il le souhaite. Les enquêtes menées sous l'égide de la Ligue contre le cancer et de Vaincre la mucoviscidose montrent qu'une proportion importante d'emprunteurs font état spontanément de leurs problèmes de santé auprès de leur conseiller clientèle. Il faut préciser que si les questionnaires détachables sont actuellement proposés par les établissements de crédit, les modalités de leur utilisation réelle sont mal connues.

- Lors de la transmission du questionnaire de santé au service médical de l'assurance, et à partir de ce moment, l'information doit être protégée par une « bulle de confidentialité ». Cette « bulle de confidentialité » constituait une demande très forte des associations. Elle se traduit concrètement par le fait que le service médical de l'assurance doit disposer de locaux particuliers, protégés, et d'un personnel spécifique. La confidentialité concerne aussi les

circuits de transmission des dossiers, dont la protection doit également être assurée.

1.3.1.3. Les instances mises en place par la convention du 19 septembre 2001 ont su créer une dynamique et faire évoluer le dispositif

Un dispositif conventionnel, plus que toute autre voie, suppose que les organisations et les personnes qui y ont adhéré s'investissent concrètement dans la mise en œuvre et le fonctionnement de ce processus, en un mot qu'elles le fassent vivre. Une convention est un mécanisme vivant en ce qu'elle ne fige pas à un instant déterminé les solutions proposées et peut évoluer d'elle-même, sans recours à une contrainte extérieure, en fonction des difficultés qui n'avaient pas été anticipées lors des discussions préparatoires, ou en fonction d'un nouveau contexte économique ou social. Cela suppose que soit mis en place un lieu de dialogue qui permette aux partenaires, en particulier aux associations et aux professionnels, d'exposer leurs difficultés et, le cas échéant, de négocier de nouvelles conditions.

A cet égard, les travaux de la section de médiation ont permis de mettre en évidence les difficultés concrètes rencontrées par les emprunteurs et de faire évoluer le dispositif. La section de médiation, qui a pour objet de favoriser le règlement amiable des litiges individuels liés à la convention, a en effet constitué un lieu privilégié d'observation de ces litiges et a joué dans les faits un rôle d'alerte de la Commission de suivi et de propositions. Ainsi, elle a mis en évidence la nécessité de dépasser la stricte notion juridique de prêt affecté : de fait un accord des professionnels a pu être obtenu pour ouvrir le champ de la convention aux prêts à la consommation présentés par l'établissement de crédit comme étant destinés à l'acquisition d'un bien ou d'un service déterminé. Ce point fait l'objet d'un avenant à la convention.

De même, à partir des dossiers qui lui étaient transmis, la section de médiation a pu, conjointement avec les associations de malades, sensibiliser les signataires de la convention sur l'intérêt de modifier les seuils de durée du prêt et de montant d'opération. Depuis le 1^{er} janvier 2005, les seuils pour l'examen des dossiers de prêts par le pool des risques très aggravés ont ainsi été portés à 250 000 € et 15 ans (ils étaient jusqu'alors de 200 000 € et 12 ans). Depuis la fin de l'année 2003, ces seuils ne concernaient plus que le passage au 3^{ème} niveau.

Les professionnels de l'assurance avaient proposé au début de l'année 2003 de supprimer les critères d'acceptabilité des demandes d'assurances pour le passage au 2^{ème} niveau. Cette proposition est entrée en vigueur depuis la fin de l'année 2003. Depuis cette date, les demandes de prêts immobiliers et professionnels refusés au 1^{er} niveau bénéficient d'un réexamen au 2^{ème} niveau, sans distinction d'âge du souscripteur, ni de montant ou de durée du prêt.

La saisine automatique du pool des risques très aggravés a été acceptée par les assureurs, en cas de refus d'assurance de 2^{ème} niveau, après que la question ait été soulevée par la Commission de suivi et de propositions.

Enfin, en cas de refus de prêt, la section de médiation a proposé que les candidats emprunteurs soient informés du fait que ce refus est ou non lié à

leur état de santé. Il s'agit en effet d'une information nécessaire aux emprunteurs qui souhaiteraient porter leurs difficultés devant la section de médiation, celle-ci étant compétente sur le seul champ des risques de santé aggravés. Cette précision quant au motif de refus du prêt a été approuvée à son tour par la Commission de suivi et de propositions et acceptée à la fin de l'année 2003 par les établissements de crédit.

1.3.2. Les profonds changements apportés par la convention du 19 septembre 2001 doivent être cependant encore davantage exploités et consolidés.

1.3.2.1. Un dispositif encore mal connu

La convention demeure mal connue, malgré les efforts faits par la Fédération bancaire française, avec le concours de la Mission interministérielle de lutte contre le cancer (MILCA), pour informer les publics concernés. La méconnaissance de la convention a pour conséquence un manque d'anticipation, s'agissant des personnes malades ou ayant été malades, des difficultés spécifiques et des délais nécessaires pour mener à bien une opération de prêt.

Les projets des emprunteurs bloquent trop souvent sur des questions concrètes, notamment relatives aux délais. La section de médiation a attiré à plusieurs reprises l'attention de la Commission de suivi et de propositions sur la difficulté de « boucler » le dossier d'assurance dans les délais requis pour conclure l'opération de prêt. Dans quelques cas, le dépôt de garantie n'a pas pu être recouvré faute de disposer dans les délais prévus par l'avant contrat (en fait, une promesse d'achat le plus souvent) d'un refus de prêt. En l'absence de difficultés en matière de solvabilité, la personne qui demande un emprunt peut en effet se trouver dans la situation où sa demande n'est ni refusée, ni acceptée dans le délai prévu par l'avant contrat en l'attente d'une décision de l'assureur. Or ce délai a pour objet de permettre à l'acheteur potentiel de recouvrer son dépôt de garantie en cas de non obtention du prêt. Il est donc possible qu'une personne « à risques aggravés » perde son dépôt de garantie si *in fine* elle ne trouve pas d'assurance. Il semble que dans ces rares cas, ce problème soit essentiellement imputable à une méconnaissance des difficultés, le candidat au prêt découvrant les difficultés d'assurance en fin de course. Une plus grande anticipation de ces difficultés et, en particulier, la recherche précoce d'une assurance permettrait d'éviter ces situations.

Alors que l'examen des dossiers d'assurance a su muter à partir d'un processus très industrialisé en développant aux 2^{ème} et 3^{ème} niveaux des procédures beaucoup plus fines et adaptées, il reste difficile de bâtir des solutions sur mesure en matière de garanties alternatives. Faute de dispositifs adaptés, avant la convention du 19 septembre 2001, de telles solutions pouvaient être mises en place par les établissements de crédit dans des situations où l'assurance n'était pas possible. Toutefois, le réflexe de bâtir des solutions adaptées aux personnes à risques de santé aggravés n'est pas généralisé. Dans certains cas, le conseiller ou le directeur d'agence semble lui-même démuni, face au refus de l'assurance de groupe, pour rechercher

des garanties alternatives. Une association a ainsi signalé avoir été contactée par une agence bancaire qui, s'étant heurtée à un refus de l'assureur, souhaitait disposer d'informations sur la convention du 19 septembre 2001. L'association l'a aimablement informée.

1.3.2.2. Les réels progrès en matière d'assurabilité sont mal connus et inégaux entre les pathologies

Depuis la mise en œuvre de la convention du 19 septembre 2001, des progrès importants ont été enregistrés dans l'assurabilité des emprunteurs atteints de pathologies, non seulement en raison d'une obligation d'examen systématique des dossiers, qui a sensiblement fait reculer le nombre de refus d'assurance, mais encore en raison des progrès dans les traitements, pris en compte par les services médicaux des assureurs et réassureurs. Cette évolution s'est manifestée non seulement par une diminution du nombre de refus d'assurance, mais encore par un raccourcissement de la période d'ajournement (période au cours de laquelle l'assurance n'est pas encore possible mais pourra à terme le devenir), ou bien encore par une baisse du niveau de surprime appliqué au risque aggravé.

Ainsi, l'un des grands assureurs du marché précise que le nombre de refus d'assurance pour des personnes ayant été atteintes de cancers, a été diminué par deux entre 2002 et 2004.

Plus particulièrement avérée pour ce qui concerne certaines pathologies, telles que les cancers, cette appréciation doit être nuancée pour d'autres pathologies telles que le VIH où des personnes séropositives se sont vues encore récemment proposer le tarif issu de la convention de 1991, sans que ce tarif corresponde à la réalité du risque. Pourtant, en 2004, la section scientifique notait dans son compte-rendu d'activité : « *Sans en méconnaître les spécificités, il faut traiter le sida comme un risque aggravé banalisé et les personnes qui en sont atteintes doivent sortir du cadre de la convention de 1991 pour entrer dans celui de la convention du 19 septembre 2001. La tarification issue de la convention de 1991, pourtant parfois encore proposée, n'apparaît plus dans la majorité des cas en adéquation avec les données épidémiologiques actuelles.* »¹¹

Cependant, les progrès enregistrés auraient mérité d'être davantage valorisés. La section scientifique a manqué incontestablement de moyens pour pouvoir s'acquitter de cette tâche.

1.3.2.3. La couverture du risque d'invalidité demeure problématique

La convention du 19 septembre 2001 concerne au premier chef la garantie du risque décès. La couverture par la convention du risque d'invalidité fait quant à elle l'objet de propositions contradictoires. Certaines associations plaident pour une couverture plus large de ce risque tandis que certains établissements de crédit n'ont pas renoncé à exiger une garantie d'invalidité pour les opérations entrant dans le champ de la convention du 19 septembre 2001.

¹¹ Extrait du compte-rendu d'activité de la section scientifique, joint au rapport 2004 sur la convention Belorgey.

L'assurance invalidité tend à compenser diverses conséquences liées à une maladie ou à un accident portant atteinte de manière permanente à la possibilité d'exercer une activité professionnelle, ou à l'intégrité physique ou mentale de l'assuré. Il existe ainsi deux types de définition du risque d'invalidité. L'un se réfère à l'incapacité professionnelle. Il peut s'agir alors soit d'une inaptitude à l'activité exercée avant le sinistre, soit d'une inaptitude à une activité socialement équivalente, soit d'une inaptitude à toute activité. L'autre se réfère à l'incapacité fonctionnelle, appréciée indépendamment de toute réduction de ressources professionnelles.

Dans le domaine de l'assurance emprunteurs, et d'une manière générale en assurances de personnes, où les prestations versées n'ont pas un caractère indemnitaire, c'est le contrat qui définit les garanties et détermine leur étendue ainsi que les clauses d'exclusion. Si certains contrats se réfèrent aux définitions du code de la sécurité sociale, en particulier à celles de l'article L. 341-4 qui détermine trois niveaux d'invalidité¹², la plupart des contrats d'assurance définissent eux-mêmes l'invalidité, en adoptant soit l'incapacité fonctionnelle, soit l'incapacité professionnelle, soit encore un cumul des deux.

Une place particulière doit être faite à la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), définie comme une perte d'autonomie entraînant le bénéfice d'une pension de 3^{ème} catégorie par la sécurité sociale c'est à dire impliquant la nécessité du recours à une tierce personne pour les activités de la vie courante. Il s'agit du degré d'invalidité le plus grave qui, lorsqu'il est avéré, entraîne le versement par l'assureur du capital emprunté restant dû, comme c'est le cas en matière de décès.

D'une manière générale, l'invalidité constitue un risque beaucoup plus complexe que le risque décès, coûteux et difficile à évaluer, notamment en raison de la faiblesse de l'outil statistique et épidémiologique, qui n'est pas conçu pour l'étude des risques assuranciers, et de l'existence de phénomènes non négligeables d'anti-sélection et d'aléa moral.

Pour nombre de personnes présentant un risque de santé aggravé, l'accès au risque d'invalidité présente deux difficultés supplémentaires. Le risque peut n'être pas assurable, la personne étant déjà invalide ou proche d'une situation d'invalidité ; il y a alors un défaut d'aléa ou un aléa insuffisant au sens de l'article 1964 du code civil. Le risque peut être assurable mais conduire à un taux de surprime très important (beaucoup plus important que celui appliqué au risque décès), en raison d'une plus grande fréquence des sinistres. En cas d'extension de la convention Belorgey à la couverture du risque d'invalidité, le niveau des primes serait vraisemblablement rendu insupportable pour nombre d'assurés à risques aggravés, hors la PTIA ou l'invalidité accidentelle.

¹² En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

1°) invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;

2°) invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;

3°) invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

L'exigence par certains établissements de crédit d'une couverture invalidité, voire incapacité de travail, pour les personnes à risques aggravés est un problème signalé depuis quelques mois par la Section de médiation.

