

*Bilan de l'application
de la convention AERAS
"s'assurer et emprunter
avec un risque aggravé de santé"*

Novembre 2009

Plan du rapport

I. Le fonctionnement de la convention AERAS

I.1 Les avancées de la convention AERAS

I.2 Les travaux des commissions

I.2.1 La commission de suivi et de propositions

I.2.2 La commission de médiation

I.2.3 La commission des études et recherches

I.3 La poursuite de l'effort d'information

I.4 Le bilan statistique 2008

I.4.1 Les demandes d'assurance présentant un risque aggravé de santé

I.4.2 Les propositions d'assurance en risques aggravés

I.4.3 La tarification des propositions d'assurance en risques aggravés

I.4.4 Le mécanisme d'écrêtement des surprimes d'assurance

I.4.5 Les délégations d'assurance

I.4.6 Les délais d'instruction des demandes d'assurance

I.4.7 La motivation des lettres de refus

I.4.8 L'adéquation entre les garanties demandées et proposées

I.4.9 Les prêts mis en place

II. Les préoccupations et difficultés relevées

II.1 L'information

II.2 La garantie invalidité

II.3 Le dispositif d'écrêtement des surprimes d'assurance

II.4 Les délégations d'assurance

II.5 Les garanties alternatives à l'assurance

II.6 La confidentialité des données et les questionnaires de santé

II.7 Les plafonds de montant et les plafonds d'âge

III. Les recommandations de la commission de suivi pour l'avenir de la convention AERAS

III.1 Il existe un consensus sur le besoin de développer l'information et de renforcer le rôle des commissions

III.2 Des divergences existent en revanche sur d'autres points d'amélioration envisagés

III.2.1 Les questionnaires de santé

III.2.2 La garantie invalidité

III.2.3 Le dispositif d'écrêtement des surprimes d'assurance

III.2.4 Les délégations d'assurance

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

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

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

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

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

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

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

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

La convention AERAS, s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé, représente la traduction la plus récente et la plus avancée de cet engagement collectif. Signée le 6 juillet 2006 par les fédérations professionnelles de la banque et de l'assurance, les associations représentant les malades et les consommateurs et l'Etat, la convention AERAS est en vigueur depuis le 6 janvier 2007 pour une durée initiale de trois ans. Elle est renouvelable par tacite reconduction.

L'application de cette convention a donné lieu à un premier rapport d'évaluation à mi-parcours conformément aux dispositions de la loi 2007-131 du 31 janvier 2007 relative à l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé - rapport établi par la commission de suivi et de propositions de la convention AERAS et transmis au Gouvernement et au Parlement en septembre 2008.

La loi 2007-131 a également prévu qu'un deuxième rapport soit réalisé par la commission de suivi trois mois avant la fin de la première période triennale de mise en œuvre de la convention. Le présent rapport répond à cette obligation. Il dresse le bilan de presque trois ans d'application de la convention et indique des voies d'amélioration en vue de son renouvellement.

La première partie du rapport est consacrée au fonctionnement de la convention, rappelant le contenu du dispositif conventionnel, le travail des trois commissions et commentant les données statistiques sur l'année 2008. *La deuxième partie* présente les préoccupations exprimées par les différentes parties ainsi que les difficultés indiquées notamment par les associations de malades et de consommateurs. *La troisième partie* présente les recommandations de la commission de suivi et de propositions pour l'avenir de la convention. Ce rapport est accompagné d'annexes statistiques et d'autres documents, qui ont permis sa réalisation.

I. Le fonctionnement de la convention AERAS

I.1 Les avancées de la convention AERAS

Les signataires de la convention AERAS ont souhaité, par ce dispositif conventionnel, faciliter le plus possible l'accès à l'assurance emprunteur et au crédit des personnes qui présentent un risque aggravé de santé. Pour parvenir à la réalisation de cet objectif, la convention AERAS a intégré plusieurs améliorations par rapport à la convention BELORGEY à laquelle elle a succédé, parmi lesquelles :

- un relèvement du montant des crédits, de 250 000 € à 300 000 € pour les crédits immobiliers et professionnels, et de 10 000 € à 15 000 € pour les crédits à la consommation ;
- un renforcement du respect de la confidentialité des données médicales concernant le futur emprunteur, avec des règles de procédure garantissant la confidentialité depuis le moment où les futurs emprunteurs remplissent leur questionnaire de santé jusqu'à la transmission de ces questionnaires au service médical de l'assurance ;
- un traitement des demandes d'assurance organisé à trois niveaux différents en fonction du risque, prévoyant un passage automatique au niveau supérieur en cas de refus au niveau considéré, afin de repousser les limites de l'assurabilité ;
- l'acceptation par les établissements de crédit des délégations d'assurance, dès lors que ces délégations apportent le même niveau de garantie que les contrats groupe qu'ils proposent ;
- la recherche par l'établissement de crédit et le futur emprunteur de garanties alternatives lorsque l'assurance emprunteur n'est pas possible.

La convention AERAS a également introduit de nouvelles dispositions importantes portant sur :

- la diffusion d'une information large du public concerné par l'ensemble des

signataires, afin de faire connaître le dispositif conventionnel ;

- l'entrée de la garantie incapacité-invalidité dans le champ de la convention, élargissant la couverture assurantielle des personnes présentant un risque aggravé de santé ;

- l'encadrement des durées d'instruction des demandes d'assurance (3 semaines) et de crédit immobilier (2 semaines) dès lors que le dossier est complet ;

- la possibilité pour les futurs emprunteurs d'obtenir des devis d'assurance ;

- la validité des propositions d'assurance fixée à 4 mois ;

- la création d'un mécanisme d'écrêtement des surprimes d'assurance, sous conditions de ressources, financé et géré par les professionnels, réservés aux prêts immobiliers liés à l'acquisition d'une résidence principale et aux prêts professionnels.

I.2 Les travaux des commissions

Les trois commissions prévues par la convention, commission de suivi et de propositions, commission de médiation et commission des études et recherches, ont poursuivi en 2008 et 2009 leurs travaux initiés en 2007 et ont engagé de nouveaux travaux.

I.2.1 La commission de suivi et de propositions

La commission de suivi a pour mission de veiller aux conditions d'application de la convention et de proposer des améliorations dans l'application du dispositif conventionnel. Elle procède par ailleurs à l'évaluation des engagements pris par les parties signataires. Elle s'est réunie à dix reprises entre janvier 2008 et octobre 2009.

Dans l'exercice de sa mission, la commission de suivi a traité de sujets variés. Elle s'est ainsi intéressée au fonctionnement du mécanisme d'écrêtement des surprimes d'assurance et a statué sur l'accès au dispositif en précisant que la condition d'âge plafond de 70 ans fixée par la convention pour l'accès au 3ème niveau d'assurance s'appliquait également à l'éligibilité

au dispositif. Elle a saisi la CNIL pour pouvoir disposer de statistiques globales par pathologie au 2^{ème} niveau d'assurance (demande toujours en cours). La commission a rédigé son rapport d'évaluation à mi-parcours sur l'application de la convention AERAS. A la suite de ce rapport, elle a étudié, avec l'appui de deux groupes de travail constitués en son sein, les moyens pour mettre en œuvre les mesures annoncées par la ministre de la santé et la ministre de l'économie concernant la mise en place d'une ligne téléphonique dédiée AERAS et celle d'un observatoire des risques. Elle a également étudié la mise en œuvre des autres recommandations du rapport à mi-parcours. Par ailleurs, elle a procédé à l'analyse des statistiques AERAS pour 2008. Enfin, à l'été 2009, la commission de suivi a engagé les travaux préparatoires à la rédaction du présent rapport.

1.2.2 La commission de médiation

La commission de médiation est chargée d'examiner les réclamations individuelles qui lui sont adressées par les candidats à l'emprunt. Elle intervient auprès des établissements de crédit et des entreprises d'assurance afin de favoriser un règlement amiable des litiges.

La commission s'est réunie à six reprises au cours de l'année 2008 et à quatre entre janvier et septembre 2009. En 2008, 335 médiations ont été réalisées, soit 37% de plus qu'en 2007. Sur ces 335 médiations, 139 ont donné lieu à une lettre d'information détaillée et 196 ont fait l'objet d'une médiation approfondie ayant abouti à donner satisfaction en tout ou partie aux intéressés dans 66% des cas (60% en 2007).

Au titre de 2009, la commission de médiation a reçu entre janvier et août 695 demandes de médiation, dont 164 recevables. A fin août, 687 dossiers étaient clôturés, dont 160 recevables.

