

L'évolution des conditions d'accès au dispositif AERAS

Rapport de la Commission de suivi et de propositions
et du Groupe de Travail Droit à l'oubli
et Grille de référence AERAS

Emmanuel Constans

D^r Gilles Bignolas

Co-secrétariat :

Virginie Doublet

Edouard Jullian

– Juillet 2022 –

Introduction

L'accès à la propriété représente pour beaucoup de Français un objectif essentiel. Il repose principalement sur le crédit immobilier, lequel est très souvent conditionné à la souscription d'une assurance emprunteur. Cette assurance peut représenter jusqu'à 30 % du coût total du crédit¹.

La question de l'accès au crédit se pose avec une acuité particulière lorsqu'elle concerne des personnes candidates à l'emprunt en situation de risque aggravé de santé du fait d'une maladie ou d'un handicap. C'est pourquoi il est souhaitable que le crédit immobilier puisse être accessible à tous et notamment aux plus fragiles.

C'est précisément avec l'objectif de favoriser l'accès à l'assurance emprunteur, et donc au crédit, pour les personnes les plus fragiles que la convention « s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé » (AERAS) a été mise en place. Cette démarche conventionnelle qui associe représentants des associations de patients et de consommateurs, représentants des entreprises d'assurances et des établissements de crédit, experts scientifiques et médicaux et représentants de l'État a permis de faire progresser l'accès à l'assurance emprunteur pour les personnes présentant ou ayant présenté un risque aggravé de santé, notamment par l'instauration du droit à l'oubli et de la grille de référence AERAS (GRA).

Dans la continuité de ces avancées, la loi n° 2022-270 du 28 février 2022 pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur, dite loi Lemoine, a renforcé le droit à l'oubli et prévu que les parties à la convention négocient dans un sens plus favorable les conditions d'accès au dispositif AERAS.

Le présent rapport a ainsi pour objet d'identifier les nouveaux progrès pouvant être accomplis rapidement en vue de renforcer le droit à l'oubli et d'améliorer l'accès des bénéficiaires au dispositif, afin de répondre à la demande du législateur. Après avoir rappelé le cadre conventionnel et législatif dans lequel se sont inscrites ces négociations (**chapitre 1^{er}**), ainsi que la méthodologie de travail de la convention, fondée sur le dialogue et l'évaluation des risques (**chapitre 2**), le rapport présente les propositions issues des négociations entre les membres de la Convention et le calendrier des travaux pour les prochains mois, avec en parallèle les moyens nécessaires pour les mener à terme (**chapitre 3**).

Chapitre 1^{er} : Le cadre conventionnel et législatif des négociations

I. La convention AERAS

La convention AERAS conclue depuis 1991 entre les pouvoirs publics, les professionnels de l'assurance et de la banque et les associations de malades et de consommateurs a été mise en place afin de mener une réflexion visant à améliorer les réponses assurantielles apportées aux personnes présentant ou ayant présenté un risque aggravé de santé.

¹ Rapport du Comité consultatif du secteur financier de 2020 sur l'assurance emprunteur.

Rénovée en 2011 dans le cadre du deuxième Plan cancer, cette convention a été enrichie au fur et à mesure des négociations avec :

- D'une part, pour les prêts à la consommation, les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels et les prêts immobiliers, la mise en place d'un « droit à l'oubli » permettant aux personnes ayant été atteintes de certaines pathologies, limitées aux pathologies cancéreuses, de ne plus avoir à les déclarer au-delà d'une certaine période de temps suivant la fin de leur protocole thérapeutique ;
- D'autre part, pour les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels et les prêts immobiliers, la mise en place d'une grille de référence AERAS qui définit les caractéristiques des pathologies et les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif ni exclusion de garantie ne sera appliquée (niveau 1 de la grille), ainsi que les taux de surprimes maximaux et les exclusions de garanties applicables par les assureurs, pour certaines pathologies qui ne permettent pas aux personnes qui en souffrent d'accéder à une assurance emprunteur à un tarif standard (niveau 2 de la grille).