Ce problème paraît aujourd'hui en pratique limité, car nombre de contrats se réfèrent à une notion très restrictive du risque d'invalidité. Néanmoins, les débats en Commission de suivi et de propositions ont soulevé un risque de contradiction avec la démarche de la convention. En effet, la plupart des personnes dont le dossier est transmis au 2^{ème} niveau d'assurance et l'ensemble des personnes dont le dossier est traité par le pool des risques très aggravés, ne peuvent pas accéder aux garanties d'invalidité. Dans l'hypothèse d'une exigence systématique d'une assurance invalidité voire arrêt de travail, le troisième niveau d'examen des demandes d'assurances prévu par la convention n'aurait plus de raison d'être.

Il est vrai qu'il est difficile, dans certains cas, pour les établissements de crédit de prêter à des personnes particulièrement fragiles sans assurance invalidité. Néanmoins, ces situations doivent rester exceptionnelles.

Ainsi, même si la convention du 19 septembre 2001 ne traite pas explicitement du risque invalidité, il ne doit pas être possible d'en contourner les dispositions par l'exigence systématique de garanties invalidité.

1.3.2.4. Les difficultés d'évaluation

Le choix d'un traitement banalisé des dossiers a eu pour corollaire une certaine discrétion dans l'application du processus, ce qui a pour conséquence de rendre le dispositif peu visible et difficile à évaluer.

Il n'y a pas de porte d'entrée spécifique pour une personne à risque aggravé dans la procédure prévue par la convention du 19 septembre 2001. La plupart des demandes d'assurance sont accompagnées d'un questionnaire de santé, plus ou moins détaillé, et ce n'est que dans un second temps que les dossiers refusés par les contrats de groupe de 1^{er} niveau font l'objet d'un examen personnalisé aux deux autres niveaux. Cette procédure est dans la plupart des cas restée totalement inconnue du candidat au prêt mais également de son conseiller financier.

1.3.3. En conclusion : le bilan de la convention du 19 septembre 2001

Les personnes qui souhaitent emprunter pour mener à bien un projet de vie, ont souvent réussi malgré la maladie ou le handicap à s'insérer dans la société. C'est pourquoi le refus de prêt est ressenti comme une injustice sociale qui s'ajoute à l'injustice de la maladie. S'il ne saurait y avoir de droit à l'assurance pas plus, d'ailleurs, que de droit au crédit, une société solidaire se doit de rechercher la palette de solutions les plus concrètes possibles, qui permettront de mieux répondre aux difficultés des emprunteurs « à risques aggravés »... C'est dans cette perspective que la convention Belorgey a instauré une volonté de rechercher des solutions efficaces. C'est cet esprit qu'il convient de préserver et de conforter.

Cet enjeu n'est pas qu'anecdotique. La prévalence croissante des maladies chroniques couplée à l'augmentation de la durée de la vie font de ce sujet un grand sujet de société, comme l'a rappelé à plusieurs reprises le Président de la République.

Ainsi, il ressort des auditions réalisées un fort consensus sur la pertinence du dispositif de la convention Belorgey. Les professionnels de la banque comme de l'assurance tiennent à la convention, tout comme les associations de malades qui y participent. La convention et son comité de suivi et de propositions constituent un lieu de dialogue fructueux qui a offert un support nécessaire pour rapprocher les points de vue. Il est également donné acte aux assureurs des progrès importants effectués en matière d'analyse du risque et de couverture du risque décès.

Concrètement, la convention du 19 septembre 2001 a profondément renouvelé la vision que les assureurs avaient de ce marché en l'ouvrant à la très grande majorité des risques aggravés qui, avant la convention, en restaient ignorés. Cette mutation a nécessité de mobiliser l'ensemble des marchés, de les doter d'infrastructures adaptées, structurellement novatrices, de manière à passer d'un marché reposant sur l'industrialisation du traitement des dossiers à des procédures beaucoup plus individualisées portant sur quelques individus.

Toutefois, de nouveaux axes de progrès doivent maintenant être explorés. Ainsi, la mise en place un mécanisme d'évaluation pérenne de la convention permettrait de disposer d'un bilan et de lever les incertitudes sur le nombre de personnes concernées par la convention et sur l'impact de celle-ci. Une amélioration de l'information des clientèles des établissements de crédit et des conseillers au contact de ces clientèles, le développement des études à caractère scientifique de l'évaluation du risque de santé, et une solution aux problèmes des garanties d'invalidité devraient constituer des avancées prioritaires. On souligne également la demande de création d'un « fonds de solidarité » pour réduire les inégalités économiques face aux conséquences des maladies, demande qui est à rapprocher de la proposition de « fonds de mutualisation » faite par les professionnels.

En tout état de cause, la pertinence du recours à la convention est réaffirmée.

II. Position des différents acteurs de la convention

2.1 Attachement de l'ensemble des signataires à la démarche conventionnelle

2.1.1 La convention a permis de reconnaître la question des risques aggravés et d'en améliorer le traitement par un processus souple et adaptable, propice au dialogue

2.1.1.1. Le refus d'assurance est un « séisme »

Martine GAUD, Vice-présidente de la Ligue contre le cancer explique : *« Il est important de mesurer le séisme que la confrontation au refus de prêt représente pour ces personnes qui n'imaginent pas que la maladie puisse être un obstacle à l'emprunt. C'est incompréhensible. »*

Christian SAOUT, Président de AIDES, indique : *« Les gens sont très étonnés que la question de l'assurance leur soit posée lors d'une demande d'emprunt. Dans la très grande majorité des cas, ils ne s'y attendent pas. Le plus souvent, hormis les cas de fausses déclarations, ils se heurtent à un refus ou à une absence de réponse ou à des surprimes très importantes. De plus en plus de demandes sont liées à des prêts professionnels pour lesquels les conséquences d'une fausse déclaration sont plus importantes que pour un prêt immobilier, pour lequel il est toujours possible de revendre le bien. »*

Marc MOREL, Président de Sida Info Service précise : *« En matière de VIH, un tiers des sollicitations adressées à AIDES, SIDA INFO DROIT et ACT UP concerne l'accès au crédit via l'assurance. Il s'agit dans 80% des cas de crédits immobiliers ou professionnels ».*

Martine GAUD, Vice-présidente de la Ligue contre le cancer, explique : *« Le sujet concerne plutôt des anciens malades. Il y a deux cas de figure : d'une part les personnes qui sont relativement loin de la maladie et dont on a tout lieu de penser qu'elles ne vont pas faire de rechute, d'autre part, les gens qui sont dans l'incertitude quant à leur état de santé. C'est incompréhensible. Les gens qui nous appellent nous posent à la fois des questions en amont sur les conditions d'application de la convention et des questions en aval sur les montants des surprimes. »*

Ariane OBOLENSKY, Directrice générale de la fédération bancaire française, indique : *« C'est un sujet qu'il faut voir à la fois sur les plans macro-économique et sociologique et dans sa dimension individuelle. Il s'agit de situations personnelles très difficiles et il y a certainement encore un certain nombre de cas mal traités ou non traités. L'essence même du métier de banquier est de n'accorder un crédit que si la personne peut rembourser les échéances, ce qui implique de porter une appréciation sur sa situation économique. Mais l'élément de santé qui constitue une part de risques doit être traité dans un système parallèle et avec un principe de confidentialité. »*

2.1.1.2. *Pour ses membres, la convention du 19 septembre 2001 a permis d'instaurer un dialogue.*

Il y a un consensus fort de la part de l'ensemble des personnes auditionnées, qu'elles représentent les associations, les assureurs ou les banquiers, pour indiquer que le principal apport de la convention est d'avoir réussi à instaurer un dialogue, de passer « *de l'affrontement à la confrontation* » (Christian SAOUT).

Pour Jean- Michel BELORGEY : « *Les acteurs ont été obligés de se saisir du problème. En l'espèce, la technique conventionnelle n'est pas mauvaise pour éviter que la loi soit ou pauvre ou brutaliste.* »

Ainsi, pour l'association AIDES : « *La convention du 19 septembre 2001 représentait d'abord un espoir après le sévère échec de la convention de 1991 qui concernait les seuls séropositifs. Après cet échec, AIDES souhaitait un texte législatif contraignant, mais les contraintes apparues lors des réunions de négociation (législation européenne, règles du marché de l'assurance) nous ont convaincus d'aller vers une convention.* »

Ariane OBOLENSKY, Directrice générale de la Fédération Bancaire Française, souligne que la procédure prévue par la convention Belorgey offre une approche originale, unique en Europe et indique que la profession et les réseaux bancaires se sont fortement mobilisés pour tenir leurs engagements même si s'il subsiste de réelles difficultés. « *Depuis la signature de la Convention en septembre 2001, les banques se mobilisent et des progrès très manifestes ont été enregistrés. Pour autant la mise en œuvre de la Convention ne peut pas prétendre résoudre les cas les plus extrêmes.* »

Pour Gérard de la MARTINIÈRE, Président de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) : « *C'est un dispositif qui est à la rencontre d'une approche de caractère social (accès au crédit ...) et d'une approche professionnelle fondée sur l'analyse du risque, approche qui fait qu'il y a des limites à l'assurabilité. C'est une des vertus de la convention que d'avoir fait se rencontrer les deux approches. Cela a contribué à susciter une volonté d'aller plus loin, d'aller à la rencontre des besoins des clients. D'un autre côté, la convention a permis de développer une certaine pédagogie sur la limite de l'offre d'assurance, comme de l'offre de crédit.* »

2.1.1.3. « *Le processus conventionnel est adaptable et vivant* » (Ariane OBOLENSKY, Directrice générale de la Fédération Bancaire Française)

La convention du 19 septembre 2001 a mis en place une commission de suivi et de propositions, présidée par Jean-Michel BELORGEY, ainsi qu'une section scientifique et une section de médiation. Ces structures ont permis à la fois de résoudre les difficultés imprévues (débat sur le prêt affecté) et d'améliorer la convention (automaticité du passage du premier au 2^{ème} niveau, relèvement des seuils).

Georges DURRY, Président de la section de médiation, indique : « *Nous avons été saisis de difficultés qui, lorsqu'elles se sont répétées, nous ont conduit à alerter la Commission de suivi et de propositions. Cela a été le cas s'agissant des prêts affectés. Il s'agit d'une notion juridique très précise. Les*

banques considéraient que tout ce qui n'était pas un prêt affecté était hors cadre de la convention. Il a été admis qu'à partir du moment où un prêt était destiné à un achat précis, il fallait qu'il rentre dans le cadre de la convention ».

Selon l'Association française des myopathes (AFM), le travail de la commission et des sections a permis de donner des points de repères aux opérateurs du marché.

Pour la FFSA : *« Le dispositif conventionnel est susceptible d'évolutions de façon simple. Il a d'ailleurs évolué : élargissement du champ, amélioration de l'automatisme et de la transparence. Les élargissements ont d'ailleurs été prudents et peut-être trop modestes. »*

2.1.1.4. Certaines associations contestent toujours la pertinence de la démarche conventionnelle

L'Association des Paralysés de France (APF), qui n'est pas signataire de la convention, explique sa position en raison de la diversité de la situation des personnes handicapées : toutes les personnes handicapées n'ont pas de risques aggravés. En effet, le handicap n'implique pas nécessairement de problème de santé. Et par ailleurs, les enjeux de l'accès au prêt nécessitent, de son point de vue, une intervention législative au regard de l'exception en matière de non discrimination. Pour l'APF le choix de la voie conventionnelle n'est pas contraignant et donc pas adéquat pour régler la question de la discrimination fondée sur le handicap en matière d'accès au prêt.

2.1.2 Si le bilan chiffré témoigne de progrès importants, il reste un manque de visibilité sur l'impact de la convention

Les différentes parties de la convention s'entendent sur la difficulté de dresser un bilan chiffré de son application.

Ainsi, selon la FFSA : *« Il est tout à fait légitime de se poser la question du bilan du dispositif. Nous avons nous-mêmes essayé d'effectuer ce bilan à l'occasion du rapport préparé par la commission Belorgey. Le schéma mis en place fonctionne (la convention a nécessité la mise en place de dispositifs nouveaux, la mobilisation des acteurs etc.). [...] Sur le bilan quantitatif, on constate une diminution significative des situations dans lesquelles les personnes concernées n'ont pas eu de proposition d'assurance. Avant la convention, on évaluait ce nombre à 2 % des demandes, aujourd'hui il est inférieur à 0,5%. Les ¾ des cas de refus d'assurance ont été résorbés. »*

La fédération bancaire française fait part *« d'un sentiment fort de réussite. Le nombre de cas qui n'ont pas pu être traités par la convention Belorgey a fortement diminué : il ne s'agit pas de chiffres officiels, mais nous évaluons le nombre de cas rejetés à 0,5% des demandes contre 2% avant la convention. Notre conclusion sur la convention est la suivante : c'est un bon processus, avec des modifications à apporter dans ses modalités. Notre jugement d'ensemble est très positif. »*

Les associations font état d'un manque de lisibilité du bilan de la convention, manque de lisibilité qui les embarrasse face à ceux de leurs membres qui continuent à connaître des difficultés en matière d'accès au crédit.