Au-delà du règlement des litiges individuels, la commission a conduit des réflexions sur les conditions d'instruction des demandes par les assureurs et les établissements de crédit. Elle s'est intéressée notamment au défaut de notification de décisions d'assurance, à la durée effective de validité des propositions d'assurance, et à la conservation et l'utilisation des données relatives à des questionnaires de santé antérieurs. La commission de médiation a également encadré des procédures d'ajournement des demandes d'assurance qui ne

lui paraissaient pas respecter les termes de la convention. Elle a obtenu par ailleurs d'un grand établissement financier qu'il améliore les conditions de notification des décisions d'assurance. Enfin, la commission a proposé la mise en place d'un dispositif permettant de faire remonter au 3^{ème} niveau prévu par la convention les demandes de garantie invalidité des dossiers pour lesquels cette garantie est nécessaire à l'octroi du prêt.

Le rapport d'activité de la commission de médiation est joint en annexe.

1.2.3 La commission des études et recherches

La commission des études et recherches est chargée de recueillir et étudier les données disponibles sur la mortalité et la morbidité occasionnées par les principales pathologies, à partir desquelles sont déterminées les surprimes pour risques aggravés de santé ou sont fondés les refus de garantie. Elle engage un programme de recherche en ce domaine, notamment sur l'invalidité associée à ces pathologies, en vue de fournir les éléments statistiques nécessaires à l'amélioration de la tarification des assureurs.

Fin 2008, la commission a lancé son premier appel d'offres et sélectionné le cabinet CEMKA-EVAL pour la réalisation de fiches de synthèse à partir des études et des données disponibles pour estimer, à l'échéance de 10 ou 20 ans, les risques de mortalité, de morbidité et de retentissement sur l'activité des pathologies liées aux risques aggravés de santé, les principales caractéristiques des patients et des pathologies modifiant ces risques, et les effets prévisibles des progrès thérapeutiques les plus récents. Les trois premières pathologies traitées ont concerné le cancer du sein, le VIH et les risques cardio-vasculaires. Ces fiches ont été livrées entre mai 2009 et octobre 2009 et sont communiquées en annexe. Des fiches seront rédigées d'ici la fin du mois de novembre 2009 concernant le diabète et les lymphomes. D'autres fiches seront disponibles début 2010 sur le cancer du colon et la sclérose en plaques.

Par ailleurs, un comité de pilotage issu de la commission de suivi a travaillé au cours du premier semestre 2009 avec l'appui de la commission des études pour définir les objectifs et la méthodologie de l'observatoire des risques. Le comité a notamment fixé le nombre de

dossiers à dix par pathologie, qui devront être examinés pour une analyse indépendante par trois médecins spécialistes et trois médecins des assureurs. Les résultats doivent permettre de déterminer s'il existe un consensus sur les risques de décès et si possible sur les risques invalidité associés à ces pathologies ainsi que sur les facteurs de risque pris en compte pour estimer ces risques. Le fonctionnement de l'observatoire des risques nécessitera des moyens financiers, répartis sur la base d'un cofinancement Etat-assureurs.

L'analyse méthodologique sur la mise en place de l'observatoire des risques est jointe en annexe.

I.3 La poursuite de l'effort d'information

Les partenaires de la convention ont maintenu en 2008 et en 2009 leurs efforts d'information sur la convention AERAS, principalement via les sites internet et les lignes téléphoniques dédiées, de sorte que la convention est mieux connue du public concerné - même si son degré de notoriété est stable au sein de la population.

Le sondage annuel réalisé par l'IFOP en 2008 pour le compte de la Fédération bancaire française (FBF) montre que la convention est connue de 38% des personnes âgées entre 50 et 64 ans, cette tranche d'âge étant potentiellement plus concernée par la convention, avec plus de 10 points de différence par rapport à l'ensemble des personnes interrogées.

Dans le sondage annuel réalisé par Louis Harris en février 2009 pour le Collectif inter associatif sur la santé (CISS) - le baromètre des droits des malades, il ressort que 40% d'entre eux ne connaissent pas la convention AERAS.

Une enquête téléphonique réalisée du 15 octobre 2007 au 14 avril 2008 par la Ligue contre le cancer sur la connaissance du dispositif AERAS et portant sur 888 appelants montre que les deux tiers des appelants (soit 574) déclarent avoir eu connaissance de l'existence ou du fonctionnement de la convention AERAS¹.

Le nombre d'appels téléphoniques reçus par la ligne Aidéa de la Ligue contre le cancer a été de

1 738 en 2008. Le CISS a reçu 4 964 appels en 2008 sur sa ligne Santé Info Droits, dont 717 liés aux assurances ; il a par ailleurs procédé à un tirage de 2 000 exemplaires de la fiche d'information CISS-pratique AERAS.

Les établissements de crédit de leur côté ont en 2008 diffusé 182 000 nouveaux mini-guides « La convention AERAS », qu'ils aient été distribués ou téléchargés. Par ailleurs, la FBF, au travers du centre d'information bancaire, a formé des équipes d'acteurs sociaux ou d'associations à la convention AERAS. Les visites d'internautes en 2008 sur les pages internet dédiées à AERAS, comptabilisées dans la moitié des réseaux bancaires, ont représenté 210 000 pages vues.

Le dépliant de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), « La convention AERAS », a été édité à 5 000 exemplaires en 2008. La FFSA a envoyé 10 160 documents à des particuliers ainsi qu'à différents relais d'information. Le dépliant téléchargeable a été consulté 4 945 fois en 2007 ; 110 900 pages ont en outre été comptabilisées en 2008 sur les rubriques d'information AERAS et sur le dépliant. Le nombre de visites s'établit jusqu'ici à 36 274 pour 2009.

Le serveur vocal interactif AERAS mis en place par la FBF et la FFSA a reçu plus de 6 500 appels en 2008.

La profession bancaire a décidé d'améliorer l'information fournie en généralisant les bonnes pratiques. Ainsi, les réseaux bancaires ont notamment installé, à partir de l'été 2009, dans les lieux d'accueil des agences bancaires, une affichette standardisée d'information sur la convention AERAS (affichette jointe en annexe), indiquant que la convention AERAS est appliquée dans le réseau et les coordonnées téléphoniques du référent bancaire de ce réseau qui peut être contacté par le client ou le conseiller bancaire. Le nombre de référents bancaires est d'environ 400 en 2009.

S'agissant enfin du site internet officiel de la convention animé par la DGTPPE et la DSS, le nombre de visites est passé d'une moyenne mensuelle de 12 673 en 2008 à 14 566 sur les neuf premiers mois de l'année 2009. Le dépliant « 5 conseils aux futurs emprunteurs » a été téléchargé 17 512 fois en 2008 (soit en moyenne 1 549 fois par mois) et 15 728 fois sur les neuf

¹ Les sources d'information les plus citées sont internet, dont le site officiel AERAS pour 70% des consultations, et les banques.

premiers mois de 2009 (soit en moyenne 1 747 fois par mois).

I.4 Le bilan statistique 2008

Les chiffres fournis par la FFSA, en vue de retracer le volume des demandes d'assurance présentant un risque aggravé de santé qui ont été traitées, permettent à la commission de suivi et de propositions de disposer d'informations pour évaluer périodiquement l'application de la convention AERAS. Pour fournir ces chiffres, la FFSA se fonde sur les données de marché, et consolide les données de ses adhérents opérant sur le marché de l'assurance emprunteur.

Les statistiques portent sur le recensement des demandes d'assurance et les propositions d'assurance formulées par les assureurs, en distinguant les garanties demandées par les candidats à l'emprunt et les caractéristiques des propositions des assureurs (garanties, exclusions, surprimes).

Les statistiques détaillées pour 2008 et pour 2007 - certaines données de l'année 2007 ayant été retraitées - figurent en annexe.

I.4.1 Les demandes d'assurance présentant un risque aggravé de santé

En 2008, les sociétés d'assurance ont reçu, tous demandeurs confondus, 3 750 671 demandes d'assurance pour des crédits immobiliers et professionnels, soit une baisse de 16% par rapport aux demandes reçues en 2007. Cette diminution est liée à la contraction des prêts immobiliers sollicités par les ménages et à la crise de l'immobilier, qui s'est déclenchée au début de 2008 et s'est accentuée au second semestre de l'année.