Outre le type de pathologies et la nature des prêts demandés, l'accès à ces dispositifs est également conditionné par l'âge de l'emprunteur, le terme des contrats devant intervenir avant le 71^{ème} anniversaire de l'emprunteur et le montant de la part assurée qui ne doit pas excéder 320 000 euros pour un prêt immobilier par emprunteur.

Les améliorations des conditions d'accès aux dispositifs AERAS issues des négociations prévues par la loi Lemoine se traduiront par une modification de la grille de référence et de l'ensemble des documents d'informations prévoyant ces modalités, qui d'un commun accord, prendront effet au 1^{er} octobre 2022. La convention AERAS sera modifiée en conséquence ultérieurement.

II. [La loi Lemoine du 28 février 2022](#)

La loi du 28 février 2022 vise à garantir un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur. Dans cet objectif, la loi a introduit la possibilité de résilier à tout moment une assurance emprunteur, ainsi que deux mesures concernant la convention AERAS et une extension du champ du droit à l'oubli :

- La loi a supprimé le questionnaire médical pour la souscription d'une assurance emprunteur à condition que la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit n'excède pas 200 000 euros par emprunteur et que l'échéance de remboursement du crédit intervienne avant le sixantième anniversaire de l'emprunteur ;
- Pour les emprunts ne remplissant pas les conditions visées ci-dessus, la loi a introduit un droit à l'oubli pour les pathologies cancéreuses et l'hépatite virale C à partir de 5 ans à compter de la fin du protocole thérapeutique et en l'absence de rechute. Avant cette loi, le droit à l'oubli était fixé à 5 ans après la fin du protocole thérapeutique pour les personnes ayant été atteintes d'une pathologie cancéreuse découvert avant l'âge de 21 ans et à 10 ans après la fin du protocole thérapeutique pour les personnes ayant été atteintes par un cancer après l'âge de 21 ans.

De plus, afin de renforcer les dynamiques des négociations au sein des instances de la convention AERAS, l'article 9 de la loi Lemoine a prévu que les parties à la convention AERAS engagent, dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la loi, une négociation sur la possibilité d'appliquer :

- Aux pathologies autres que cancéreuses, des délais au-delà desquels aucune information médicale ne peut être recueillie par les organismes assureurs (extension du droit à l'oubli de nouvelles pathologies) ;
- A davantage de pathologies autres que cancéreuses, les conditions d'emprunt prévues dans le cadre de la grille de référence AERAS ;
- Une hausse du plafond d'emprunt défini par la convention pour accéder au dispositif AERAS.

À défaut d'accord entre les parties au terme de ces négociations, la loi Lemoine a prévu la possibilité pour le pouvoir réglementaire de définir les conditions d'accès plus favorables au dispositif AERAS.

Chapitre 2 : Des avancées reposant sur le dialogue et l'évaluation des risques

I. Des négociations menées au sein des instances AERAS

Le fonctionnement et l'équilibre de la convention AERAS reposent sur la détermination préalable, grâce au dialogue, du périmètre de son application – pathologies, seuils d'accès aux différents dispositifs de la convention, garanties, grille de référence – afin que les assureurs puissent couvrir les risques en les mutualisant.

Ce dialogue s'effectue au sein d'instances qui regroupent des associations de patients, des experts scientifiques, des représentants des professions bancaires, financières et de l'assurance et des représentants de l'Etat. Les évolutions proposées reposent sur une analyse, par pathologie concernée, des progrès thérapeutiques et des données de la science disponibles.

Les dispositifs du « droit à l'oubli » et de la grille de référence ont ainsi évolué régulièrement en fonction des travaux menés par un groupe de travail, mis en place depuis 2015. Le groupe de travail soumet chaque mise à jour à opérer à l'approbation de la Commission de suivi et de propositions AERAS qui veille à la bonne application des dispositions de la convention et propose des améliorations dans l'application du dispositif conventionnel. Les principales évolutions depuis la création des dispositifs sont présentées en annexe (cf. annexe 2).