Pour le Collectif inter associatif sur la santé (CISS) : *« Les associations demeurent réservées sur l'application de la convention. En effet, on constate tout d'abord un manque de visibilité sur l'impact de la convention. Si les chiffres avancés par la FFSA sont bien connus, trois phénomènes ne sont pas pris en compte par les assureurs : la dissuasion de la part des banques, l'autocensure de la part des personnes solvables qui ne demandent pas d'emprunt à cause de leur santé et les fausses déclarations dans les questionnaires de santé. Ces trois phénomènes nous amènent à penser que les problèmes d'assurabilité ne sont pas si minoritaires que cela. »*

Interrogé sur un possible « découragement » des personnes à risques aggravés au guichet des banques, Jean LAURENT indique : *« Je ne pense pas que cela existe. Vous pouvez toujours vous adresser à un autre établissement bancaire. D'ailleurs, les conseillers clientèle ne travaillent pas dans cet esprit-là. Je pense plutôt que le faible nombre de dossiers est lié au fait que l'appel à la médiation n'est pas naturel à la population française. On le constate dans d'autres domaines où sur des milliers d'opérations, il n'y a que quelques cas qui parviennent au médiateur. C'est pour cela qu'il est particulièrement important de fournir aux personnes demandeuses toutes les informations pertinentes pour faire avancer leur dossier. »*

S'agissant de l'impact de la convention, l'association des sociétés financières (ASF) indique : *« Par construction, on doit connaître l'impact de l'engagement mais nous n'avons pas de chiffres et il n'y a pas de remontées au niveau de la section de médiation. »*

Pour SWISS RE, cet impact est tout aussi difficile à évaluer : *« C'est dans cet esprit que certains acteurs de notre industrie ont accepté de participer au Pool Belorgey et maintenu leur appui jusqu'à présent. La maîtrise du risque est par contre encore nettement insuffisante. Les dossiers arrivent chez le réassureur qui donne un avis mais ne sait pas quelles sont les réalisations ni les dossiers sous risque. Les réassureurs n'ont jusqu'à présent perçu aucune prime. Les premiers sinistres ont été enregistrés chez des assureurs sans qu'il aient été identifiés et répercutés au Pool. Les procédures ne sont pas encore en place ».»*

Pour Georges DURRY, président de la section de médiation, il n'est pas possible de tirer de conclusions de la baisse du nombre de saisines de la section de médiation : *« Au départ il y avait 200 réclamations par an à la section de médiation. Aujourd'hui, il y en a 100 et on tend vers 50 par an. Cela n'est pas très significatif car il y a une perte en ligne entre le début du projet d'emprunt et le moment où l'on saisit éventuellement la section de médiation. Néanmoins il y a moins de dossiers qui relèvent d'une méconnaissance de la convention. Les questions de fonds qui sont posées sont des questions de tarif et d'assurabilité. »*

Pour lui, le véritable progrès c'est le passage systématique au 2^{ème} niveau : *« Le but initial de la convention, c'était de faciliter l'accès à l'emprunt. Il*

pouvait paraître choquant que les assureurs refusent par facilité d'examiner certains dossiers nécessitant un examen médical ou une expertise technique. Les assureurs ont évolué sur ce point et c'est très positif. Il n'y a que 1000 personnes par an qui accèdent au 3^{ème} niveau, niveau de la dernière chance, sur lesquelles 200 personnes obtiennent une proposition d'assurance. En outre, souvent, pour des raisons économiques ou liées au seuil de l'usure, le postulant renonce ou ne peut accéder à l'assurance. C'est donc surtout la création du 2^{ème} niveau qui constitue le véritable progrès. »

2.1.3 Des résultats encourageants

2.1.3.1. L'examen systématique des dossiers par les assureurs : un acquis majeur

Un des grands acquis de la convention est le passage automatique du 1^{er} au 2^{ème} et du 2^{ème} au 3^{ème} niveau. Pour Michel HAINAULT, Président de l'Association des médecins conseils en assurance de personne (AMCAP) : « *L'autre conséquence de la convention, c'est que tous les dossiers sont étudiés. Auparavant, on écartait d'emblée tout ce qui n'entrait pas dans la loi des grands nombres, y compris des dossiers de gens ayant des désordres de santé mineurs. Il a fallu un an et demi pour obtenir l'automatisme du passage du premier au deuxième niveau, mais c'est maintenant acquis. Tout a changé. Les assureurs et les conseils que je rencontre appliquent la convention Belorgey. »*

Pour Jean-Pierre BONGARD, directeur pour la France de SWISS RE Health and Life : « *La profession de l'assurance et réassurance fournit un effort conséquent afin de maximiser le taux d'assurabilité ».*

Selon Gilles BENOIST, Président de la CNP : « *Cela a créé le réflexe d'un examen systématique des dossiers même si, sur des dossiers graves, le coût des examens augmente très rapidement. »* Pour la CNP, la convention Belorgey a eu un impact très positif : « *Il s'était déjà passé quelque chose avant, mais la convention a fortement accéléré les évolutions. La mise en œuvre de la convention nous a demandé beaucoup d'efforts et a engendré des coûts internes non négligeables même si la CNP avait déjà fait beaucoup en matière de confidentialité des informations médicales. Il nous a fallu mettre en œuvre l'élargissement considérable que représentait la mise en place des niveaux 2 et 3. La convention Belorgey a aussi augmenté le nombre de délégations et la capacité pour les banques d'accepter les assurances : elle a conduit à une rénovation de l'ensemble du process. Ces progrès ont été permis non seulement par l'évolution des thérapies mais aussi par la modification de notre acceptation du risque. Sous l'effet de la convention nous nous sommes remis fortement en question. »*

Pour G. DURRY, président de la section de médiation, « *Un autre acquis est le passage désormais automatique du 2^{ème} au 3^{ème} niveau, permettant à chacun d'épuiser ses recours, même si cela aboutit souvent à un refus. [...] Pour conclure sur l'état actuel de la convention, des avancées notables ont eu lieu et ont permis de bien améliorer la situation.*

2.1.3.2. En matière de crédit à la consommation, les difficultés liées à l'assurance semblent en partie résorbées

En matière de crédit consommation, la convention prévoit la mise en place d'un prêt avec assurance sans questionnaire de santé pour les gens de moins de 45 ans et pour les prêts de moins de 10 000 euro d'une durée au maximale de quatre ans.

Pour l'association des sociétés financières (ASF) : « *Sur le crédit à la consommation, compte tenu des durées de crédits et du caractère non systématique de l'assurance, il ne semble pas y avoir de difficultés. L'enjeu pour les établissements de crédit est différent car il s'agissait d'assurer « chat en poche » et donc d'absorber dans le périmètre des contrats groupes des personnes présentant plus de risques, susceptibles d'affecter l'équilibre de ces contrats.. Dans la pratique, il ne semble pas y avoir de problèmes : notre médiateur n'a pas de dossier et la section de médiation n'a que très peu de dossiers de crédits à la consommation. Pourquoi ? Les associations le disent elles-mêmes, il y a des alternatives possibles (la moitié des prêts à la consommation sont des prêts sans assurances, et il semble qu'il y ait d'autant plus de fausses déclarations que la somme et la durée sont faibles).* Plusieurs de nos adhérents se sont dotés de procédures particulières qui n'ont pas été utilisées (Ainsi, Sofinco avait mis en place un numéro vert qui n'a jamais été appelé). On pourrait donc imaginer pouvoir changer les critères sans qu'il en résulte une surcharge financière lourde compte tenu de la faible incidence de ces crédits sur les contrats groupes, mais potentiellement la sanction est un déséquilibre éventuel des contrats groupes (problèmes de la mutualisation des risques avec une grande inconnue sur le réservoir de demandes). »

Les associations de malades ne font pas état de difficultés majeures en la matière. AIDES indique: « *Les limites de la convention apparaissent pour certaines faciles à résoudre, notamment en ce qui concerne les critères, en particulier l'âge de 45 ans pour les prêts à la consommation. Ce critère devrait être modifié.* »

2.1.3.3. Malgré des progrès, des difficultés demeurent en matière d'accès au crédit immobilier

L'assurance est de fait obligatoire en matière de crédit immobilier

Gilles BENOIST, Président du Directoire de la CNP, fait état de progrès notables : « *Dans les années 90 sur 1,5 millions de demandes d'emprunts, 1% des dossiers faisaient l'objet d'un refus d'assurance sur la garantie décès. Ce pourcentage est tombé à 0,26 en 2004. Au deuxième niveau, l'invalidité est accordée quand c'est possible. Elle est souvent assortie de l'exclusion d'une pathologie. Depuis la création du troisième niveau, la CNP a transmis 2700 dossiers au troisième niveau, ce qui représente une proportion très faible par rapport à l'ensemble des dossiers.*

En signant la convention, nous avons pris l'engagement d'essayer de repousser au maximum les limites de l'assurabilité, notamment, en prenant en compte les avancées thérapeutiques. Ce sont ces dernières qui ont permis un impact aussi important sur la diminution du taux de refus. Si on prend

l'exemple du cancer, le taux de refus a été divisé par deux : on est passé de 30% de refus dans les années 90 à 15 à 17% de refus. Cela représente 1000 dossiers supplémentaires acceptés par an. S'agissant du troisième niveau pour des dossiers de la CNP, 17 à 18% d'entre eux font l'objet d'une proposition d'assurance (450 propositions sur les 2700 dossiers reçus par le troisième niveau). 40 propositions ont été acceptées par les clients. Le niveau moyen des surprimes est de plus de 500%, ce qui représente un coût d'assurance d'un point de taux d'intérêt en plus du prêt. Les taux d'intérêt étant aujourd'hui en moyenne à 4%, cela amène à un coût global de l'emprunt autour de 5%, ce qui est acceptable. »

Pour les prêteurs, qu'il s'agisse de l'ASF ou de la FBF, il y a une difficulté avec le taux de l'usure : « nous avons un problème d'usure : quand la surprime est trop importante, le prêt n'est pas possible. »

Pour les associations de malades, ces progrès demeurent insuffisants et surtout difficiles à matérialiser : leurs adhérents se heurtant toujours à des difficultés. Christian SAOUT, président de AIDES, précise que : « la démarche conventionnelle comporte des limites politiques importantes pour les associations de malades et n'est possible que si la convention apporte quelque chose de nouveau et de substantiel. »

La Fédération bancaire française est d'ailleurs consciente de cette difficulté : « Il s'agit de situations personnelles très difficiles et il y a certainement encore un certain nombre de cas mal traités ou non traités. »

2.2 Les dysfonctionnements dans l'application de la convention

2.2.1 Méconnaissance de la convention

- **Absence de volonté d'avancer**

AIDES fait état « de l'absence de volonté d'avancer. AIDES considère qu'une convention ancrée dans la réalité et les pratiques peut être bien plus utile qu'une loi. Encore faut-il que son fonctionnement ne soit pas bloqué par des débats continuels sur le sens de telle ou telle disposition. Cela grippe la dynamique. On constate en la matière un déficit d'animation de l'Etat qui devrait avoir un rôle plus moteur. Il faut sans doute rouvrir un tour de négociation débouchant sur une deuxième convention qui ne marchera que si elle apporte des changements en profondeur. On constate une crispation des professionnels, provenant plus du monde de la banque que du monde de l'assurance. Ainsi, chaque terme de la convention fait l'objet, au cours des réunions de la commission, d'une analyse alors qu'elle est le reflet d'un état d'esprit beaucoup plus qu'un document à interpréter mot à mot. Les exemples du débat qui a eu lieu d'une part sur le crédit affecté, d'autre part sur la question de l'accès au prêt sur la base d'une assurance décès seulement, sont très éclairants. Sur ce dernier point, si les banques exigent une garantie invalidité alors même que l'on n'a pas avancé dans ce domaine, la convention sera vidée de son sens et AIDES retirera sa signature. »