Sur ces 3 750 671 demandes d'assurance enregistrées, 385 567 - soit une proportion de 10,3% du total, légèrement supérieure à celle de l'année 2007 (9,6%) - ont été identifiées comme présentant un risque aggravé de santé. Ces demandes ont porté, en plus de la garantie décès, sur la garantie perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) dans 93% des cas et sur la garantie incapacité-invalidité dans 83% des cas. Ont été comptabilisées en risque aggravé de santé les demandes qui présentaient un risque aggravé de santé au regard d'au moins une garantie pour laquelle l'assurance était sollicitée (décès, PTIA ou invalidité).

La décomposition précise du traitement des demandes d'assurance est présentée dans le schéma page suivante.

I.4.2 Les propositions d'assurance en risques aggravés

Pour les trois niveaux confondus d'examen des demandes d'assurance prévus par la convention, 92,8% des demandes d'assurance présentant un risque aggravé de santé ont fait l'objet d'une proposition d'assurance. La part des dossiers en attente s'élève à 1,4% des demandes, celle des dossiers refusés à 2,7%. Les demandes sans suite représentent enfin 3,1% des demandes.

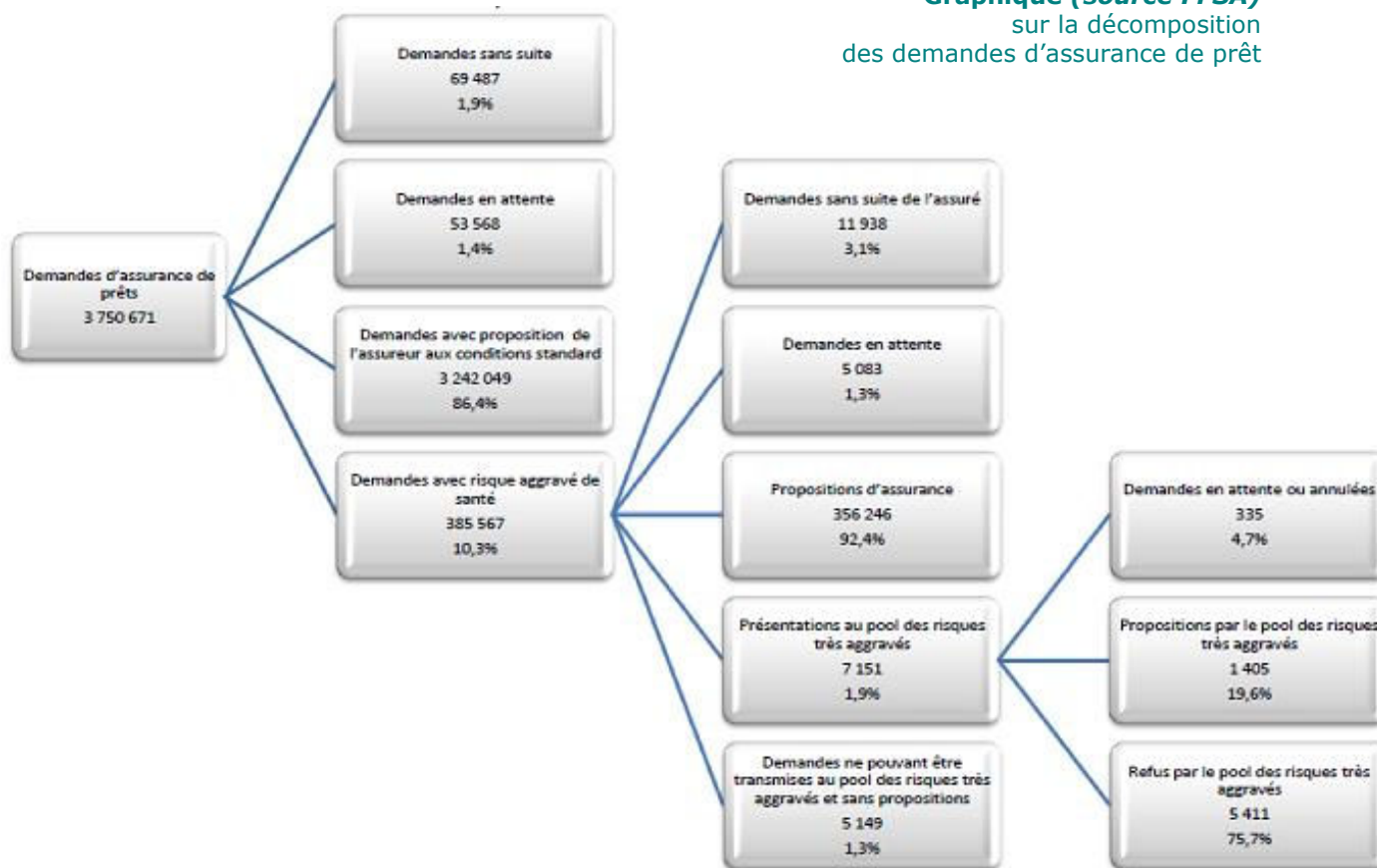
Au deuxième niveau, 92,4% des demandes d'assurance présentant un risque aggravé de santé ont fait l'objet d'une proposition d'assurance couvrant au moins le risque décès, 88,0% des demandes ont fait l'objet d'une proposition couvrant le décès et la PTIA et 76,3% des demandes ont fait l'objet d'une proposition couvrant le décès, la PTIA et l'invalidité. Les refus d'assurance représentent 1,3% du total des demandes. Les abandons par les candidats à l'assurance ont concerné 3,1% des demandes, et la part des dossiers en cours d'instruction au 31/12/2008 s'élevait à 1,3%.

Concernant les 7 151 demandes transmises au troisième niveau, le taux d'acceptation s'élève à 19,6%.

Par type de garantie :

- Lorsqu'il y a eu une proposition d'assurance, les assureurs ont proposé une couverture décès dans 100% des cas. Cette proposition a été faite dans 50% des cas aux conditions standard du contrat, dans 49% des cas avec une surprime et dans 1% sans surprime mais avec une limitation de garantie (soit des proportions identiques à celles de 2007).
- Pour les demandes d'assurance comprenant, outre le décès, une demande de couverture pour la PTIA, 12% des propositions ont refusé cette couverture sur la base de critères médicaux. Dans les autres cas, la PTIA a été accordée dans 42% des cas aux conditions standard du contrat et dans 43% sans surprime mais avec une limitation de garanties et dans 3% avec une surprime (proportions sensiblement identiques à celles de 2007).

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



- En ce qui concerne les demandes d'assurance comprenant, en plus de la couverture décès et PTIA, une demande de garantie incapacité-invalidité, 24% des demandes ont donné lieu à un refus pour des raisons médicales, soit un taux de refus inférieur de 5 points à celui de 2007. Dans 21% des cas, la garantie incapacité-invalidité a été proposée aux conditions standard du contrat (contre 17% en 2007), dans 51% des cas sans surprime mais avec exclusion ou limitation de garanties (50% en 2007) et dans 4% des cas avec une surprime (4% en 2007).

S'agissant de la garantie invalidité, il convient de souligner que certains assureurs, pour répondre aux engagements prévus par la convention², proposent au deuxième niveau depuis courant

² « Lorsque l'assurance est possible, les assureurs s'engagent à proposer une assurance invalidité, dans le cas où celle-ci s'avérerait nécessaire à l'aboutissement de la demande de prêt, assurant au minimum la couverture du risque de perte totale et irréversible d'autonomie ainsi qu'une couverture additionnelle d'invalidité dans des cas déterminés prévus au contrat. Cette couverture conduira

2007, lorsque la garantie standard n'est pas possible, une garantie invalidité spécifique s'appliquant en cas de réalisation d'un taux d'incapacité fonctionnelle égal ou supérieur à 80%³. Cette pratique contribue, semble-t-il, à expliquer le pourcentage majoritaire des propositions de garantie invalidité sans surprime mais avec limitation de garantie.