Dans le cadre des négociations prévues par la loi Lemoine, ce groupe de travail, présidé par un médecin désigné par la direction générale de la santé et composé de manière paritaire de représentants des assureurs, des associations et des agences d'expertise de l'Etat, s'est réuni à six reprises depuis mars 2022. Les résultats de ces travaux sur l'évolution du droit à l'oubli, de la grille de référence, ainsi que sur la hausse du plafond d'emprunt pour bénéficier du dispositif AERAS, détaillés au chapitre 3 du présent rapport, ont été approuvées lors de la réunion de la Commission de suivi et de proposition du 22 juin 2022.

II. Des propositions reposant sur une analyse des données scientifiques et financières

Les propositions d'avancées relatives au droit à l'oubli et à la grille de référence formulées par le groupe de travail de la convention AERAS reposent sur une analyse des données scientifiques attestant des progrès thérapeutiques et pouvant conduire à changer l'appréciation des risques attachés aux pathologies considérées. Les populations concernées par le dispositif AERAS vivent avec des pathologies complexes et longues, transmissibles et non-transmissibles, ou des handicaps dès lors que l'évolution est stabilisée ou la guérison acquise. Des données longitudinales sont nécessaires et doivent atteindre un niveau de qualité suffisant pour permettre leur prise en compte, apprécié au regard de leur méthode de recueil, des effectifs concernés, de l'analyse des biais éventuels ou encore de leur conformité aux normes scientifiques internationales.

Ainsi, les instances de la Convention ont souhaité ne pas déroger à leurs méthodes de travail habituelles fondées sur les analyses disponibles sur les effets des avancées de la science, tout en satisfaisant aux obligations introduites par la loi et notamment dans le domaine des pathologies chroniques, pour lesquelles les données sont plus difficiles à assembler. Des travaux de recherche complémentaires sont dès lors requis, nécessitant des ressources dont le groupe de travail ne dispose pas actuellement comme expliqué infra.

Concernant la hausse du plafond d'emprunt pour bénéficier du dispositif AERAS, France Assureurs a interrogé ses membres pour estimer les impacts potentiels selon les options examinées. L'homogénéité et la mutualisation des risques couverts par les assureurs nécessitent en effet de rassembler des informations permettant de qualifier les risques homogènes tant en qualité qu'en quantité (montants assurés, types de risques à couvrir, probabilité de survenance) et de répondre aux besoins de la majorité des assurés.

III. Des études à poursuivre au-delà des délais prévus par l'article 9 de la loi du 28 février 2022

La recherche thérapeutique, l'organisation des soins et leur prise en charge par l'assurance maladie ont transformé le pronostic de nombreuses pathologies au cours des deux dernières décennies. Les Plans Cancers successifs et la création de l'INCa ont permis de suivre et de piloter les résultats des prises en charge par la production et l'analyse des données cliniques et épidémiologiques, dans un souci constant d'évaluation des résultats pour les personnes. Il a donc été possible de montrer la transformation de maladies cancéreuses redoutées en pathologies chroniques, voire aigües dans les meilleurs des cas, avec un constat simple : plus long est l'intervalle sans signe de rechute après la fin des traitements, plus faibles sont les risques de santé. Ce suivi du risque par l'INCa, notamment dans le cadre de l'étude quantifiant le « temps avant guérison », affine l'estimation du risque et permet une meilleure prise en charge.

Les pathologies chroniques ne sont en revanche pas aussi bien connues compte tenu des difficultés à rassembler des données. L'assurance maladie assure une prise en charge financière à 100 % pour environ 17 % de la population française, mais la définition de ces maladies n'est pas univoque. Ces pathologies se caractérisent

essentiellement par leur durée, leur complexité et leur retentissement sur la qualité de vie des personnes atteintes. Certaines de ces pathologies, transmissibles, évoluent comme des pathologies aiguës du fait de progrès médicaux (Hépatite C), mais l'immense majorité des personnes touchées par une telle affection doivent vivre avec cette pathologie et respecter une prise en charge rigoureuse pour ne pas encourir des complications graves, voire fatales, pouvant survenir très rapidement. C'est le cas en particulier des personnes vivant avec le diabète (type I ou II), le VIH, une maladie de la coagulation, un rein ou un foie greffé, une insuffisance cardiaque. Aucune de ces personnes ne présente les mêmes risques de santé, aucune n'a la même trajectoire de vie mais elles ont en commun de devoir vivre avec une pathologie pour laquelle le temps écoulé peut être source de complications.