- **Méconnaissance de la convention**

Pour Christian SAOUT : « *Un autre exemple de l'absence de volonté d'avancer est l'absence d'information sur la convention (la CNP continue à utiliser des imprimés concernant le VIH datant de 91 et libellés en francs). Il y a un problème d'information sur la convention ; les appels téléphoniques montrent que la plupart des appelants ne connaissent pas le dispositif, ce qui constitue un point de blocage (notamment en matière de calibrage du prêt). Nous n'avons pas d'exemple de personnes ayant été informées par les banques sur l'existence de garanties alternatives. Les délais constituent également une difficulté majeure.* »

Pour Georges DURRY, président de la section de médiation : « *Le premier problème auquel nous avons été confrontés est celui de l'information. Le mécanisme de la convention était très mal connu. Aujourd'hui, l'information est donnée mais reste à améliorer.* »

La Fédération bancaire française a fait des efforts importants pour informer sur la convention : « *La profession a fait, seule, un effort d'information considérable (brochure, mention de la convention sur le site de la fédération bancaire française, etc.). Mais des efforts restent encore à faire[...]. On a beaucoup progressé. La plupart des réseaux ont mis cette information sur leur site Internet. De plus en plus de réseaux bancaires passent commande des mini-guides. Mais c'est la répétition de l'information qui est importante.*»

Néanmoins, la FBF indique qu'il faut renoncer à ce que chaque chargé de clientèle connaisse la convention : « *Toutefois, il ne suffit pas de sensibiliser 250 000 agents des réseaux bancaires à connaître et maîtriser les procédures de la convention Belorgey. [...] Il faudrait les motiver sur ce point. Toutefois, on ne trouvera pas une solution pour tous les cas. En moyenne, une agence bancaire est confrontée à un ou deux cas « Belorgey » par an [...] Il y a des établissements bancaires qui ont développé des centres d'appel mais ils sont peu utilisés.*»

Le Crédit Agricole également fait état de difficultés en la matière : « *La convention Belorgey est un sujet difficile parce qu'il porte sur un faible volume de demandes de crédit au regard des demandes de crédit de l'ensemble de la population française. Les grands réseaux sont face à des situations d'exception qui sont toujours les plus difficiles à traiter. Au Crédit Agricole, 70 000 personnes travaillent dans les caisses régionales parmi lesquelles 45 000 travaillent dans les agences dont 30 000 commerciaux qui sont en contact avec le public.* »

L'association des sociétés financières indique : « *En matière de crédit à la consommation, les clients sont informés par des courriers réguliers. En matière de crédit immobilier, nos adhérents n'ont pas développé de communication spécifique, compte tenu des entretiens systématiques avec les candidats à l'emprunt.*

Le problème de l'information sur la convention est donc loin d'être résolu...

Néanmoins, il y a tout de même des avancées. Pour Patrick de MALHERBE, membre de la section de médiation : « *Il y a eu également un*

problème d'information en cas de refus de prêts, qui peut être lié à l'appréciation de la solvabilité de l'emprunteur ou à l'état de santé de l'assuré. Désormais, les banques doivent indiquer, en cas de refus de prêt, si ce refus est lié ou non à l'état de santé de l'assuré ».

2.2.2 La couverture invalidité

2.2.2.1. L'exigence de la garantie invalidité par les prêteurs conduit à « la mise en échec de la sécurité juridique apportée par la convention » (Jean-Michel BELORGEY)

Selon Jean-Michel BELORGEY : « L'invalidité pose une question difficile. On assiste aujourd'hui à la mise en échec de la sécurité juridique apportée par la convention. En effet, les banques exigent de plus en plus une garantie invalidité pour les personnes à risque aggravé. »

Les associations de malades constatent également que les banques exigent en plus de la garantie décès, la garantie invalidité. Si on admet cette condition, cela risque de constituer un frein énorme. Il s'agissait là d'un des grands acquis de la convention.

L'Association des sociétés financières considère qu'il s'agit là d'une question de principe : *« Les établissements demandent de manière concomitante les assurances qu'ils estiment utiles pour se garantir au mieux. On peut comprendre qu'un établissement demande l'assurance invalidité pour les risques aggravés puisqu'il la demande pour les gens en bonne santé. L'assurance garantit le prêteur mais aussi le client et sa famille. On peut se demander si on ne reprocherait pas à l'établissement de crédit de ne pas avoir fait usage de son devoir de conseil. Il n'y a jamais eu de problèmes sauf ces derniers temps : l'assurance invalidité est hors champ du troisième niveau mais pas du deuxième. L'usage chez nos adhérents est de demander les deux assurances à tout le monde. »*

La fédération bancaire française explique cette position : *« Il faut regarder ce qui se passe dans la pratique ; les pratiques sont d'ailleurs différentes d'un établissement à l'autre. S'agissant du crédit à la consommation, il est possible d'y avoir accès sans assurance invalidité. C'est logique, le crédit à la consommation étant un crédit de courte durée. Pour le crédit immobilier, c'est différent. Le crédit immobilier a deux caractéristiques en France : c'est un crédit à la personne et il est de plus en plus long (la durée moyenne de remboursement est passée de 10 ans à 12 ans, puis au-delà de 12 ans). C'est pourquoi les banques demandent à s'assurer que l'emprunteur disposera de revenus sur toute la durée de l'emprunt et sera à même de rembourser toutes les échéances de son crédit. Certaines d'entre elles vont donc souhaiter une couverture incapacité. Le banquier ne porte pas de jugement de valeur, il va proposer des solutions alternatives pour être sûr d'avoir une garantie. Ceci est faisable pour les personnes qui disposent d'un certain patrimoine.»*

Jean LAURENT, directeur du Crédit agricole indique : *« Dans la pratique courante, pour les gens en bonne santé, l'assurance porte sur le décès, l'invalidité et l'arrêt de travail, sauf contrainte imposée dans l'analyse du*

dossier. S'agissant des risques aggravés, l'assurance décès seule suffit, mais c'est une procédure d'exception (1% des cas environ). [...] Dans ce domaine, j'ai beaucoup de mal à raisonner sur des situations théoriques. Cela pose une vraie question. Dans le cas d'un couple, si l'un des deux est malade, cela ne pose pas trop de problèmes. Pour une personne seule, on est dans une situation différente d'analyse du risque ; on a le droit de se poser la question de la capacité de cette personne à rembourser le prêt. »

2.2.2.2. Les associations demandent des avancées en matière de couverture du risque invalidité

Si les associations regrettent vivement que l'assurance invalidité constitue une condition d'obtention du prêt, elles demandent en revanche qu'une couverture invalidité soit proposée aux personnes à risques aggravés de santé.

Pour AIDES : « S'agissant de la couverture invalidité, les associations ont dit dès la signature qu'elle était un objectif important. En effet, c'est le meilleur moyen d'augmenter l'intérêt de l'assurance pour les malades et d'éviter les fausses déclarations. Sur ce sujet nous avons reçu d'emblée une fin de non recevoir, comme si ce sujet était tabou. Il est à noter que la section scientifique n'a pas les moyens d'avancer dans ce domaine et que les professionnels lui ont transmis très peu de données. »

La ligue contre le Cancer indique : « La facilité serait de limiter le champ de la convention à l'assurance décès. Néanmoins l'intérêt des malades c'est aussi d'avancer en matière d'assurance invalidité. »

Le CISS partage cette position : « Une autre limite de la convention est l'absence d'avancée en matière d'assurance invalidité. Dans ce domaine, nous souhaiterions qu'une assurance invalidité couvrant des risques rentrant dans la deuxième catégorie de la sécurité sociale puisse être proposée aux personnes malades ou handicapées. Il faut aborder cette question et véritablement travailler sur ce sujet. »

Pour les prêteurs comme pour les assureurs, proposer aux emprunteurs une couverture invalidité de manière systématique : « remettrait en cause l'équilibre du système. Le problème est surtout relatif au risque d'insolvabilité. » (Ariane OBOLENSKY). Jean LAURENT souligne le risque de « tarification sanction ». Se pose alors « le problème de taux effectif global ». Il indique également : « une piste possible consiste à améliorer la couverture à la marge et si on l'explore tant mieux. »

Ce point constitue aujourd'hui l'une des principales difficultés que doit surmonter la section de suivi et de propositions de la convention Belorgey.

2.2.3 Manque de visibilité sur les surprimes

2.2.3.1. La section scientifique est le lieu d'un dialogue utile mais limité et peine à être un lieu de travail en évaluation des risques

En la matière, le constat semble assez unanime. Selon Christian SAOUT : *« la section scientifique ne joue pas le rôle qu'on avait imaginé à savoir être un lieu de réflexion sur la tarification. »*

Le CISS constate : *« Le manque de moyen de la commission de suivi et de la section scientifique qu'il faudrait sans doute étoffer en prévoyant un calendrier de travail et des moyens. De plus, les positions qui ont été prises par la section scientifique pourraient servir de point de repère en matière de tarification. Or il n'y a eu aucune suite à ces recommandations de la section scientifique et nous ignorons comment elles sont répercutées par les compagnies d'assurance. La convention n'a pas permis la transparence sur la tarification. Nous ne disposons pas aujourd'hui de point de repère. »*

Gérard de la MARTINIÈRE, président de la FFSA, indique : *« je n'ai pas le sentiment qu'on a fait le maximum pour collecter, confronter et analyser de concert les données permettant de fixer les limites de l'assurabilité. La section scientifique n'a pas apporté tout ce qu'on aurait pu en attendre. Il y a des progrès à faire en travaillant de façon précise, pathologie par pathologie. »*

Pour la FFSA, ce dispositif : *« est améliorable si on peut l'inscrire dans une démarche progressive de centralisation d'éléments de recherche et d'analyse des données de morbidité. C'est le domaine qui a été le moins bien couvert. On n'a pas pu ou pas voulu mettre en place un dispositif d'analyse des données. »*

2.2.3.2. Les tarifs sont-ils arbitraires ?

L'hétérogénéité des tarifs rencontrés pour une même pathologie entretient, dans les associations, un sentiment d'arbitraire dans l'évaluation du sur-risque médical ainsi que dans sa tarification.

Pour la FFSA : *« le point de départ de la convention Belorgey, c'était d'être capable d'offrir une offre d'assurance au plus grand nombre mais pas à « bon marché ». Chaque réassureur a ses propres tables d'analyse des risques et de tarification. Quelle que soit la conviction qu'affiche chacun, il n'est pas forcément détenteur d'une vérité unique. »*

Pour la CNP également, la diversité de l'appréciation et de la tarification d'un risque médical est inhérente au métier d'assureur : *« Chaque compagnie détermine sa politique d'acceptation des risques à partir de données accessibles à tous. Ensuite, il y a une manière d'analyser les données ainsi que des positionnements commerciaux et tarifaires différents selon les assureurs. Mais l'assurance travaille sur les grands nombres, dont les lois ne sont pas nécessairement significatives pour les cas particuliers. Pour nous, il est important de se tenir au courant de l'évolution des pratiques et de surveiller ce qui se passe afin d'en tirer les conséquences. Pour ce faire à la CNP, l'équipe médicale est constituée de 3 médecins temps plein, 2 médecins à temps partiel et 2 autres médecins temps plein qui vont chez nos partenaires ainsi que des vacataires. La CNP dispose aussi de compétences en épidémiologie et en bio-statistiques qui lui permettent de suivre et analyser les données récoltées. »*

Pour Gilles BENOIST : *« Il n'y a pas de tarification à la « tête du client » : c'est un process relativement industriel, qui permet de tarifier un risque. Chaque année nous examinons 5000 à 6000 dossiers de personnes ayant une pathologie cancéreuse. »*. Pour la docteur REVERBERI, médecin conseil national à la CNP : *Il est important pour nous d'avoir du recul. En ce qui concerne le cancer, l'augmentation de l'assurabilité a eu lieu, notamment, sur la base de l'Enquête Permanente Cancer dans les années 80 et 90.*

Jean-Pierre BONGARD, directeur pour la France de SWISS RE Health and Life, définit le métier de réassureur : *« Nous travaillons à partir d'études des données statistiques. Nous établissons des critères d'évaluation à partir d'études comparatives de mortalité entre la population générale et les cohortes de malades atteints de l'affection étudiée. Nous étudions tout particulièrement le ratio standardisé de mortalité et la mortalité relative. Notre objectif est de déterminer objectivement la surmortalité d'une population atteinte de la pathologie mentionnée, en comptabilisant le nombre de décès observés par rapport au nombre de décès attendu dans la population de référence. En comparant les deux courbes de survie nous pouvons apprécier la réalité statistique de la notion de surmortalité. Et nous sommes particulièrement soucieux de respecter cette réalité.*

Globalement dans notre pratique quotidienne sur l'ensemble de tous les risques médicaux qui nous sont soumis le taux de refus avoisine 1 % des souscripteurs ; 95 % sont acceptés au tarif normal et 4 % reçoivent la couverture moyennant une surprime.