1.4.3 La tarification des propositions d'assurance en risques aggravés

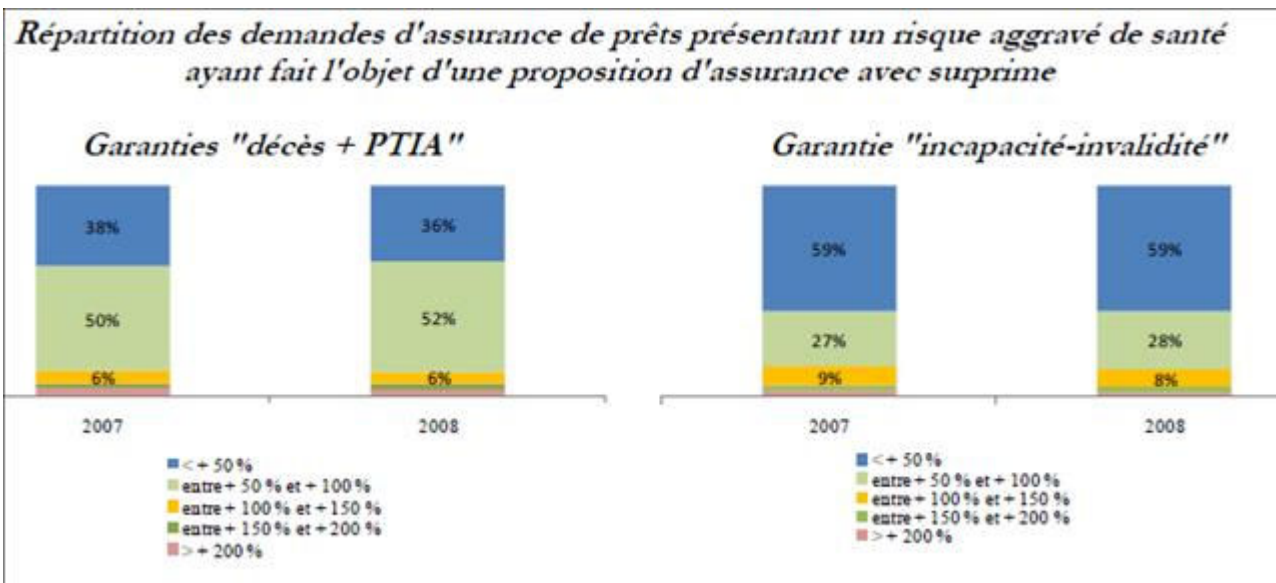
Conformément au principe en vigueur dans le secteur de l'assurance d'une tarification ajustée au risque, les garanties assurantielles pour les personnes présentant un risque aggravé de santé peuvent donner lieu à des surprimes d'assurance et/ou à des exclusions partielles ou totales de couverture.

l'assureur, lors de la survenance d'un sinistre, à verser des prestations à ses assurés relevant alors de la 3^{ème} catégorie d'invalidité définie à l'article L.341-4 du code de la sécurité sociale ainsi qu'à environ un tiers de ses assurés relevant alors de la 2^{ème} catégorie. »

³ En cas de réalisation du sinistre, la prise en charge correspond à une invalidité de 3^{ème} catégorie.

Dans le cadre de l'application de la convention AERAS en 2008, les surprimes relevant des risques décès et PTIA s'établissent dans 36%

de parts du foyer fiscal est de 2,5 et de 1,5 PASS lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 3 et plus. La prime d'assurance doit représenter



des dossiers à moins de 50% du tarif standard et dans 88% des cas à moins de 100%. Les surprimes relatives à la garantie invalidité sont dans 59% des cas inférieures à 50% du tarif standard et dans 87% des cas inférieures à 100% de ce tarif. Au total, dans neuf cas sur dix la surprime - lorsqu'elle est appliquée - est inférieure à 100% du tarif standard.

Ce n'est que dans un certain nombre de cas que sont appliqués des taux de surprime très élevés, i.e. des taux supérieurs à 300% du tarif standard relatif à la classe d'âge de l'emprunteur. Ils représentent en 2008 1,5% des demandes de garantie décès et PTIA, et 0,6% des demandes de garantie invalidité.

Les pourcentages constatés en 2008 sont très légèrement plus élevés qu'en 2007, comme le montrent les schémas ci-dessus.

1.4.4 Le mécanisme d'écrêtement des surprimes d'assurance

Le dispositif d'écrêtement des surprimes est destiné, comme la convention le précise, aux emprunteurs disposant de revenus modestes. Il est accessible sous conditions de ressources, le seuil retenu étant celui du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), soit 34 308 € en 2009. Le plafond de ressources correspond à 1 PASS lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 1 ou 2, il est de 1,25 PASS lorsque le nombre

plus de 1,5 point dans le taux effectif global (TEG) de l'emprunt pour que le dispositif soit déclenché⁴. Après un démarrage du dispositif au cours de l'année 2007 et une période de rodage, une amélioration est intervenue et le dispositif est désormais proposé à tous les bénéficiaires potentiels.

En 2008, 1 345 emprunteurs ont bénéficié de ce dispositif, soit 813 nouveaux emprunteurs qui s'ajoutent aux 532 emprunteurs qui avaient bénéficié du dispositif en 2007. Chaque année, une nouvelle génération de prêts s'ajoute.

Si l'on rapporte le nombre de prêts écrêtés au titre de 2009 par rapport au nombre de propositions d'assurance acceptées en 2009, le pourcentage représenté s'établit à 3 pour mille.

Les professionnels soulignent que les conditions de ressources appliquées rendent quasiment 90% des foyers fiscaux potentiellement éligibles au dispositif d'écrêtement. Cependant, toute la population n'emprunte pas et/ou ne présente

⁴ Dans le calcul du TEG, le taux d'assurance est exprimé en pourcentage du capital restant dû. A titre indicatif, un taux d'assurance représentant 1,5 point dans le TEG correspond à un taux de surprime compris entre 163% et 210% par rapport au coût moyen de l'assurance du contrat de groupe (0,36% du capital initial). Pour un couple d'emprunteurs comprenant un risque aggravé de santé et un risque standard, le niveau de surprime doit être plus élevé pour que la surprime d'assurance du prêt dépasse 1,5 point dans le TEG.

pas un risque aggravé de santé⁵. La raison, ensuite, pour laquelle il n'y a que 1 345 bénéficiaires AERAS résulte de ce que le niveau de surprime des propositions d'assurance est majoritairement en-dessous de 1,5 point dans le TEG.

L'écarternement moyen de la prime correspond à plus de 350 € par bénéficiaire et par an. Outre la garantie décès, 48% des dossiers concernés couvrent la PTIA et 20% des dossiers couvrent la garantie invalidité. Le montant moyen des prêts concernés est de 50 100 € et leur durée moyenne est de 12 ans.

L'âge moyen des assurés bénéficiaires du dispositif est de 52 ans. Les assurés de moins de 40 ans représentent 8% des bénéficiaires et les 60 ans et plus représentent 20% des dossiers. Cette répartition par âge, sensiblement la même qu'en 2007, s'explique principalement par le fait que les risques aggravés portent majoritairement sur des emprunteurs plus âgés que ne le sont en moyenne les emprunteurs. De plus, la tarification en fonction de l'âge ou d'une classe d'âge se généralise de plus en plus ; dès lors, la tarification de base étant plus élevée pour les emprunteurs plus âgés que pour les emprunteurs jeunes, l'application des surprimes d'assurance fait que le taux d'assurance pour cette catégorie d'emprunteurs atteint plus souvent 1,5 point dans le TEG.

Les contrats en délégation d'assurance (contrats individuels) représentent 8% des dossiers ayant bénéficié du mécanisme de mutualisation, soit une proportion équivalente à celle qu'ils ont en termes de primes. Ce pourcentage est à comparer avec l'indicateur FBF sur le nombre de dossiers en délégation, qui se situe à 20%.

Le mécanisme d'écarternement est financé par les assureurs et les banquiers à parts égales et est géré par le Bureau Commun des Assurances Collectives (BCAC). Le fonctionnement du dispositif est le suivant. A la fin de l'exercice, chaque assureur transmet au BCAC le montant annuel des fractions de surprimes non appelées. Le BCAC établit la charge totale annuelle correspondant à l'ensemble des surprimes non appelées, appelle la part financée par les

banques et la réaffecte aux assureurs au prorata de leur chiffre d'affaires réalisé en assurance emprunteur.

Il représente un coût pour les professionnels de 480 670 € pour 2009 sur les deux générations de contrats qui en bénéficient déjà.

I.4.5 Les délégations d'assurance

Dans la mesure où il n'est pas possible pour des raisons de protection des données personnelles de disposer - dans le cadre d'AERAS - de statistiques sur le nombre de délégations d'assurance acceptées par les établissements de crédit, la commission de suivi a souhaité quand même connaître la répartition globale des assurances emprunteur entre assurances de groupe et délégations d'assurance (contrats individuels).

La FBF a élaboré un indicateur montrant que 20% des dossiers de crédit immobilier ont été réalisés avec une assurance extérieure au contrat groupe de l'établissement de crédit.