Au vu de cet éclairage épidémiologique, il n'est dès lors pas possible d'assimiler ces risques hétérogènes à un risque standard. Il apparaît au contraire essentiel de pouvoir poursuivre les études prospectives (études dans lesquelles on recueille les données nécessaires au protocole déterminé en amont) parmi les populations concernées par les maladies chroniques, pour affiner les connaissances et mieux prendre en compte les besoins des personnes vis-à-vis de l'assurance. Les grandes cohortes sont un des moyens disponibles, le recours à des données médico-administratives est également possible quoique moins performant.

Enfin, ces études sont réalisées depuis 2016 sans aucun support financier, à l'exception de celui de l'INCa et de l'Agence de Biomédecine (ABM). Les pathologies couvertes reflètent donc les possibilités ouvertes par les associations (Vaincre la Mucoviscidose notamment) et/ou le travail bénévole des médecins et chercheurs impliqués. Les travaux menés dans le cadre de la loi Lemoine doivent être donc l'occasion de relancer un programme pluriannuel de recherche, avec la mise en place d'un pilotage centralisé et des moyens financiers indispensables à la poursuite de ces études et de la mission du groupe de travail.

Chapitre 3 : Les propositions d'évolution du dispositif AERAS

Les négociations engagées dans le cadre de l'article 9 de la loi Lemoine, à l'appui des travaux menés par le groupe de travail « Droit à l'oubli/Grille de référence AERAS » et, pour la hausse du plafond d'emprunt, par France Assureurs, ont conduit aux propositions suivantes qui ont reçu l'accord de la Commission de suivi et de propositions le 22 juin 2022.

I. Évolution de la grille de référence AERAS

1. Évolution des conditions pour les pathologies déjà incluses dans la grille de référence AERAS

La mise à jour des connaissances concernant des pathologies chroniques, autres que cancéreuses, permet de faire évoluer la grille de référence AERAS sur :

- Le VIH : l'analyse conduite par la référente VIH du groupe de travail amène à simplifier les critères cliniques d'accès à l'assurance, déjà allégés en 2021. Cet assouplissement se traduit en premier lieu par un passage de l'infection VIH de la partie 2 à la partie 1 de la grille de référence AERAS, correspondant à une absence

de surprime et d'exclusion de garantie. Parmi les autres assouplissements (disparition de la question concernant l'usage du tabac, du dosage de la cotinine urinaire...), ceux consistant dans la suppression du critère de début de traitement après janvier 2005 et le raccourcissement des durées d'observation de réponses au traitement (un an contre deux ans) sont les plus importants. D'après une étude réalisée à partir d'une population de 47 812 personnes en 2021, compte tenu de ces évolutions, ce sont près de 50 % des personnes vivant avec le VIH qui seront désormais assurables à des conditions standards (c'est-à-dire sans surprimes ou exclusions de garanties), au bout d'un délai d'un an d'observation de la réponse au traitement. Cette proportion était seulement de 10 % dans les conditions de la grille de référence en vigueur jusqu'en 2020.

- L'hépatite C : l'absence de détectabilité du virus (réponse virale soutenue-RVS) est actuellement acquise entre 12 et 24 semaines avec un haut degré de certitude. En conséquence, le délai d'accès à l'assurance emprunteur est réduit de 48 à 24 semaines tant pour l'hépatite virale C (partie 1 de la grille de référence) que pour l'hépatite virale chronique à VHC (partie 2 de la grille de référence).

En l'absence de nouvelles données, les autres pathologies déjà incluses dans la grille de référence ne bénéficient pas de modification de leurs conditions d'accès à l'assurance emprunteur.

2. L'extension du dispositif AERAS à de nouvelles pathologies

La poursuite des objectifs fixés par la loi visant à introduire de nouvelles pathologies dans le dispositif AERAS exige d'acquérir de nouvelles connaissances sur ces pathologies et par conséquent de mener de nouvelles études qui sont en cours et dont l'aboutissement est prévu selon le calendrier suivant.

a) Etudes dont la fin est prévue pour 2022

- Les épilepsies : environ 600 000 personnes, dont 50 % d'enfants, sont concernées par une forme étiologique d'épilepsie. Plusieurs équipes travaillent dans le champ de ces pathologies dans le cadre de l'Inserm et un réseau sentinelle des patients épileptiques a été mis en place.