Cette minorité de proposants présentant un risque de décès augmenté est classé par groupes. Ces groupes ou classes ne regroupent pas des assurés souffrant d'une même maladie mais rassemblent ceux dont la mortalité probable est la même.

Nous avons la volonté d'actualiser de manière permanent nos directives. SWISS RE a son propre manuel de tarification remis fréquemment à jour. L'avant dernier manuel : Global Underwriting Manuel était le premier à portée internationale qui édictait des directives pour tous les risques, non seulement médicaux mais aussi sportif, séjour, professionnel. A ce jour, le nouveau manuel, Life Guide évalue toujours ces quatre risques et fournit des directives pour les couvertures décès, invalidité et maladies graves.

Les directives qui en émanent sont basées sur le principe de l'Evidence Based Rating établi à partir de méta –analyses et d'études de cohorte.

Nous détenons des équipes d'actuaire et de médecins internationaux qui travaillent sur les différents thèmes (pathologie par pathologie). Ces équipes collectent les études les plus récentes en vue de réviser les directives. Nous sommes très intéressés de toujours travailler avec les dernières données réactualisées. Mais le fait de devoir étudier les études publiées nécessite de toujours respecter un certain délai d'observation. Une compagnie d'assurance directe ne peut développer de tels moyens à ses seules fins.

Notre manuel est réservé à l'usage de nos clients ; il est le résultat du travail de nos équipes, dont nous sommes fiers et c'est un privilège que nous

réserveons à nos clients pour qu'ils en tirent un avantage en terme de compétitivité.

Toutes les compagnies qui ont passé des accords de réassurance avec nous ont accès à ce manuel électronique. Mais la tarification de chaque dossier correspond toujours à une approche individualisée, après avis du médecin-conseil pour l'étude de la partie médicale.

2.2.3.3. Le cas particulier du VIH

Pour AIDES, les progrès thérapeutiques ne se sont pas traduits par un accès plus facile à l'assurance : « Si on fait le bilan de l'accès au crédit pour les séropositifs, on constate que très peu de cas ont abouti et que le montant des surprimes est très important : de l'ordre de 1000%, pour le risque décès, alors que le taux de décès a chuté de 90%. Les emprunteurs sont, de ce fait, confrontés au problème du taux de l'usure. Pourquoi les progrès thérapeutiques ne se sont-ils pas traduits dans les faits ? S'agit-il d'un effet retard dû aux caractéristiques du métier d'actuaire ou d'une volonté ? Les personnes séropositives ne demandent pas un statut d'exception, mais la normalité. »

Gilles BENOIST considère que, y compris s'agissant du VIH, il y a eu des progrès en matière d'assurabilité : « L'assurabilité des séropositifs a évolué depuis 5, 6 ans avec l'impact des nouvelles thérapies et la certitude que le progrès est pérenne. Néanmoins, quand on s'engage à assurer un prêt sur 15 ans, il y a forcément un effet retard dans la prise en compte de ces progrès. Dans le cadre de notre comité scientifique, nous échangeons sur ce sujet et nous cherchons à apprécier le risque au plus juste. »

2.2.4 Certaines opérations échouent pour des raisons concrètes

2.2.4.1. Difficulté à utiliser des garanties alternatives : les français sont-ils sur-assurés ?

Pour François LEMASSON, président de l'association des sociétés financières : "C'est une habitude française de demander une assurance sur les prêts. Cette habitude tend d'ailleurs à remise en cause sur les crédits courts. Mais sur les crédits immobiliers qui sont de plus en plus longs, l'analyse de risque faite par les établissements fait qu'on ne peut pas se passer d'une assurance. Au Crédit Foncier de France, que j'ai dirigé, l'assurance faisait partie des règles d'acceptation pour les crédits de plus de 15 ans. S'agissant de la garantie hypothécaire, les mécanismes de récupération sont d'une efficacité et d'une fiabilité relative et, si on prend le cas des malades, on imagine mal que cette garantie hypothécaire puisse jouer (expulsion d'une personne grabataire de son logement?).."

Pour SWISS RE, toutes les solutions possibles ne sont pas mobilisées :

Les limites de la convention résident dans le niveau d'exigence qu'ont les banques par rapport à leurs clients en matière de couverture décès. Par ailleurs dans certains cas il serait possible d'utiliser des couvertures préexistantes à l'emprunt aux fins de couverture du crédit (avec changement

de bénéficiaire) même si celles-ci ne sont pas parfaitement calquées sur l'opération en question. Cette possibilité n'est que trop rarement exploitée

2.2.4.2. Difficulté à s'inscrire dans le droit commun qui régit les prêts immobiliers (délais, taux de l'usure ...)

Les associations soulignent le fait que des projets d'emprunt échouent faute d'avoir obtenu une assurance dans le délai prévu par la promesse d'achat.

Pour la fédération bancaire française : « *Les délais sont liés à la procédure, elle-même, rendue plus longue par les examens multiples, notamment le délai d'examen par le médecin conseil. On ne peut pas faire grand chose. Toutefois, la FBF est ouverte à regarder comment améliorer les délais de traitement des dossiers.* »

La CNP indique qu'elle a eu un problème ponctuel de délais de traitement des dossiers : " *Au moment de la montée en charge de la convention, nous avons pendant une période été submergés par la mise en place du deuxième niveau, puis les dossiers sont rentrés dans l'ordre. Nous nous engageons contractuellement vis-à-vis des banques à traiter 90% des demandes sous 15 jours. S'agissant des risques aggravés, le délai est de l'ordre de deux mois à deux mois et demi, en tenant compte du temps nécessaire à la constitution du dossier et à une éventuelle visite médicale. C'est un délai qui est sensiblement inférieur au délai d'établissement de l'acte de vente. Les 10% de dossiers pour lesquels les délais sont supérieurs à 15 jours sont des dossiers dans lesquels le demandeur ne fournit pas d'emblée l'ensemble des pièces nécessaires au service médical. Le délai de traitement du 3^{ème} niveau est, quant à lui, inférieur à la semaine.*"

2.3. Propositions des acteurs de la convention

2.3.1 Améliorer l'information

2.3.1.1. Evaluer l'impact de la convention

Il y a un accord clair entre l'ensemble des parties sur la nécessité, dans l'avenir, d'évaluer l'impact de la convention Belorgey.

Ainsi, pour le CISS : « *Une enquête objective, en réel, sur les difficultés rencontrées par les personnes à risques de santé aggravés est nécessaire notamment pour tenter de mesurer des phénomènes tels que l'autocensure.* »

La FFSA indique : « *Il faut qu'on fasse un travail important de traçage (on a les plus grandes difficultés à réunir les éléments). Il y a un besoin tout à fait important d'information. Il faut y associer les banquiers : c'est une mécanique relativement compliquée qu'il faut qu'on documente un peu mieux.[...]. Cela dépend des contrats passés entre les assureurs et les banques mais cela ne devrait pas entraver l'évaluation statistique.* »

Jean-Michel BELORGEY explique : « *Il faut que les associations comprennent que plus on joue la banalisation moins on peut faire de statistiques : il faudrait disposer des chiffres des 2^{ème} et 3^{ème} niveaux*

d'assurance, d'éléments de repérages statistiques sans prise en compte de données individuelles. »

Ariane OBOLENSKY, Directrice générale de la fédération bancaire française, partage ce constat : *« A cause du choix de la confidentialité qui a été retenu lors de l'élaboration de la convention Belorgey, on a du mal à cerner le chiffre des refus, car les clients des banques susceptibles de bénéficier de la Convention ne peuvent être identifiés comme tels. [...] Je pense que la population concernée est assez faible.[...] La FBF est ouverte à regarder quelle est l'ampleur du phénomène, et quelles sont les solutions concevables en fonction du nombre de cas. »*

La CNP est également ouverte à un tel suivi : *« Pourquoi pas au sein de la fédération. Il faut que le rythme ne soit pas trop rapide (trimestriel c'est très court). Il est intéressant pour l'ensemble du marché de savoir ce qui se passe aux niveaux I, II et III. »*

Il y a donc accord de l'ensemble des parties sur la nécessité de mieux évaluer l'impact de la convention.

2.3.1.2. Mieux informer sur la convention : créer un circuit spécialisé ?

Pour la fédération bancaire française : *« Il faut mettre en place certains mécanismes d'information, sur le modèle de la lutte contre l'exclusion bancaire. Il est donc indispensable à nos yeux de porter les informations là où passent les gens concernés (hôpitaux, centres de traitement, médecins, assistantes sociales...). C'est pourquoi la FBF demande un accompagnement des pouvoirs publics pour sensibiliser certains milieux que les banquiers ne peuvent pas toucher directement. La FBF est prête à travailler avec des associations, comme cela a été le cas avec la Ligue contre le cancer. »*

Jean LAURENT, directeur du crédit agricole, a explicité la difficulté de l'information pour les conseillers clientèles du réseau du Crédit Agricole et propose de désigner un référent pour répondre au besoin d'information et de conseil : *« Il faut regarder si on peut améliorer les choses, peut être en développant des systèmes d'assistance, sous forme de numéro vert par exemple. Avec 1000 dossiers par an au niveau 3, cela fait en moyenne 5 dossiers par an dans une agence. Ce qui est peu. Il faut sans doute désigner un interlocuteur « Belorgey » pour avoir un traitement différencié de ces dossiers et apporter aux candidats emprunteurs l'attention humaine qu'ils méritent. [...]. Il faut donner plus de support aux gens qui sont confrontés à ce type de problème une fois dans leur vie, qu'il s'agisse des emprunteurs ou des conseillers clientèles des banques.»*

Martine GAUD, vice-présidente de la Ligue contre le cancer, interrogée sur un éventuel circuit spécifique, explique : *« En tant qu'ancienne malade, je n'ai pas envie d'être stigmatisée. Néanmoins, un circuit spécifique pourrait être plus rapide et plus pratique. Pour ces deux raisons la Ligue serait prête à faire le deuil de l'objection. Néanmoins, pour qu'un dispositif, quel qu'il soit, soit utile, il est nécessaire d'en faire la promotion. Ce dispositif aurait pour défaut de marginaliser les personnes à risque aggravé de santé, et risquerait d'offrir aux banques la possibilité de se défaire à bas prix alors*

que la majorité des dossiers peut être traitée dans le commun. Est-ce que l'apport serait assez important pour prendre le risque de marginaliser ? »

Il s'agit là d'un sujet majeur sur lequel il faut construire un projet réaliste et efficace.

2.3.2 Améliorer la convention

2.3.2.1. Délégations d'assurances

Georges DURRY et Patrick de MALHERBE indiquent qu'ils ont constaté, lors de l'activité de la section de médiation, qu'il est parfois difficile pour les emprunteurs de faire accepter par leur banque une autre assurance que celle avec laquelle la banque a un contrat groupe : *« On trouve des personnes qui réussissent, par leurs propres moyens, à trouver une assurance comparable à celle de la banque et à un coût moindre. Mais les banquiers sont souvent très réticents à accepter cette assurance (assurance trouvée via des courtiers auprès d'assureurs spécialisés dans les risques aggravés). [...] Sur le plan juridique, on est dans le flou. Le banquier n'est pas obligé de motiver un refus de prêt. De plus, le code de la consommation fait une exception à la vente liée entre le crédit et l'assurance. »*

Il serait sans doute utile d'être plus précis sur ce point dans la convention ou, à défaut, dans les textes.

2.3.2.2. Délais

La section de médiation est peu saisie de problèmes de délais. Selon Georges DURRY : *« Les gens ont une vision très pratique des choses : ils saisissent la section de médiation pour des cas où ils ont l'espoir d'aboutir. Il y a beaucoup de cas où les gens se rendent compte qu'ils n'auront pas d'assurance dans le délai de la promesse d'achat. Il y a sûrement des cas où, en raison du refus d'assurance, les arrhes sont perdues. Il faudrait informer davantage le public en la matière.»*

Interrogée sur la question de savoir s'il serait possible d'introduire une clause de délais dans la convention, la FFSA se montre assez ouverte : *« Ce n'est pas du tout déraisonnable dès lors qu'on est dans un dispositif qui tient compte de la réalité des choses. »*

2.3.2.3. La définition du taux de l'usure

La définition du taux de l'usure peut constituer un élément de blocage pour les emprunteurs à risques très aggravés.