La FFSA a réalisé pour sa part, à partir d'un échantillon de sociétés représentant 94% des cotisations 2008, une extrapolation à l'ensemble du marché.

Les primes collectées en 2008 au titre des contrats d'assurance emprunteur représentent alors 6,9 Md€ et se répartissent de la manière suivante : 70% pour les prêts immobiliers, 23% pour les prêts à la consommation et 7% pour les prêts professionnels. La répartition des primes selon les types de garantie est la suivante : 67% pour le décès, 30% pour la garantie incapacité-invalidité et 3% pour la garantie perte d'emploi. Les contrats collectifs représentent 90% des primes, soit 6,2 Md€, et les délégations d'assurance 0,7 Md€.

La différence avec l'indicateur FBF s'explique par le fait que les dossiers avec assurance extérieure sont plus présents pour des populations jeunes, en primo accession, sur des montants de prêt inférieurs et donc avec des primes d'assurance plus faibles.

I.4.6 Les délais d'instruction des demandes d'assurance

Le délai d'instruction des demandes d'assurance emprunteur commence à courir lorsque le dossier est considéré comme complet, c'est-à-dire après l'obtention de toutes les pièces

⁵ La commission de suivi indique à cet effet son souhait de connaître le taux d'éligibilité des emprunteurs AERAS au regard des conditions de ressources mentionnées. Les professionnels, qui ont fait une recherche à ce sujet, avancent un pourcentage de 84%.

médicales qui ont pu être demandées par le service médical de l'assureur pour l'analyse du risque.

Les délais d'instruction des demandes traitées au 2^{ème} niveau ont fait l'objet d'une enquête réalisée par la FFSA au cours du mois d'avril 2009 auprès de 23 assureurs représentant 95% des demandes de prêt présentant un risque aggravé de santé, et qui a porté sur 8 737 dossiers. Il ressort de cette enquête que 98,2% des demandes au 2^{ème} niveau ont été traitées dans un délai inférieur ou égal à trois semaines. Ce résultat est très proche de celui obtenu en avril 2008 (98,7%). 1,8% seulement des dossiers ont reçu une réponse dans un délai supérieur à trois semaines. Le délai moyen de traitement des demandes d'assurance au 2^{ème} niveau s'établit à 3,7 jours pour un dossier accepté et de 6,2 jours pour un dossier refusé.

S'agissant des demandes d'assurance examinées au niveau du pool des risques très aggravés, le BCAC - qui a en charge la gestion de ces dossiers - a fait une étude sur 962 dossiers examinés entre le 1^{er} avril 2009 et le 31 mai 2009. Cette étude montre que plus de 84% des dossiers ont été traités dans un délai maximum de 5 jours ouvrés, contre 79% en 2008.

1.4.7 La motivation des lettres de refus

La FFSA a réalisé une enquête sur les lettres envoyées par les médecins-conseils aux candidats à l'assurance, suite à un refus d'assurance, un ajournement, une surprime ou une exclusion de garantie. Les résultats portent sur 22 sociétés représentant 94% des demandes d'assurance présentant un risque aggravé de santé en 2008. Sur les 25 707 lettres adressées par les médecins-conseils des assureurs, 780 lettres spécifiaient la pathologie. Par ailleurs, les médecins-conseils ont adressé au cours du même mois d'avril 839 lettres explicatives en réponse à une demande du candidat à l'emprunt, dont 91% spécifiaient la pathologie. En ce qui concerne les 9% de réponses du service médical qui ne précisent pas les pathologies, des explications à titre d'exemple ont été données (ainsi, courrier indiquant que l'analyse biologique présente une anomalie sur tel critère mais ne mentionnant pas de diagnostic sur la pathologie, ou réponse à des futurs assurés leur expliquant le contenu des exclusions de garantie, ou une décision

d'ajournement compte tenu du caractère récent de leur pathologie).

Les assureurs ne distinguent pas les devis d'assurance de l'ensemble des propositions. En revanche, les devis peuvent être identifiés en tant que tels par certains réseaux bancaires. La FBF indique que tous les réseaux proposent la possibilité de demander un devis d'assurance. Les réseaux ont constaté en 2008 une augmentation des demandes de devis. Une étude sur plusieurs centaines de demandes réalisée par un réseau national conclut que ce sont plutôt des emprunteurs AERAS qui demandent des devis.

1.4.8 L'adéquation entre les garanties demandées et proposées

La commission de suivi a souhaité disposer d'un indicateur sur l'adéquation entre les garanties demandées par les futurs emprunteurs AERAS et les garanties proposées par les assureurs. La FFSA a, pour ce faire, réalisé une enquête pour 2008 auprès de 24 sociétés représentant 95% des demandes en 2008.

Sur les 356 246 demandes présentant un risque aggravé de santé ayant fait l'objet d'une proposition d'assurance, 84% des demandes portaient sur les trois garanties, 9% portaient sur les garanties décès et PTIA et 7% portaient sur la seule garantie décès.

Il ressort de l'enquête que pour 77% des dossiers de demande d'assurance emprunteur présentant un risque aggravé de santé, l'assureur a fait une proposition d'assurance comportant les garanties demandées, certaines avec des conditions spécifiques⁶.

1.4.9 Les prêts mis en place

Les établissements de crédit n'étant pas autorisés à distinguer les emprunteurs AERAS de l'ensemble de leurs emprunteurs, il s'avère impossible de dénombrer le nombre de prêts AERAS. Face à cette difficulté, la commission de suivi a souhaité néanmoins disposer d'un indicateur sur les prêts mis en place pour les demandes de prêt ayant fait l'objet d'une proposition d'assurance acceptée par l'assuré.

⁶ C'est-à-dire avec surprime mais sans exclusion ou limitation de garanties, avec surprime et exclusion ou limitation de garanties, sans surprime mais avec exclusion ou limitation de garanties.

A cet effet, un sondage a été réalisé au cours des deux premiers mois de 2009 par 5 sociétés d'assurance représentant 88% des demandes d'assurance de prêts en 2008. Ce sondage a porté sur un échantillon de 1 415 dossiers traités au niveau des sociétés d'assurance⁷ (et non pas, par délégation, par des agences bancaires) ayant fait l'objet d'une proposition d'assurance portant à la fois sur des risques standard et sur des risques aggravés de santé. Les résultats de ce sondage font apparaître que :

- Pour les demandes dont le futur emprunteur présentait un risque standard, 91% ont bénéficié d'une offre de prêt ; à la suite de ces offres, 90% des prêts ont été mis en place correspondant à 883 offres de prêts émises et 779 prêts mis en place.
- S'agissant des demandes dont le futur emprunteur présentait un risque aggravé de santé, 94% ont reçu une offre de prêt et parmi ces offres, 90% des prêts ont été mis en place, soit un taux identique à celui des emprunteurs présentant un risque standard. Ceci correspond à 419 offres émises et 377 prêts mis en place.

Ce sondage montre que les emprunteurs présentant un risque aggravé de santé ne subissent pas de discrimination dans l'accès au crédit par rapport aux emprunteurs présentant un risque standard, les deux populations ayant un accès équivalent au crédit.

II. Les préoccupations et difficultés relevées

Les membres de la commission de suivi portent un jugement globalement positif sur les avancées que la convention AERAS a permis pour l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.

Cependant, les associations de malades et de consommateurs soulèvent un certain nombre d'insuffisances et de difficultés qui relèvent à la fois des dispositions mêmes de la convention mais aussi des conditions de son application.

Les difficultés ou insuffisances relevées, pour la plupart déjà évoquées dans le rapport d'évaluation à mi-parcours, concernent l'information, le risque invalidité, le dispositif d'écrêtement des surprimes, les délégations d'assurance, les garanties alternatives à l'assurance et la confidentialité des données médicales. Des préoccupations sont également apparues quant aux questionnaires de santé et aux montants des plafonds de crédit.

Les développements suivants présentent une synthèse des analyses faites par les associations et les professionnels de la banque et de l'assurance, dans le cadre de la commission de suivi et de propositions.

II.1 L'information

Le constat est partagé sur l'amélioration de l'information sur AERAS depuis bientôt trois ans, mais aussi le besoin de donner un nouveau souffle à cette communication.

L'information large en 2007, année de lancement de la convention, et bien relayée par l'ensemble des signataires, continue depuis à porter principalement sur les dispositions de la convention alors que s'exprime de plus en plus un besoin d'information plus personnalisé et d'accompagnement par les futurs emprunteurs⁸, notamment lorsqu'ils sont engagés dans une recherche d'assurance emprunteur et/ou qu'ils rencontrent des difficultés.