Un rendez-vous de cadrage avec un référent universitaire a permis d'aboutir à la constitution d'une équipe de projet incluant les deux associations principales dans ce domaine, France Epilepsie et la Ligue contre l'Epilepsie, ainsi que plusieurs enseignants impliqués dans la recherche et les soins. La recherche de littérature scientifique pertinente est en cours, les critères de jugement ainsi que les objectifs sont fixés et la méthode de partage est convenue.

- Les cancers de bon pronostic (T1 N0 M0) : la possibilité d'un accès plus précoce au « droit à l'oubli » peut être envisagée pour certaines pathologies cancéreuses à l'issue d'un travail d'analyse de données proposé par l'Inca. Une réunion de travail spécifique est à l'ordre du jour sur ce sujet en septembre prochain, pour une conclusion rapide reposant sur des données disponibles, à retraiter dans cet objectif (protocole de recueil des données à repenser pour en extraire davantage afin d'identifier, sur des bases élargies, les groupes de bon pronostic).

b) Études dont la fin est prévue en 2023 – 2024

- L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) bénéficiant d'un traitement de substitution par dialyse ou par greffe: l'Agence de Bio-Médecine et son conseil scientifique ont prévu une analyse spécifique portant sur le pronostic des greffés jeunes, dont la préparation des données est en cours, ainsi qu'une analyse des données en 2023 du registre REIN, ajoutant ainsi deux années de suivi aux données disponibles jusqu'à présent et une présentation nouvelle des résultats sous forme de calculs en espérance de vie par type de population.

Il est à noter que la pandémie de Covid-19 a considérablement impacté l'accès aux soins des patients en IRCT, aggravant la morbi-mortalité de cette population fragile et rendant plus difficile la collecte des données.

- Les hémophilies A et B, maladie de Von Willebrand (entre 8 000 et 9000 personnes en France) : le plan d'étude mobilisant les données de FranceCoag (INTHEMO) fourni par l'Association française des hémophiles (AFH) s'étendait sur 10 mois et aurait dû produire des premières analyses en juin 2022. Cependant, des difficultés de mobilisation des universitaires, du fait de la crise sanitaire, ont retardé considérablement le début des études. Il faut désormais envisager un aboutissement de l'étude à la fin 2023 - début 2024. Les travaux préliminaires et le plan d'analyse sont néanmoins achevés et la communication avec l'équipe de recherche est solidement maintenue par la cheffe de projet AFH.
- Étude sur les incapacités de travail et l'invalidité: actuellement, les termes de la grille de référence sont fixés en ne considérant que les données de morbi-mortalité fournies par les études épidémiologiques, sans que le risque « incapacité de travail – invalidité » ait été renseigné. Une part éventuellement importante du risque est donc actuellement assumée par les assureurs en dehors de toute quantification. Une étude menée en collaboration entre l'Institut des actuaires et l'Inserm doit permettre à son issue la prise en compte de ce risque.

c) Études dont la fin est prévue au-delà de 2023 – 2024

Plusieurs pathologies non cancéreuses présentent la difficulté de ne pas avoir fait l'objet d'études épidémiologiques d'ampleur, alors que les données pourraient être aisément accessibles. Pour autant, leur intérêt est évident du point de vue de la santé publique et des personnes qui en sont atteintes :

- Le diabète de type I et II: plus de 3,5 millions de français sont touchés par cette pathologie, soit 5,3 % de la population. Les chiffres fournis par Santé Publique France sont ceux de l'assurance maladie, qui recense les personnes recevant un traitement pharmacologique et bénéficiant d'examens de dépistage des complications du diabète. Il n'existe pas de base unique rassemblant les données cliniques relatives à ces personnes. Un travail de collecte de données à partir d'informations de natures diverses (Health data hub, assurance maladie, association française des diabétiques (AFD), trois études ENTRED, suivis de cohorte, essais cliniques) est à entreprendre. Après un inventaire partagé des sources, une première expertise des données sera entreprise au début de l'année

2023. Cette pathologie étant emblématique des maladies chroniques non-transmissibles, la méthodologie devra être rigoureuse.