Pour la fédération bancaire française, il faut changer les habitudes françaises en matière de crédit : *« Compte tenu du vieillissement de la population et des progrès de la science, il faudra qu'il y ait des gens qui acceptent de payer plus cher leur crédit parce qu'ils représentent objectivement un risque plus important. Le coût du crédit sera plus variable en fonction des cas particuliers. Il faut privilégier l'accès à un crédit plus cher permettant un meilleur accès au crédit, plutôt qu'un crédit à taux bas générant de*

l'exclusion du crédit. Ce n'est pas l'habitude française. En la matière, le taux de l'usure constitue un obstacle qu'il faut régler. »

L'association des sociétés financières indique, quant à elle : *« Nous faisons simplement le constat que la réglementation de l'usure étant ce qu'elle est, dans un certain nombre de cas, elle interdit le recours à des prêts. On pourrait imaginer des exceptions, mais c'est un sujet très symbolique dont la justification de la modification n'est pas facile à expliquer. »*

Bernard VORMS, directeur de l'Agence Nationale d'Information sur le Logement (A.N.I.L.), va plus loin : *« Il faut sans doute revoir la définition du TEG. »*

2.3.2.4. Garanties alternatives et prêts hypothécaires

Bernard VORMS plaide pour le développement du crédit hypothécaire en France : *« Pour moi, la question des risques aggravés est à replacer dans un problème plus général d'accès au crédit : ce qui est très paradoxal et spécifiquement français, c'est que le problème de l'accès au crédit est traité comme un problème d'accès à l'assurance.[...] La logique du crédit hypothécaire est tout à fait autre. Pour une personne qui n'emprunte pas un pourcentage trop fort de la valeur du gage, il n'y a pas d'impossibilité absolue d'accès au crédit, alors qu'en France l'accès à l'assurance décès incapacité est la première condition de l'accès au crédit. [...] Pourquoi ne pas avoir une approche plus hypothécaire pour les personnes qui n'ont pas accès au prêt personnel ? En premier lieu, les systèmes de garanties publiques sont modelés sur une approche personnelle du crédit. En deuxième lieu, une approche hypothécaire implique la possibilité de saisie du bien et, en France, le risque de réputation de l'établissement bancaire l'emporte sur toute autre considération. S'agissant des risques non assurables, je suis surpris qu'on aborde le sujet en recherchant une solution d'assurance au lieu de se tourner vers le crédit hypothécaire.[...] Pour les personnes qui ont des risques très aggravés, il faut soit qu'ils renoncent à l'achat, soit qu'ils envisagent cet achat comme une opération financière. [...] Il faudrait que cette approche soit contractuelle.[...] Est-il préférable pour un emprunteur non assurable de supporter le risque de laisser à ses héritiers un logement grevé d'une dette hypothécaire ou de se voir refuser un crédit ? Il faut également faire un travail juridique sur l'hypothèque et sur la façon de la rendre plus facilement exécutoire. »*

Interrogé sur la pertinence de proposer, dans certains cas, des prêts sans assurance, Christian SAOUT, Président d' AIDES, indique : *« Il n'y a pas de raison pour que notre pays soit une exception en la matière. Ce serait également un plus compte tenu des fausses déclarations. De fait, les situations de non-couverture des emprunts par l'assurance se présentent déjà. Il n'y a pas de solution univoque, c'est une palette d'outils qui va permettre de répondre à la demande globale. »*

La fédération bancaire française explique que le prêt sans assurance peut être proposé dans certains cas : *« Le risque de solvabilité est examiné par chaque banquier en fonction de ses propres critères d'analyse. Par exemple pour les dossiers des personnes âgées : on prête sans assurance, par exemple dans le*

cas de l'achat d'une résidence secondaire. Il y a par ailleurs des réflexions en cours sur des systèmes de mobilisation des actifs des personnes âgées. » Ariane OBOLENSKY précise : « Je suis persuadée que ça se fait déjà mais pour une clientèle avisée. Je suis prête à une sensibilisation au niveau de la profession. On peut et on doit faire en sorte que la population laissée de côté soit la plus réduite possible. On peut encore gagner du terrain mais il y aura toujours des personnes qui ne pourront bénéficier de ce type de techniques. »

Sur la question de savoir s'il était possible d'explorer la piste de prêts hypothécaires sans assurance, Jean LAURENT, Président du Crédit Agricole, explique : *« La France est certes une exception en la matière mais c'est une exception « heureuse ». On pourrait faire une exception pour les risques aggravés et ne pas rendre obligatoire l'assurance. Mais il faut bien réfléchir à ce que cela signifie en cas de sinistre. Si on prend l'exemple du système anglais, la maison est perçue d'emblée comme n'appartenant pas aux acquéreurs tant que le prêt n'est pas intégralement remboursé. Cette question rejoint des idées sur lesquelles on réfléchit. Il y a peut être une piste à explorer. Il faut l'étudier à titre d'exception, dans le cadre d'une procédure travaillée, en tenant compte de la situation de famille. Il ne faut pas que cela pose plus de problèmes que cela n'en résout. Il y a une réflexion à ouvrir avec prudence. »*

Questionnée sur le même sujet, la FFSA explique que ce système est globalement favorable aux emprunteurs : *« C'est effectivement une spécificité très française : on observe une plus grande diversité dans la fourniture des garanties à l'étranger. On peut le regretter mais c'est quand même un dispositif qui a permis de développer de façon efficace l'accès au crédit à long terme (les autres garanties sont possibles mais plus coûteuses).[...]*

Il semble, sur ce sujet complexe, y avoir accord pour essayer de proposer des nouvelles solutions, adaptées à la situation personnelle, des personnes à risques aggravés.

2.3.2.5. Augmenter les contraintes législatives et donner plus de moyens à la commission de suivi et de propositions

Pour Christian SAOUT, Président d'Aides : *« Il y a un déficit d'implication de l'Etat dans la convention. Il faudrait mettre quelques personnes autour de Jean-Michel BELORGEY et offrir des services (un délégué général ?). Ce mécanisme pourrait être cofinancé par l'Etat et les professionnels. »* Il indique également : *« La loi du 4 mars 2002 apparaît très insuffisante en termes de protection légale. Il faut mettre en place des contraintes législatives plus importantes. »*

Jean-Michel BELORGEY explique : *« Il est étrange que la loi porte seulement sur la confidentialité. Il faudrait élargir le socle législatif pour prévoir le recours au décret en cas d'échec de la convention. Un problème pourrait se poser à terme sur la couverture du risque invalidité.[...] On est dans des zones qui deviennent très difficiles si on ne s'adosse pas à la loi plus que sur le terrain de la seule confidentialité. Il ne s'agit pas de basculer*

sur un autre registre mais la loi pourrait obliger à négocier et renvoyer à la voie réglementaire en cas d'échec de la négociation. Cela existe dans d'autres domaines. Sur l'invalidité il y a des raideurs nouvelles et il ne faut pas qu'il y ait seulement obligation de négocier mais aussi obligation d'aboutir ».

2.3.3. Transparence sur l'évaluation du sur-risque dû à la maladie

2.3.3.1. Demande de transparence de la part des associations

AIDES pose la question de la création d'un bureau central de tarification en matière d'assurance emprunteur, tout en indiquant : «Peut être ne faut-il pas réguler les surprimes, mais être transparents. Il faut un pôle public qui fixe une doctrine de tarification, il faut être inventif en la matière et se poser également la question de savoir s'il faut avoir une doctrine publique sur la limite de ce qui est assurable. Nous ne demandons pas à ce qu'on assure les maisons qui brûlent. Pour AIDES et les autres associations de patients, cela n'est pas choquant qu'il y ait des situations inassurables. »

La Ligue contre le cancer : « constate une grande diversité dans la mesure du risque par les compagnies d'assurance.[...]Le travail des actuaires est insuffisant en matière sanitaire. L'expertise collective de l'INSERM sur le cancer permettra d'avancer en la matière. »

Le CISS souligne et déplore également l'hétérogénéité existant entre les services médicaux des assurances. Pour le CISS : « La liberté tarifaire devrait pouvoir être assortie d'une homogénéité de traitement des différentes pathologies. »

L'Association des paralysés de France considère : « Certains dispositifs prévus dans la convention pourraient être repris au niveau législatif. En tout état de cause une intervention législative devrait avoir pour objectif de permettre la plus grande transparence sur les critères retenus dans les décisions des refus d'assurance ou des surprimes. La situation des personnes doit faire l'objet d'un examen objectif et, en cas de refus ou de forte surprime, les éléments médicaux qui ont été de nature à motiver la décision doivent être communiqués. »

2.3.3.2. Créer un observatoire ?

Interrogée sur la création d'un observatoire de bonne envergure de confrontation et de médiation, qui soit doté d'une capacité de travail qui le rende crédible, la FFSA indique : « Il faut essayer de travailler de façon organisée et par capillarité, pathologie par pathologie en fonction de leur fréquence. Il faut prendre chacune des pathologies et s'assurer qu'on a bien mobilisé l'ensemble des connaissances. Il faut faire en sorte d'avoir une vision évolutive. L'objectif c'est d'essayer de diminuer l'intervalle de confiance à l'intérieur duquel va se faire l'analyse du risque. [...]Ce dont on a besoin c'est d'un mécanisme de confrontation entre les certitudes des services de tarification des assureurs et la « société civile ». Il faut trouver un lieu pour cette confrontation. C'était le rôle de la section scientifique et

cela a été commencé un peu (exemple de l'obésité). [...] Il y a deux types de société : celles où on fait confiance aux vertus du marché (et à la pression de la concurrence) et celles où on a besoin que l'Etat fasse la transparence (c'est le même problème en matière d'assurance automobile). Nous serons réticents envers toute démarche de contrôle du bien fondé et de la justification des critères de sélection et de tarification. On doit pouvoir s'engager dans une démarche dans laquelle on s'assure que toute l'information nécessaire à la tarification est bien traitée, acheminée et prise en compte... Nous aurions beaucoup de mal à participer à un mécanisme de « mise en accusation » des tarifs. [...] Nous sommes d'accord pour vérifier que toute l'information utile a bien été intégrée et pour identifier des champs possibles de mise à jour par l'assureur. Mais en retour, il y aura des explications fournies sur le fait que, face à certains aléas, il faut garder une marge de précaution. »

Pour Jean-Pierre BONGARD, SWISS RE : *« Il y a un sujet de communication : il faut que nous trouvions le moyen de communiquer vers le grand public, pour montrer que notre tarification ne s'effectue pas à la tête du client. »*

Gilles BENOIST, Président du directoire de la CNP, précise : *« Nous sommes d'accord pour échanger sur ce qui est assurable versus le risque non assurable mais la politique tarifaire ne se partage pas. C'est elle qui fait la rentabilité de nos contrats et qui nous différencie de nos concurrents. [...] Nous avons la réputation d'avoir un excellent réseau d'experts mais parfois même les experts se contredisent. C'est pourquoi nous sommes toujours intéressés d'échanger sur ces sujets compliqués. D'autant que plus le temps passe, plus les prêts sont longs et plus l'âge moyen des emprunteurs augmente. Cela ne nous dérange pas d'avancer en matière de transparence en ce qui concerne les limites de l'assurabilité. Nous sommes d'accord pour introduire de la transparence en matière d'espérance de survie mais pas sur la politique tarifaire. »*

Pour Jean-Michel BELORGEY, l'objectif est clair : *« Il y a vraisemblablement une insuffisance du côté de la section scientifique : il nous faudrait disposer de fiches expliquant à partir de cas moyens ou de cas types le pronostic en matière de morbidité et d'invalidité, par exemple pour les grandes catégories de cancers, et mettre en face de l'évolution du pronostic l'évolution des tarifs. Cela permettra à ceux des assureurs qui sont les plus passifs en la matière de progresser. Il faut que nous ayons ces données de base, ne serait-ce que pour apaiser les associations. En effet, la politisation de ce sujet rend les associations contre performantes dans leurs relations avec les assureurs car leurs leaders ont besoin de trop de résultats tangibles. Obtenir ces fiches suppose la compréhension des enjeux et la fin de la peur du secret. »*

2.3.4 Il faut progresser en matière de couverture invalidité, même si en la matière les prêteurs ne sauraient exiger les mêmes garanties que pour les personnes sans soucis de santé

Pour Jean-Michel BELORGEY : « *L'invalidité constitue le nœud du problème [...] Il faut faire une avancée sur l'invalidité quand elle est exigée par les banques (ou sur l'invalidité lourde en générale) [...] L'invalidité est un sujet insoluble si on en fait bloc. »*

La FFSA indique que sa position est très réservée sur le risque invalidité : « *C'est un risque difficile à contenir dans une probabilité de type statistique. Les garanties sont offertes dans les contrats standards. Mais, si on est dans la problématique des risques aggravés, la probabilité qu'on bascule en invalidité est à la fois très forte et difficile à cadrer. L'extension du dispositif à la PTIA¹³ est une piste qui pourrait être creusée. »*