Par ailleurs, suite au rapport à mi-parcours, la ministre de la santé et la ministre de l'économie avaient souhaité la mise en place d'une

⁷ Le nombre de dossiers présentant un risque aggravé dans le sondage est ainsi surreprésenté par rapport au poids réel des risques aggravés au regard de l'ensemble des demandes d'assurance.

⁸ En particulier via les questions posées sur la boîte postale du site internet de la convention.

plateforme téléphonique dédiée à l'information et à l'accompagnement des futurs emprunteurs AERAS⁹. Les discussions au sein de la commission de suivi ont fait apparaître que les associations et les professionnels étaient quasi-unaniment d'avis qu'il fallait au préalable consolider les dispositifs déjà en place.

La commission de suivi a salué les initiatives prises par la profession bancaire pour améliorer l'information offerte, en particulier au niveau des agences bancaires, avec la mise en place systématique dans tous les réseaux de l'affichette standardisée sur la convention AERAS.

La commission observe enfin que les actions engagées auprès des professionnels de l'immobilier, agents immobiliers et notaires¹⁰, pour qu'ils diffusent de l'information sur la convention, n'ont pas pu être menées à bien. Les professionnels et les associations soulignent l'intérêt également d'impliquer les médecins pour aider les candidats à l'emprunt à répondre aux questionnaires de santé.

II.2 La garantie invalidité

L'entrée de la garantie invalidité dans le champ de la convention AERAS a représenté pour les associations un enjeu majeur, avec une forte attente de leur part et de leurs adhérents, qui a motivé pour plusieurs d'entre elles leur signature de la convention.

Les associations expriment quasiment toutes leur déception au regard de l'application de la garantie invalidité dans le cadre d'AERAS. Pour certaines associations, la garantie ne fonctionne tout simplement pas, pour d'autres les résultats sont insuffisants.

Le CISS et d'autres associations soulignent le faible taux de couverture du risque invalidité pour les personnes présentant un risque de santé aggravé - en particulier pour les personnes séropositives, les malades du cœur, du cancer, les personnes polyarthritiques - avec des conséquences préjudiciables : une moindre couverture assurantielle pendant la durée de remboursement du crédit, voire l'échec de la

réalisation du projet immobilier lorsque le crédit est refusé sur ce motif.

84% des demandes d'assurance avec un risque aggravé de santé en 2008 ont porté sur les trois garanties : décès, PTIA et invalidité.

76% des demandes en invalidité ont donné lieu majoritairement à des propositions avec exclusion ou limitation de garanties. L'assurabilité du risque invalidité aux conditions standard connaît en 2008 une progression par

<i>Sur 100 demandes de garantie invalidité</i>	2008	2007	Var.
Refus d'assurance	24	29	- 5
Acceptation aux conditions standard	21	17	+ 4
Acceptation sans exclusion, avec surprime	4	4	0
Acceptation sans surprime, avec exclusion ou limitation de garantie	51	50	+ 1
Total	100	100	

rapport à 2007 de quatre points, mais que les associations considèrent comme trop modeste.

Les dossiers acceptés avec une limitation de garantie incluent les dossiers comportant la garantie invalidité spécifique déjà évoquée, couvrant une incapacité fonctionnelle supérieure à 80% mise en œuvre et examinée systématiquement par certains assureurs au 2^{ème} niveau. Les associations considèrent que cette garantie spécifique est une réponse partielle à la question de l'assurabilité de l'invalidité et qu'elle ne doit pas devenir la seule référence.

Les associations estiment que le faible pourcentage des propositions de garantie invalidité est dû à une insuffisante prise en compte des avancées thérapeutiques par les assureurs, ceci étant aggravé par les conditions insatisfaisantes dans lesquelles joue la concurrence sur le marché de l'assurance emprunteur (problématique des questionnaires de santé).

Les assureurs considèrent à l'inverse que les limites de l'assurabilité de la garantie invalidité sont atteintes pour les emprunteurs AERAS et que seul l'apport de nouvelles données statistiques sur l'invalidité permettra, pour l'avenir, une progression significative de l'assurabilité. Ils soulignent que les médecins conseils suivent avec attention les avancées

⁹ Sur le modèle du fonctionnement de la ligne Aidéa de la Ligue contre le cancer. Lettre des ministres de la santé et de l'économie au président de la commission de suivi de novembre 2008.

¹⁰ Lettre de la ministre de l'économie aux présidents de la FNAIM et du CSN en date du 6 août 2007.

thérapeutiques, ainsi qu'en témoignent les échanges réguliers qu'ils ont avec les spécialistes des pathologies concernées.

Quoiqu'il en soit, il semble que la procédure d'instruction des demandes d'assurance suivie par les assureurs limite de fait l'accès à la garantie invalidité. Il s'avère en effet qu'un certain nombre d'assureurs ne transmettent pas au 3^{ème} niveau les demandes d'assurance portant sur l'incapacité-invalidité dès lors que la garantie décès a été proposée au 2^{ème} niveau, et aussi parce que le BCAC n'a pas l'organisation requise pour traiter des milliers de demandes¹¹. La transmission au 3^{ème} niveau des demandes de garantie invalidité n'intervient que lorsque les garanties décès et invalidité ont été conjointement refusées au deuxième niveau, ce qui empêche de tester les limites de l'assurabilité pour le risque invalidité. Une réponse partielle a été apportée : la commission de médiation a mis en place, avec l'appui de la FFSA, un dispositif ad hoc pour la transmission au 3^{ème} niveau des demandes refusées au 2^{ème} niveau pour lesquelles la garantie invalidité était indispensable à l'obtention du prêt.

Force est enfin de constater que la rédaction actuelle de la clause sur l'invalidité dans la convention est ambiguë, qui laisse à l'assureur la possibilité d'instruire ou non la demande de garantie invalidité entre le 2^{ème} et le 3^{ème} niveau, alors même qu'un vrai besoin s'exprime de la part des futurs emprunteurs AERAS qui souhaitent bénéficier d'une couverture assurantielle la plus complète possible, indépendamment des exigences des prêteurs.

II.3 Le dispositif d'écèlement des surprimes d'assurance

Les associations estiment que le nombre de bénéficiaires du dispositif est très faible. Il est par ailleurs inférieur à l'estimation faite par la FFSA en juin 2006, lors des négociations de la convention, qui prévoyait - sur la base des critères de revenus et de point de surprime dans le TEG retenus - plus de 2 000 bénéficiaires par génération de contrats.

¹¹ La transmission automatique au 3^{ème} niveau pour examen de l'invalidité, outre qu'elle ne permettrait vraisemblablement pas d'offrir une garantie invalidité dans la grande majorité des cas, créerait un engorgement préjudiciable au traitement des demandes examinées au sein du pool.

Les associations considèrent que le critère du revenu est trop restrictif, notamment pour les couples et les familles, dans la mesure où le même niveau de revenu est pris en compte pour un célibataire et un couple (1 PASS), lequel est plafonné à 1,5 PASS pour une famille au-delà de 3 enfants.

Les associations témoignent de ce que plus d'un candidat à l'emprunt, à qui l'on a proposé des contrats avec surprimes élevées, sans accès au dispositif d'écèlement, est conduit à renoncer à son crédit. La FBF estime plutôt que le problème principal résulte du seuil de l'usure, pour les personnes ayant les surprimes les plus élevées.

Les associations mettent également l'accent sur le fonctionnement du dispositif, qui manque à leurs yeux de transparence.

Au final, les associations considèrent que le dispositif a un impact faible, voire marginal, et ne répond pas au besoin d'un large écèlement des surprimes en faveur des emprunteurs AERAS.

Les professionnels réitèrent, comme indiqué dans la première partie du rapport, que le faible nombre de bénéficiaires du dispositif d'écèlement tient essentiellement au fait que le niveau de surprime est de façon générale peu élevé.

II.4 Les délégations d'assurance

La Ligue contre le cancer a conduit une enquête sur les délégations d'assurance auprès de 222 appelants de la ligne téléphonique Aidéa, entre septembre 2008 et février 2009, montrant que près de 67% d'entre eux avaient l'intention de souscrire une assurance individuelle plutôt que d'adhérer au contrat groupe du prêteur.