Cette étude pourrait prendre une dimension européenne, sur le modèle de la collaboration pour les pathologies cancéreuses. La Belgique a ainsi lancé une étude concernant le diabète de type I et a fait part de son accord de principe pour collaborer avec la France sur ce projet. Des échanges sont également menés avec les correspondants des autres Etats membres afin de vérifier un éventuel intérêt partagé pour une étude plus élargie.

- Les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) : elles concernent près d'1,5 million de personnes. Des données épidémiologiques existent, de qualités différentes : observatoire national des MICI (Association François Aupetit), registre EPIMAD, dont il reste à reprendre les données sous l'angle du risque. Plusieurs cohortes européennes comparables (Suisse, Norvège) pourraient également être utilisées.
- La sclérose en plaques (SEP) : cette pathologie a déjà fait l'objet d'une pré-étude négative lors de la mise en place en 2016 du Plan maladies neuro-dégénératives. Le but était de pouvoir reconnaître les cas de bon pronostic, permettant notamment de mener une vie professionnelle, avant une évolution invalidante. À cette époque, les données étaient insuffisantes pour arriver à une conclusion. Il est proposé de reprendre officiellement contact avec les promoteurs du plan de 2016 et avec la Ligue contre la sclérose en plaques pour faire un point sur la disponibilité éventuelle de nouvelles connaissances que ce plan devait générer.
- Pour d'autres pathologies rares (maladies vasculaires rares, association FAVA-Multi; atrésies congénitales de l'œsophage, association AFAO), les actions de quelques associations hébergées par l'APHP ont pu aboutir à l'animation d'études de cohortes : étude ComPaRe - Syndrome de Marfan, étude CoGRare5 (en cours). Ces associations sont intéressées à participer aux travaux entrant spécifiquement dans le cadre de la loi du 28 février 2022, mais l'expertise des données disponibles n'a pas encore pu prendre place.

II. Évolution du plafond d'emprunt pour bénéficier du dispositif AERAS

La question de l'évaluation des impacts potentiels de la hausse du seuil du montant des prêts concernés par la Convention AERAS a été examinée par France Assureurs. Des échanges ont eu lieu avec ses membres pour estimer les impacts potentiels, avec plusieurs paliers examinés permettant de répondre à l'obligation de la loi tout en étant compatible avec les conditions de la convention AERAS. Celles-ci reposent sur des principes et des fondements importants (aléa, mutualisation) qui nécessitent de rassembler des risques homogènes tant en qualité qu'en quantité (montants assurés, types de risques à couvrir, probabilité de survenance) et permettent de répondre aux besoins de la majorité des assurés.

Dans les conditions actuelles de la convention AERAS, soit avec un plafond d'emprunt pour bénéficier du dispositif AERAS fixé à hauteur de 320 000 euros, plus de 96 % des demandes d'assurance emprunteur présentant un risque aggravé de santé reçoivent chaque année une proposition d'assurance couvrant au moins le risque de décès. Les 4 % restant représentent des demandes présentant des risques très aggravés de santé

non assurables. Si l'on exclut les demandes en cours d'instruction et celles sans suite des assurés, les assureurs font chaque année des propositions d'assurance pour 99,5 % des demandes d'assurance de prêts.

Le seuil défini par la convention permet aux assurés de bénéficier de la grille de référence, de l'écrêtement : les potentielles surprimes des contrats d'assurance emprunteur liées aux risques aggravés de santé sont prises en charge, sous conditions de revenus, par l'ensemble des assureurs et des banques/établissements de crédit, facilitant ainsi l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé et disposant de revenus modestes ; et du 3^{ème} niveau géré par le Bureau commun d'assurances collectives (BCAC). Le 3^{ème} niveau d'AERAS permet de proposer des solutions pour des demandes d'assurance emprunteur avec des risques très aggravés de santé qui sont refusées aux premier et deuxième niveaux parce que les risques sont par nature plus importants (risques de décès et/ou invalidité) et impossibles à couvrir par les assureurs à ces niveaux. Ces propositions restent possibles grâce à la mutualisation par l'ensemble des assureurs dans des conditions et des limites sur les montants assurés et sur l'âge.