Pour Gilles BENOIST : « *Dans le principe de la convention, les banquiers se sont engagés à ne pas se servir de la garantie invalidité comme d'un élément bloquant. Au niveau 3, la probabilité d'invalidité devient telle que l'aléa n'existe plus. Les primes pour couvrir l'invalidité seraient très importantes et dépasseraient fortement le taux de l'usure. Or aujourd'hui plus des deux tiers des propositions d'assurance faites au niveau 3 n'ont pas de suite. [...] Il faut néanmoins prêter attention au fait qu'il est difficile pour un prêteur de se lancer dans une opération de prêt avec la quasi-certitude de devoir activer les sûretés. Cela a un coût et puis la situation est difficile à gérer lorsque survient une invalidité pour laquelle l'emprunteur n'est pas assuré. Cela pose un problème d'image aux banques. »*

Il précise : « *Il y a de manière globale en France un risque de dérive sur la garantie invalidité et incapacité de travail, dérive que nous avons constaté en ce qui concerne les collectivités locales (contrat de prévoyance à destination de la fonction publique territoriale). Il y a les entreprises dans lesquelles on utilise l'invalidité comme substitut à la préretraite. Par le passé, il n'y avait que des exemples anecdotiques. Aujourd'hui nous sommes dans une situation d'aléa moral sur cette garantie. On constate, par exemple, une corrélation entre le nombre de personnes en invalidité et la densité médicale. »* L'invalidité constitue un risque moins bien connu que le risque décès : « *Nous sommes entrain d'étudier le problème de l'invalidité, mais les données sont peu nombreuses : il y a moins d'études épidémiologiques que sur le décès. »*

Patrick de MALHERBE souligne le coût d'une assurance invalidité pour les emprunteurs : « *L'assurance décès est déjà très coûteuse. Si on rajoute l'assurance invalidité, cela risque d'être trop cher. Pour une personne avec une surprime décès de 200 à 300 %, si l'on ajoute l'invalidité, le coût de l'assurance pourrait égaler le coût du crédit en intérêts.[...] Une situation dans laquelle les banquiers se satisfont de l'assurance décès est plutôt positive si la question qui se pose est celle de l'accès à l'emprunt. [...] Si on va vers l'assurance invalidité, on risque de limiter en pratique l'accès à l'emprunt. N'exiger que l'assurance décès est un point d'équilibre pas si mauvais si la question posée est celle de l'accès à l'emprunt.[...] Si la question est celle de la protection de l'emprunteur, on est très rapidement en butte à de grandes difficultés d'application dues au coût de l'assurance invalidité Certes, il serait possible d'accorder des garanties invalidité*

¹³ Perte totale et irréversible d'autonomie

restreintes (par exemple l'invalidité accidentelle et l'invalidité qui ne résulte pas de l'état de santé antérieur à l'emprunt). Mais ce ne serait alors qu'une avancée limitée ».

Pour Gilles BENOIST, il serait envisageable de proposer une garantie invalidité restreinte au troisième niveau : *« Au 1^{er} niveau, l'invalidité est systématiquement couverte. Au 2^{ème} niveau, quand c'est possible, nous avons une couverture invalidité. Au 3^{ème} niveau, on pourrait éventuellement ajouter la garantie perte totale et irréversible d'autonomie. Dans l'hypothèse d'un élargissement du 3^{ème} niveau à la PTIA, on peut s'interroger sur la question de savoir s'il faut envisager un processus de mutualisation pour écrêter les surprimes. Si on veut raisonner en restant dans ce qui est assurable, c'est à la profession de mettre en place un tel mécanisme. Si on veut aller au-delà, c'est à la solidarité nationale d'intervenir mais ça paraît très difficile. »*

2.3.5. Les professionnels de la banque et de l'assurance semblent prêts à mettre en place un mécanisme de solidarité pour faire face aux surprimes, qui pourrait répondre à la demande des associations

2.3.5.1. La question du fonds destiné à aider les malades à faire face aux surprimes recueille un écho favorable des associations.

Christian SAOUT explique : *« Un certain nombre de surprimes sont décourageantes et empêchent l'accès au crédit immobilier. L'idée, c'est de compenser la maladie pour remettre les personnes malades à parité avec les biens portants. Puisqu'on reconnaît au marché le droit de discriminer sur le critère de l'état de santé, la solidarité nationale pourrait intervenir en finançant une partie des surprimes. Un fonds de garantie relève de la discrimination positive, liée à l'autorisation de discrimination des risques sur le critère de l'état de santé. Il pourrait prendre en charge tout ou partie des surprimes. Il doit surtout éviter la flambée des surprimes des compagnies d'assurance. Il ne doit pas intervenir pour tout, mais en fonction d'un certain nombre de critères tels que la nature du bien ou le niveau des ressources de la personne. »*

Pour le CISS : *« Il s'agit d'aider les personnes malades ou handicapées assurables à mener à bien leur projet de vie. Les personnes à risque de santé peu aggravés devraient pouvoir entrer dans l'assurance groupe. Pour ceux dont le risque est plus important, l'Etat doit intervenir au travers d'un fonds de garantie au profit de cette population difficile à intégrer par le marché.[...] (Le CISS) pose la question de savoir si un fonds de garantie ne pourrait pas également jouer un rôle pour les personnes qui ont des revenus sociaux insaisissables et qui n'ont pas aujourd'hui accès à l'emprunt. »*

Jean-Michel BELORGEY : *« Il faut trouver le moyen de faire un fonds de garantie qui coûterait peu cher et qui aurait pour objet de prendre en charge les surprimes des emprunteurs à la fois pauvres et malades. Il faut prêter attention à ne pas faire plus pour les personnes qui sont pauvres et malades que pour celles qui sont « seulement » pauvres. [...] L'avantage collectif est très difficile à chiffrer. Il s'agit d'une démarche éthique. »*

2.3.5.2. Les professionnels de la banque et de l'assurance proposent une mutualisation des surprimes les plus importantes.

Georges DURRY explique que la notion de fonds de garantie ne lui paraît pas appropriée en la matière : *« Peut-on aller plus loin notamment quand la surprime représente une somme trop importante ? Faut-il aider à y faire face : Il faut examiner la question sans a priori. La création d'un fonds de garantie est envisagée à cette fin, mais l'expression « fonds de garantie » laisse perplexe : en termes d'assurance, des fonds de garantie sont instaurés pour indemniser des victimes ; ici, c'est une toute autre problématique et la question est de savoir si la solidarité nationale a sa place devant des risques qui peuvent être inassurables. [...] C'est un problème qu'on rencontre pour toutes les assurances. Il est généralement admis que ceux qui ont un risque plus important supportent une surprime.*

On peut essayer de faire en sorte d'étaler une partie des surprimes sur l'ensemble des risques. C'est cependant plus difficile en assurance emprunteur où le réassureur doit généralement équilibrer son résultat sur les seuls risques aggravés (ne réassurant pas les autres). »

Gérard de la MARTINIÈRE, Président de la FFSA, est hostile à un fonds de garantie: *« La technologie d'un fonds de garantie est inadaptée à la prise en compte d'un risque avéré ex ante. Il y a plusieurs types de réflexion : un schéma d'aide publique à l'acquisition nous paraît un peu compliqué pour le point d'application qui est statistiquement limité. [...] Il me semble que la priorité d'une action collective doit plutôt être à destination des personnes qui sont dans la phase de construction de leur vie active. C'est dans ce sens-là que nous pensons que c'est un relativement faible nombre de cas (il y a probablement matière pour la collectivité à essayer d'envisager des situations de mutualisation élargie). [...] Ce n'est pas conforme à l'intérêt collectif de se heurter à un rejet du système lié à des cas marginaux. [...] Il faut que ce soit compatible avec les conditions économiques générales. Mais on préférerait cela à un mécanisme qui nous serait imposé de l'extérieur via une taxe. »*

Jean LAURENT, directeur du Crédit agricole, indique : *« C'est très difficile : on a réglé les problèmes du risque standard et du deuxième niveau. Reste aujourd'hui la question du troisième niveau, où les tarifs individuels sont très importants. Que cherche-t-on à faire ? Si on veut donner un droit à l'assurance pour tout le monde, on ouvre la porte à beaucoup d'abus en raison d'un effet d'aubaine important, celui de prendre en charge le financement de l'acquisition d'un bien par une personne sachant qu'elle va mourir. [...] Je suis méfiant quant à la notion de fond de garantie. Si on essaie de pousser plus loin la mutualisation, c'est aux professionnels qui sont sur le marché de s'en charger. »*

Interrogé sur l'éventualité d'une mutualisation organisée par les professionnels, Jean-Michel BELORGEY indique : *« Ce qu'il faut c'est arriver à quelque chose d'une manière ou d'une autre. »*

2.3.5.3. Cas particulier du prêt professionnel

La Ligue contre le cancer souligne : « *Il y a un vrai problème pour les professions artisanales qui est de savoir comment on réinjecte un peu d'argent pour faire redémarrer l'entreprise. Il faut aider les anciens malades à recommencer à travailler. Les prêts professionnels constituent une priorité pour la ligue.* »

III. Une nouvelle étape majeure : l'entrée en vigueur le 6 janvier 2007 de la convention AERAS « s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé »

Une nouvelle convention a été conclue le 6 juillet 2006 au terme d'une négociation débutée au printemps 2006. Les principales stipulations de la convention s'articulent autour de quatre axes : faire connaître et renforcer la diffusion de l'information concernant le dispositif conventionnel ; repousser les frontières de l'assurabilité en renforçant l'évaluation scientifique et en progressant en matière d'assurance invalidité ; construire de nouvelles solutions d'accompagnement ; créer un mécanisme de mutualisation. Ce faisant, la convention AERAS remédie aux insuffisances de la convention Belorgey et innove dans un certain nombre de domaines.

3.1. Remédier aux insuffisances de la convention Belorgey

3.1.1 Faire connaître la convention AERAS

3.1.1.1 Diffuser efficacement une information pertinente sur l'existence de la convention

Délivrer une information pertinente au moment où elle est utile, est à la fois important et complexe, sur un sujet qui mêle problèmes de santé et opération d'emprunt.

Les personnes présentant un risque de santé aggravé ne peuvent évidemment pas demander à bénéficier des possibilités offertes par la convention AERAS s'ils n'en connaissent pas l'existence. Le déficit d'information pourrait être un facteur expliquant le faible nombre de cas traités aux deuxième et troisième niveaux d'assurance si on rapporte ce nombre à celui des personnes malades potentiellement concernées

Les efforts faits en la matière par la fédération bancaire française (FBF), rédaction de plaquettes, d'affiches ainsi que mise en place d'un numéro vert, ont constitué une première étape qu'il est apparu nécessaire de consolider¹⁴.

C'est pourquoi, les parties signataires de la nouvelle Convention se sont engagées à mettre en place des moyens d'information efficaces (sites internet, plaquettes d'information, lignes téléphoniques dédiées) permettant au candidat à l'emprunt de mieux saisir les enjeux et les implications d'une démarche d'emprunt. Il a également été jugé indispensable de diversifier les canaux d'information pour toucher plus directement et plus tôt les personnes présentant un risque de santé aggravé par le biais des associations de malades, par des établissements de santé, ou par le biais de moyens de communication grand public.

Plusieurs actions de communication seront engagées dès le début 2007.

Les établissements de crédit participeront activement à la diffusion de cette information.

¹⁴ Cf. annexe 13

Dans le cadre de la nouvelle convention, les banques se sont engagées à mentionner systématiquement dans les documents de simulations de prêt remis au candidat à l'emprunt, l'existence de la convention.

L'Etat participera également pleinement à l'effort d'information du grand public grâce notamment à l'ouverture d'un site Internet dédié. L'Etat s'est également engagé à mobiliser les caisses d'assurance maladie des régimes obligatoires et les réseaux de soins à la diffusion de l'information sur l'existence de la convention. Enfin, une action de sensibilisation auprès des réseaux de professionnels de l'immobilier (notaires et agents immobiliers) sera engagée.

Les associations de malades signataires de la Convention participeront activement à la démarche d'information sur la Convention via notamment divers outils de communication (plaquettes d'information, affiches, plates-formes téléphoniques,..)

3.1.1.2. Désignation de « référents » dans les établissements de crédit.

Les conseillers clientèle des établissements financiers ont pu éprouver des difficultés pour informer convenablement sur le contenu de la convention Belorgey qui était mal connue, et qu'ils avaient rarement l'occasion de mettre en œuvre. En pratique, les candidats à l'emprunt reçoivent une proposition de prêt sans qu'eux-mêmes ni leur conseiller clientèle ne soient informés qu'ils ont pu bénéficier des 2^{ème} ou 3^{ème} niveaux d'assurance de la convention « Belorgey ». Les règles de confidentialité associée à la convention expliquent pour partie cette situation.