Cependant, les associations insistent toutes sur des difficultés rencontrées par les futurs emprunteurs AERAS pour recourir aux délégations d'assurance¹² :

- Absence d'information initiale par les réseaux bancaires ou information tardive, suite à un refus d'assurance du contrat groupe ou à un refus par le futur emprunteur de la proposition compte tenu de la couverture et/ou du tarif. Le

¹² La question des délégations d'assurance est un sujet fréquent de réclamation des candidats à l'emprunt sur la boîte postale du site AERAS.

futur emprunteur AERAS va alors devoir rechercher une délégation d'assurance en urgence et accepter la première proposition qui lui est faite, sans faire jouer pleinement la concurrence.

- Refus par quelques établissements de crédit de toute délégation d'assurance dès lors que le risque incapacité temporaire n'est pas garanti, ce qui revient dans les faits à refuser la délégation d'assurance pour les personnes présentant des risques à caractère aggravé.

- Demande par certains établissements de crédit de règlement des frais d'étude des délégations pour l'analyse juridique de contrats susceptibles de devenir des garanties de prêt.

- Relèvement du taux d'intérêt initial lorsque le futur emprunteur n'adhère pas à l'assurance de groupe, bien que cette pratique soit contraire aux engagements des établissements de crédit dans la convention. Les dossiers révélant un tel dérapage et soumis à la commission de médiation ont tous trouvé une solution.

La FBF souligne que les établissements de crédit acceptent les délégations d'assurance, mais doivent tenir compte d'une jurisprudence stricte qui a condamné une banque, sur la requête de l'emprunteur, non AERAS il est vrai, pour avoir accepté une délégation d'assurance moins protectrice que son contrat groupe.

Pour les professionnels, la piste principale de solution encore insuffisamment développée pour répondre à ces attentes est le nécessaire développement de l'anticipation de la demande d'assurance par le futur emprunteur afin, le cas échéant, de disposer de plus de temps pour rechercher des contrats extérieurs à proposer au prêteur.

II.5 Les garanties alternatives à l'assurance

Les garanties alternatives à l'assurance peuvent représenter une solution lorsque l'assurance n'est pas possible. Il s'agit cependant d'une question difficile dans la mesure où le champ des garanties alternatives est par nature limité : la mise en place d'une caution, la mobilisation d'un portefeuille de valeurs mobilières ou d'une assurance sur la vie, ou l'apport d'un autre bien immobilier.

Les garanties autres que la caution s'adressent bien évidemment à des futurs emprunteurs disposant d'un patrimoine. S'agissant des cautions, des associations mentionnent des refus par les établissements bancaires pour des cautions sérieuses qui leur auraient été présentées, lorsque notamment un emprunteur jeune présente la caution de ses parents.

La FBF précise que les établissements de crédit recherchent ces solutions alternatives mais étudient avec prudence et responsabilité les propositions de caution, car il s'agit d'un engagement important sur des périodes pouvant aller jusqu'à vingt ans et plus pour des projets d'emprunteurs en général jeunes, qui peut - lorsque la caution est appelée - mettre en difficulté les personnes qui l'ont accordé.

II.6 La confidentialité des données et les questionnaires de santé

Le principe du respect de la confidentialité des données de santé des candidats à l'emprunt est la règle, et a été rappelé dans la convention AERAS. Cependant, certains conseillers bancaires, sans avoir suffisamment porté attention à ce principe, proposent aux candidats à l'emprunt de remplir le questionnaire de santé dans leur bureau et en leur présence, sans leur indiquer qu'ils ont la faculté d'en disposer autrement. Certains candidats à l'emprunt eux-mêmes, soucieux d'aller vite dans le montage de leur dossier de prêt, choisissent de remplir sur le champ le questionnaire médical sans peut-être prêter l'attention nécessaire à la manière d'y répondre et en négligeant leur droit de protéger la confidentialité des informations qui les concernent.

Les professionnels indiquent que dans le cadre des délégations d'assurance des banques, les conseillers bancaires sont habilités à avoir connaissance du questionnaire de santé de premier niveau. Ils insistent aussi sur la liberté de choix du candidat à l'emprunt qui peut décider de lever la confidentialité des données le concernant. Ils rappellent que 90% des demandes d'assurance sont acceptées en agence dans le cadre de la délégation d'assurance, à la satisfaction des clients.

Les associations mentionnent également des difficultés concernant les questionnaires de santé : tous sont différents et comportent des

formulations pas toujours compréhensibles pour les candidats à l'emprunt.

A cet égard, le médiateur de la FFSA, dans son dernier rapport d'activité, a également soulevé ce point et appelé l'attention sur l'importance des questionnaires de santé, avec pour objectif de faire diminuer les fausses déclarations, qu'elles soient intentionnelles ou non.

II.7 Les plafonds de montant et les plafonds d'âge

Plusieurs associations font valoir que le plafond actuel de 300 000 € ne permet pas toujours d'acheter dans les grandes agglomérations, eu égard à l'augmentation significative des prix des logements. Ce constat est lié aussi en partie à la prise en compte des crédits relais dans le calcul de l'encours de prêt.

La FBF rappelle que ce plafond a été augmenté de 50% en 2007 et concerne le montant du prêt à assurer, et non le montant de l'achat. Ce plafond n'intervient qu'au 3^{ème} niveau d'assurance (pool des risques très aggravés) ; il n'y a pas en effet de plafond au 2^{ème} niveau.

Une association conteste la notion même de plafond et estime que seule la solvabilité du candidat à l'emprunt devrait être prise en compte, comme pour les emprunteurs ne présentant pas de risque aggravé.

Le plafonnement à 15 000 € des crédits à la consommation apparaît également insuffisant à certaines associations, lorsqu'il concerne l'acquisition par exemple d'un véhicule équipé spécifiquement.

S'agissant du plafond d'âge, la limite fixée à 50 ans pour les crédits à la consommation est considérée par les associations comme trop restrictive.

Concernant les crédits à la consommation, les professionnels rappellent que ces critères ne bloquent pas l'accès à l'assurance qui reste facultative. Au-delà du montant plafond et de la limite d'âge, les personnes ont la possibilité d'obtenir un crédit mais doivent remplir un questionnaire de santé.

III. Les recommandations de la commission de suivi pour l'avenir de la convention AERAS

Les propositions d'améliorations présentées dans cette partie du rapport sont l'expression de la réflexion collective de la commission de suivi, même si toutes peuvent ne pas être partagées par tous. Ces recommandations s'inscrivent également dans la perspective de la préparation de la prochaine période d'application de la convention.

III.1 Il existe un consensus sur le besoin de développer l'information et de renforcer le rôle des commissions

La commission de suivi prône le renforcement des outils existants, en particulier le site internet officiel de la convention, www.aeras-infos.fr, et une plus grande mobilisation des lignes téléphoniques des associations, avant d'envisager la mise en place éventuelle d'une plateforme téléphonique dédiée¹³.

L'information devrait passer par la rénovation du site internet AERAS, centré sur une meilleure approche des besoins individuels des futurs emprunteurs AERAS et un enrichissement de son contenu, avec notamment :

- un co-référencement de termes (par exemple : « risques aggravés », « prêts »), pour accéder directement au site ;
- le développement d'une foire aux questions (FAQ) ;
- une réorientation en tant que de besoin des internautes vers les lignes téléphoniques des associations, Aidéa, Santé infos droits, et autres, pour un accompagnement personnalisé.

Les associations recommandent également le lancement de campagnes publicitaires périodiques dans les médias (presse, télévision). Elles demandent par ailleurs une relance de la formation des conseillers bancaires sur la convention. Les professionnels indiquent que la

¹³ Dans cette éventualité, lorsque le moment sera venu, la Ligue contre le cancer a exprimé sa préférence en faveur d'une ligne téléphonique dédiée AERAS sur le modèle de sa ligne téléphonique Aidéa.

formation AERAS est systématique pour tous les nouveaux conseillers bancaires et que la présence d'une affichette AERAS dans les agences constitue aussi un plus pour la sensibilisation récurrente des équipes au contact des clients.

La commission de suivi dans son ensemble souligne l'importance de relancer également le partenariat avec les agents immobiliers et les notaires. Elle insiste sur l'intérêt qu'il y aurait à associer le corps médical au fonctionnement de la convention AERAS afin que les médecins, notamment les médecins référents, aident les futurs emprunteurs AERAS à répondre aux questionnaires médicaux.