Après consultation de France Assureurs et de ses membres, il a été proposé à la Commission de suivi et de propositions, qui a donné son accord, de fixer le nouveau seuil à 420 000 euros pour bénéficier de la grille de référence, de l'écrêtement et du 3^{ème} niveau, soit une augmentation de 30 % du seuil actuel. Cette proposition est fondée sur plusieurs critères :

- Le niveau du prêt moyen assuré pour des prêts immobiliers a augmenté entre 2015 et 2022 en moyenne entre 20 % et 30 % et l'augmentation du seuil sera en cohérence avec cette augmentation ;
- Le nouveau seuil de 420 000 euros permettra de couvrir la quasi-totalité des demandes de prêts concernés par le risque aggravé de santé, dans les conditions d'assurabilité définies par la convention ;
- Les emprunts avec des montants supérieurs à 420 000 euros présentant un risque aggravé de santé dans les portefeuilles des assureurs restent contenus en nombre mais significatifs en termes de capitaux assurés (en moyenne 5 % du nombre total des dossiers pour 20 % des capitaux assurés). Il s'agit d'emprunteurs avec des montants qui peuvent être très importants qui trouvent généralement toujours des solutions « sur mesure » ou des garanties alternatives (caution, hypothèque).

Ce seuil maximal, associé à celui sur l'âge, permet ainsi aux assureurs et aux réassureurs d'avoir une base solide avec des informations et des outils définis leur garantissant de déterminer les conditions de couverture, de mutualisation et de réassurance des risques pour la grande majorité des prêts concernés.

III. [Mise en place des moyens financiers et humains indispensables pour concrétiser de nouveaux progrès en matière de couverture des risques aggravés de santé](#)

La Commission de suivi et de propositions estime nécessaire à la poursuite de sa mission et de celle du groupe de travail sur le droit à l'oubli et la grille de référence AERAS que des moyens financiers et humains soient mis en place. Pour mener à bien les travaux urgents s'inscrivant dans le cadre de la loi Lemoine en vue de nouveaux

résultats concernant les pathologies cancéreuses et non cancéreuses, des moyens budgétaires dédiés aux études et recherches de la Convention Aeras seraient nécessaires pour 2022, 2023 et les années suivantes.

Des propositions financières du groupe de travail ont été mises au point avec les associations et organismes en charge des pathologies concernées. Elles ont été reprises par la Commission de suivi et de propositions et font l'objet d'une synthèse en annexe 4. L'estimation globale des besoins d'Aeras pour les années 2022 et 2023 s'élève à 570 000 €. Elle sera complétée d'ici la fin septembre 2022 pour les programmes dont le coût n'est pas encore chiffré et qui concernent notamment l'épilepsie, les cancers de bon pronostic et les maladies rares.

Sur la base des financements budgétaires qui pourraient être alloués en 2022/2023, un programme pluriannuel de recherche, associant financements publics et privés, pourra être préparé. La Commission de suivi et de propositions a également commencé à examiner comment un programme européen de couverture des risques aggravés de santé, à bâtir avec des pays tels que la Belgique et les Pays-Bas, pourrait contribuer aux financements nécessaires. Des propositions pourraient être soumises en la matière à la Commission européenne et au Parlement européen.

Conclusion

L'adoption de la loi Lemoine confirme que le dispositif conventionnel est identifié et ses travaux reconnus. Les négociations menées dans le cadre de cette loi permettent de faire des avancées notables, dès maintenant, sur l'infection VIH et l'hépatite C, ainsi que sur le plafond d'emprunt pour bénéficier du dispositif AERAS.

Les délais prévus par la loi sont néanmoins resserrés. Les travaux menés depuis la promulgation de la loi pourront ainsi s'inscrire dans le cadre d'un programme de travail prévisionnel pluriannuel.