Pour répondre à ces difficultés, la convention AERAS prévoit de mettre en place, dans chaque réseau bancaire, des référents correctement formés pour informer les candidats à l'emprunt.

Il appartiendra bien évidemment à chaque établissement ou à chaque réseau bancaire de définir les modalités de fonctionnement les plus adaptées à son organisation.

3.1.2. Mieux respecter les procédures de confidentialité

Il est apparu nécessaire d'aller plus loin pour protéger la confidentialité des données médicales.

En conséquence, la convention AREAS stipule :

- que les établissements de crédits veillent à ce que le candidat à l'assurance, lorsqu'il est présent dans les locaux de l'agence bancaire, prenne seul connaissance des dispositions et questions figurant dans le questionnaire de santé. Il lui est proposé de remplir ce questionnaire soit sur place soit à son domicile ;
- si le client demande l'assistance du chargé de clientèle, ce dernier doit préalablement rappeler au candidat à l'emprunt des règles de confidentialité qui s'attache au renseignement du questionnaire médical.

3.1.3 Réduire les délais de traitement des demandes d'emprunt et permettre l'instruction en amont des demandes d'assurance.

La recherche d'assurance est en général considérée par le candidat à l'emprunt comme un point secondaire de l'opération, alors qu'il en est un élément essentiel surtout pour les personnes présentant un risque de santé aggravé. Les candidats à l'emprunt commencent généralement par choisir un bien immobilier, puis se tournent vers les établissements de crédit pour financer l'acquisition de ce bien (les banques conditionnent fréquemment l'ouverture d'un dossier à la signature d'un avant-projet) et en dernier lieu, adhèrent à une assurance.

Or, les délais de réponse de la part des assureurs ont pu conduire à l'échec d'opérations d'achat, avec dans certains cas l'impossibilité de recouvrer le dépôt de garantie versé lors de la signature de l'avant-contrat ou de la promesse de vente.

En même temps, la nécessité pour l'assureur, voire le réassureur, d'apprécier la réalité du risque pris, conduit souvent ces derniers à demander des examens médicaux complémentaires, ce qui se traduit par des délais d'instruction plus longs.

Pour anticiper autant que faire se peut les difficultés à venir et afin de permettre un examen le plus en amont possible des dossiers d'assurance des futurs emprunteurs, la convention AERAS prévoit que les candidats à l'emprunt peuvent demander par l'intermédiaire de leur banque un devis d'assurance, quand bien même une telle demande ne serait pas liée à la signature d'une promesse ou d'un compromis de vente d'un bien immobilier. Les candidats à l'emprunt disposeront également de la possibilité d'effectuer directement cette démarche auprès de l'assureur de leur choix.

En outre, la procédure de traitement des dossiers est enserrée dans des délais. La convention AERAS prévoit en effet que :

- la durée globale de traitement des dossiers de demande de prêts immobiliers par les établissements de crédit et les assureurs n'excède pas une durée maximum de 5 semaines à compter de la réception d'un dossier complet ;
- les assureurs s'engagent à ce qu'entre la réception de l'ensemble des pièces d'un dossier et la réponse formulée par l'assureur, y compris le cas échéant après intervention du 3^{ème} niveau, le délai écoulé n'excède pas 3 semaines ;
- les établissements de crédit s'engagent à prendre et à communiquer une décision au candidat à l'emprunt dans les 2 semaines suivant la transmission à l'établissement de crédit de l'acceptation par le client de la proposition d'assurance.

3.1.4. Développer les garanties alternatives

Un des axes forts de la convention Belorgey résidait dans le développement des garanties alternatives. Il est apparu que d'importantes marges de progrès subsistaient en la matière.

La délégation d'assurance constitue une alternative à l'assurance de groupe. La Convention AERAS prévoit à cet effet que ces délégations d'assurance seront acceptées par les établissements prêteurs dès lors qu'elles offrent le même niveau de sécurité pour l'emprunteur et l'établissement de crédit que l'assurance de groupe. La délégation d'assurance pourra ainsi être acceptée lorsque l'emprunteur ne peut bénéficier des garanties de l'assurance de groupe.

Au-delà, des garanties alternatives à l'assurance (portefeuille de valeurs mobilières, nantissement de contrats d'assurance vie, prise en compte de l'existence de contrats de prévoyance individuelle ou cautions) seront possibles.

3.1.5. Mise en place d'un mécanisme pérenne d'évaluation de la convention sur l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque de santé aggravé.

Il s'est avéré difficile, faute d'éléments concrets, de mesurer l'impact de la convention Belorgey sur l'accès au crédit des personnes à risques aggravés de santé. L'enquête qualitative menée, à la demande du ministère de la santé et des solidarités, par la Ligue contre le cancer et relayée par les autres associations du Collectif interassociatif sur la santé (CISS), donne des indications sur l'application de la convention et son vécu par les malades et anciens malades.

Parallèlement la fédération française des sociétés d'assurance a fourni des éléments statistiques sur l'application du dispositif Belorgey, en particulier s'agissant du recours aux trois niveaux d'assurance.

Ces évaluations ne sont pas apparues convergentes.

Pour l'avenir, il a été jugé nécessaire d'apporter une information objective sur l'application de la convention AERAS, en particulier s'agissant du nombre de personnes accédant aux 2^{ème} et 3^{ème} niveaux, du nombre de personnes bénéficiant d'une proposition d'assurance (en distinguant couverture décès et couverture invalidité) et sur la base d'enquêtes spécifiques sur la nature des pathologies couvertes et le montant des surprimes.

3.1.6. Renforcer la connaissance des pathologies pour améliorer l'évaluation des risques par les assureurs.

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. Cela permettra de garantir aux malades que les progrès médicaux sont pris en compte.

Faute de structure et de moyens, la section scientifique de la convention Belorgey n'a pu remplir cette mission. C'est pourquoi la convention AERAS met en place la Commission des études et des recherches disposant de moyens propres, capable d'obtenir l'appui des équipes de recherche ainsi que l'accès à l'ensemble des données scientifiques pertinentes.

Cette Commission des études et recherches, animée par le ministère de la santé et de la solidarité, comportera notamment des représentants de l'INSERM, de l'Institut National de Veille Sanitaire et d'autres organismes de recherche, de représentants d'associations, d'assureurs et de réassureurs et de personnalités qualifiées.

La Commission des études et recherches sera chargée de recueillir et d'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 fondés les refus de garantie. Elle engagera un programme de recherche en ce domaine, notamment sur l'invalidité associée aux principales pathologies en vue de fournir les éléments statistiques nécessaires à la tarification du risque.

La convention AERAS stipule expressément que les assureurs prendront en compte les conclusions des études produites.

3.2. Les innovations apportées par la convention AERAS

3.2.1. L'intégration du risque invalidité dans le champ de la convention

La convention Belorgey s'était concentrée sur la garantie décès. Or, la souscription d'une assurance invalidité, si elle est en théorie optionnelle, s'avère en pratique très souvent nécessaire à la conclusion d'une opération d'emprunt. Cette exigence des établissements prêteurs peut être source de blocage pour les personnes à risques aggravés.

Ceci explique que les associations de malades en ait fait une priorité dans la renégociation de la convention Belorgey.

La convention AERAS innove sur ce point en intégrant pleinement l'assurance invalidité dans le champ contractuel.

Lorsque l'assurance est possible, les assureurs se sont en effet engagés à proposer une assurance invalidité, dans le cas où celle-ci s'avérerait nécessaire à l'aboutissement de la demande de prêt, couvrant au minimum la couverture du risque de perte totale et irréversible d'autonomie ainsi qu'une couverture additionnelle d'invalidité dans des cas déterminés au contrat. Cette couverture conduira l'assureur, lors de la survenance d'un sinistre, à verser des prestations à ses assurés relevant alors de la 3ème catégorie d'invalidité au sens de la sécurité sociale ainsi qu'à environ un tiers des personnes relevant alors de la 2ème catégorie d'invalidité.

Cette intégration de l'assurance invalidité dans le champ de la convention permettra également de lui rendre applicable l'ensemble du dispositif : examen des dossiers invalidité aux trois niveaux d'assurance, médiation et dispositif de mutualisation.

La convention prévoit en outre de faire un bilan au 1^{er} juillet 2008 de l'application des engagements pris en matière d'assurance invalidité.

3.2.2 Le relèvement des seuils en termes d'âge et de montant des prêts contractés

La convention Belorgey prévoyait que dans certaines conditions (emprunteur âgé de 45 ans au plus, crédit ne dépassant pas 10 000 € et lié à l'achat d'un bien identifié, durée d'emprunt de 4 ans au maximum), un prêt à la consommation peut bénéficier d'une assurance décès sans questionnaire de santé.

Les critères d'éligibilité ont été élargis par la convention AERAS :

- pour les emprunts immobiliers et professionnels, il a été acté que la durée était déplafonnée dès lors que l'âge ne dépasse pas 70 ans et le montant de l'en-cours a été porté de 250.000 € à 300.000 € ;
- pour les crédits à la consommation exonérés de questionnaires de santé, l'âge est porté de 45 à 50 ans, et l'encours est porté de 10.000 € à 15.000 €.

3.2.3. La convention AERAS crée un « mécanisme de mutualisation », signal fort de solidarité en direction des personnes à revenu modeste présentant un risque aggravé de santé

La nouvelle convention instaure un mécanisme de mutualisation des primes d'assurance à l'initiative des assureurs et des établissements de crédit et sous conditions de ressources des emprunteurs afin de permettre un écrêtement des primes en faveur de personnes disposant de revenus modestes. Ce dispositif est réservé aux prêts immobiliers liés à l'acquisition d'une résidence principale et aux prêts professionnels.

Le seuil d'éligibilité à ce mécanisme dépend du revenu et du nombre de parts accordées au foyer fiscal du candidat à l'emprunt au terme de la législation en vigueur :

- revenu inférieur ou égal à 1 fois le plafond de la sécurité sociale lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 1 ou 2 ;
- revenu inférieur ou égal à 1,25 fois le plafond de la sécurité sociale lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 2,5 ;
- revenu inférieur ou égal à 1,5 fois le plafond de la sécurité sociale lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 3 et plus.

Dans les conditions d'éligibilité définies ci-dessus, la prime d'assurance ne peut représenter plus de 1,5 point dans le taux effectif global de l'emprunt.

Il sera périodiquement rendu compte du fonctionnement de ce mécanisme de mutualisation au sein de la Commission de suivi et de propositions.

3.2.4 Durée de validité de la proposition d'assurance

Dans le cadre de la convention AERAS, les entreprises d'assurance se sont engagées à ce que la proposition d'assurance faite à un candidat à l'emprunt,

qu'il s'agisse d'un contrat d'assurance de groupe ou d'un contrat individuel, reste valable 4 mois. Cette proposition d'assurance pourra également servir pour l'acquisition d'un bien immobilier différent de celui pour lequel la proposition initiale a été présentée pour autant que le montant de l'emprunt et sa durée ne soient pas supérieurs.

3.2.5 Motivation des refus d'assurance

Dans le cadre de la convention AERAS, les établissements de crédit s'engagent à motiver par écrit les refus de prêt qui aurait pour origine un problème d'assurabilité.

Les assureurs se sont engagés pour leur part à informer par courrier le candidat à l'emprunt de façon claire et explicite les décisions de l'assureur relatives au refus d'assurance, aux ajournements, aux exclusions de garantie et aux surprimes. Il sera indiqué à l'intéressé dans le même courrier la possibilité de prendre contact par courrier 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. L'existence et les coordonnées de la commission de médiation seront mentionnées.

Conclusion :

Grâce à l'engagement et à la participation active de tous les acteurs, la convention AERAS a pu être conclue rapidement. Elle entrera en vigueur le 6 janvier 2007. Les parties signataires forment l'espoir qu'elle aura un impact positif et rapide dans la vie quotidienne de centaines de milliers personnes potentiellement concernées.

Conformément au souhait du Président de la République, le Gouvernement a déposé un projet de loi à l'Assemblée Nationale pour donner une consécration législative à cette convention.

Pour assurer la pérennité des acquis de cette convention, le projet de loi prévoit qu'en cas de dénonciation, d'absence de renouvellement ou de non prorogation tous les trois ans de la convention, le pouvoir réglementaire pourra se substituer aux signataires et en déterminer le contenu.

Enfin, le projet de loi prévoit le principe d'une évaluation régulière de l'application de la convention, réalisée par le comité de suivi de la convention réunissant les différents signataires, sous la forme d'un rapport transmis au Gouvernement et au Parlement.