Concernant le renforcement des commissions de la convention AERAS, associations et professionnels espèrent que la réalisation des études par la commission des études et recherches pourra aboutir plus rapidement. Il s'agit d'obtenir des résultats communicables et exploitables par les assureurs. La commission des études et recherches a identifié les éléments sur lesquels ses travaux peuvent s'appuyer, mais aussi leurs limites (voir annexe). Il conviendrait également de lui attribuer les crédits de fonctionnement nécessaires. Les associations expriment par ailleurs leur souhait d'une mise en place très prochaine de l'observatoire des risques. Des moyens financiers seront là aussi nécessaires.

Pour la commission de suivi, les associations et les professionnels proposent la constitution de sous-groupes de travail. La FFSA, de son côté, propose que la commission puisse informer les professionnels, via leurs fédérations professionnelles, sur ses positions pour encourager le développement des bonnes pratiques.

Enfin, s'agissant de la commission de médiation dont les modes d'intervention sont connus (traitement des cas individuels, information de la commission de suivi sur les propositions de positions de principe), les associations souhaiteraient que son champ d'intervention s'élargisse. Toutefois, les professionnels seraient opposés à cet élargissement si celui-ci devait interférer avec les décisions d'assurance et de crédit qui relèvent uniquement de la responsabilité des professionnels qui en assument in fine le risque.

III.2 Des divergences existent en revanche sur d'autres points d'amélioration envisagés

III.2.1 Les questionnaires de santé

Le sujet des questionnaires de santé fait débat. Pour certaines associations, comme le CISS, des questionnaires normés, c'est-à-dire les mêmes questionnaires pour tous les assureurs, sont souhaitables. D'autres associations ne vont pas jusque là, mais demandent des questionnaires harmonisés avec un socle de questions communes et la simplification du vocabulaire pour rendre les questionnaires plus clairs et plus intelligibles.

Il conviendrait ainsi de disposer d'une palette plus restreinte de questionnaires. A l'appui de leur demande, les associations font valoir que pour pouvoir impliquer les médecins pour aider les futurs emprunteurs à remplir les questionnaires de santé, il faut éviter que les médecins aient à remplir pour un même dossier plusieurs questionnaires avec des questions différentes. Dans ce cadre, il convient de souligner l'initiative de la Ligue contre le cancer qui a rédigé un rapport oncologique médical qu'elle a diffusé auprès des médecins conseils des assureurs qui l'utilisent.

Par ailleurs, une association a proposé qu'un délai de réflexion soit fixé pour remplir le questionnaire de santé, obligeant ainsi le futur emprunteur à emporter le questionnaire chez lui, à bien le lire et à le remplir avec précision. Cette proposition rejoint la proposition du médiateur de la FFSA dans son rapport annuel d'activité 2008.

Les professionnels de l'assurance considèrent que la proposition du CISS n'est pas en faveur d'une vraie concurrence. Ils indiquent que les questionnaires de santé, à la base de leur évaluation du risque, permettent in fine une offre plus variée et plus concurrentielle, ce qui est favorable à la maximisation de l'accès à l'assurance. Certains assureurs acceptent en outre, aujourd'hui, de tarifier le risque sur la base de questionnaires établis par des concurrents.

Les professionnels de l'assurance font observer cependant qu'ils sont d'accord pour engager une réflexion sur la question et qu'ils ne sont pas opposés à une certaine harmonisation des questionnaires de santé, non pas de premier

niveau, mais de ceux qui leur font suite le cas échéant : questionnaires complémentaires ou questionnaires spécifiques liés à telle ou telle pathologie.

III.2.2 La garantie invalidité

La question de la garantie invalidité représente le thème central de la plupart des associations, qui ont pour objectif de permettre à un plus grand nombre d'emprunteurs de se voir proposer la couverture du risque invalidité. Le CISS présente selon ses propres termes des solutions radicales sur la question :

- exiger que toutes les propositions d'assurance assortissent les risques PTIA et invalidité au risque décès ; ou
- obliger les organismes financiers à accepter les candidats à l'emprunt assurés au minimum pour le risque décès (une telle solution semble cependant encourir le risque de « mettre à découvert » les emprunteurs pour le risque invalidité); ou
- interdire aux assureurs d'exclure de la couverture des risques décès et invalidité les suites des pathologies dont peuvent être atteints les candidats à l'assurance.

Les professionnels de l'assurance soulignent que les propositions du CISS auraient pour effet de réduire la sélection des risques et donc de renchérir le coût de l'assurance pour la mutualité des emprunteurs. L'abaissement du seuil des surprimes ne saurait déboucher sur la suppression des surprimes sans préjudice sur le fonctionnement du marché de l'assurance emprunteur.

Ils précisent aussi que le risque invalidité est bien plus difficile à appréhender que le risque décès ou PTIA et le sera toujours, même si l'on progresse dans l'assurabilité pour les risques aggravés. Ils considèrent que des marges de progression pourront venir par la production d'études statistiques nouvelles et indiquent être en permanence en lien avec les autorités médicales compétentes.

Les associations assument leur position de principe, qui va dans le sens d'une plus grande solidarité entre les emprunteurs, qu'ils soient ou non en risque aggravé de santé.

III.2.3 Le dispositif d'écrêtement des surprimes d'assurance

Le CISS propose trois mesures au choix pour élargir le dispositif afin qu'il profite à davantage d'emprunteurs :

- baisser le seuil de surprime au-delà duquel le dispositif s'enclenche et supprimer les conditions de ressources ; ou
- interdire les surprimes au-delà d'un certain seuil ; ou
- supprimer le mécanisme de mutualisation et le substituer par un fonds de garantie.

Les associations souhaitent également une plus grande transparence dans le fonctionnement du dispositif.

Les professionnels indiquent que les propositions faites ne sont pas conformes au principe du fonctionnement concurrentiel du marché de l'assurance emprunteur et rappellent que le dispositif d'écrêtement vise à aider les emprunteurs modestes. Ils rappellent aussi leurs efforts, le mécanisme étant financé à parité entre les établissements de crédit et les sociétés d'assurance. Ils sont cependant ouverts au dialogue et à l'amélioration du fonctionnement du dispositif.

Le président de la commission de suivi persiste à souhaiter une plus grande transparence dans le fonctionnement du dispositif d'écrêtement, auquel la commission de suivi AERAS devrait être associée. Il a fait valoir des propositions expresses en ce sens il y a deux ans. Une meilleure connaissance de son fonctionnement devrait permettre, sans trop peser sur la participation des professionnels, de mieux cibler les besoins non satisfaits qui font que les gens renoncent à emprunter parce que c'est trop cher et à élargir le nombre de bénéficiaires.

III.2.4 Les délégations d'assurance

Le CISS souhaite une nouvelle rédaction de la disposition conventionnelle relative aux délégations d'assurance afin de les rendre plus effectives pour les emprunteurs AERAS.

Cette demande n'est pas soutenue par l'ensemble de la commission. En effet, les délégations d'assurance sont appelées à se développer. Le projet de loi sur le crédit à la consommation - en cours d'examen au

Parlement - a inscrit la déliaison entre le crédit immobilier et l'assurance emprunteur (article 17). Cette disposition, qui entrera en vigueur en 2010, va faire apparaître sur le marché des offres nouvelles, faciliter l'acceptation des délégations d'assurance par les établissements de crédit et favoriser la concurrence sur le marché de l'assurance emprunteur. L'effet sera positif pour l'ensemble des emprunteurs, et en particulier pour les emprunteurs AERAS.

Les associations demandent que l'information sur la possibilité de recourir à des délégations d'assurance soit donnée au niveau de l'agence bancaire aux futurs emprunteurs.

Le président de la commission de suivi est favorable à ce que les décisions de refus de délégation soient motivées par écrit afin de permettre aux candidats à l'emprunt AERAS de saisir le cas échéant la commission de médiation.

Les professionnels rappellent qu'avant même l'évolution législative qui doit intervenir en 2010, 20% des dossiers de prêts immobiliers sont montés avec des assurances extérieures. La diffusion de la fiche d'information standardisée sur l'assurance emprunteur depuis le 1^{er} juillet 2009 (jointe en annexe) permet par ailleurs une meilleure information en amont des futurs emprunteurs sur le contenu des contrats et une comparabilité des offres d'assurance.

*

*

*

La commission de suivi indique qu'il serait bon, quel que soit le parti que prendra le gouvernement quant à l'étendue du champ du renouvellement de la convention, que les parties prenantes se rencontrent pour discuter, au vu de l'expérience accumulée, des éclaircissements et améliorations à apporter au texte de la convention AERAS.