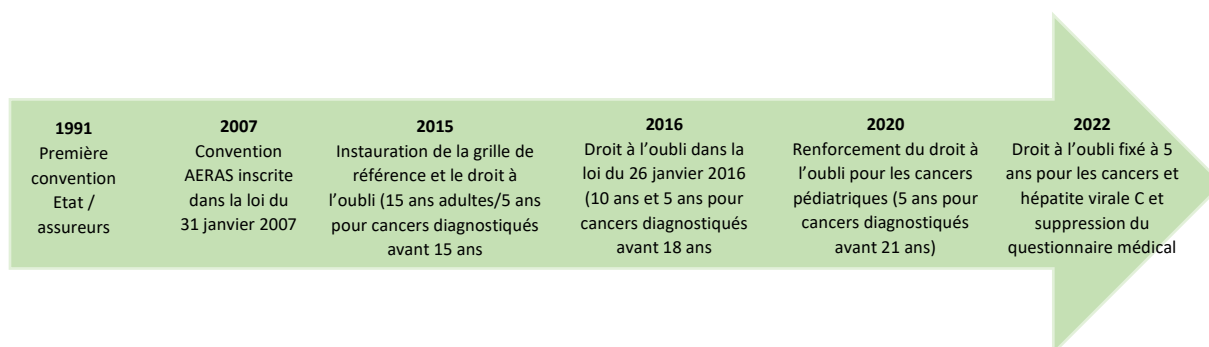
Pour cela, la Convention doit désormais franchir une nouvelle étape, celle de la structuration d'une équipe chargée de l'instruction et du pilotage des projets et celle de la mobilisation des financements, publics ou privés, nécessaires à la réalisation des études épidémiologiques indispensables à l'accomplissement des travaux du groupe Droit à l'oubli et grille de référence. Une estimation précise des besoins nécessaires est fournie par le présent rapport.

Les travaux AERAS, dans leurs réalisations comme dans leurs imperfections, ont fait la démonstration que l'accès de tous au crédit s'est élevé au rang de sujet de société.

ANNEXE 1 : Dispositifs AERAS actualisés

Accès à l'assurance	Dispositif applicable
Accès à une assurance dans les conditions standards	Pas de questionnaire médical Conditions : 1/ la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit n'excède pas 200 000 euros par emprunteur ; 2/ l'échéance de remboursement du crédit intervient avant le 60 ^{ème} anniversaire de l'emprunteur ; 3/ pour les prêts immobiliers octroyés à des consommateurs pour l'acquisition de biens à usage d'habitation et à usage mixte habitation et professionnel
	Droit à l'oubli L'assuré n'a pas à déclarer son ancienne pathologie cancéreuse ou hépatite virale C (5 ans après la fin du protocole thérapeutique). Conditions : 1/ l'échéance du contrat intervient avant le 71 ^{ème} anniversaire de l'emprunteur ; 2/ pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés, les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers
	Convention AERAS – niveau 1 L'assuré déclare sa pathologie et l'assureur se réfère à la grille de référence : pas de surprime ni d'exclusion de garantie. Conditions : 1/ montant du prêt n'excède pas 420 000 € par emprunteur ; 2/ échéance du contrat avant le 71 ^{ème} anniversaire ; 3/ pour les prêts immobiliers et les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels
Accès à une assurance dans des conditions spécifiques	Convention AERAS – niveau 2 L'assuré déclare sa pathologie et l'assureur se réfère à la grille de référence : un service médical spécialisé analyse le dossier, proposition de contrat avec conditions particulières, surprime plafonnée ou exclusion de garantie. Conditions : 1/ montant du prêt n'excède pas 420 000 € par emprunteur ; 2/ échéance du contrat avant le 71 ^{ème} anniversaire ; 3/ pour les prêts immobiliers et les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels
	Convention AERAS – niveau 3 Pool des risques aggravés étudiés par des réassureurs: négociation entre les parties hors grille de référence. Conditions : 1/ montant du prêt n'excède pas 420 000 € par emprunteur ; 2/ échéance du contrat avant le 71 ^{ème} anniversaire ; 3/ pour les prêts immobiliers et les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels

ANNEXE 2 : Evolution de la convention AERAS et de la grille de référence



La première grille de référence a été soumise à la commission de suivi et de propositions (CSP) en décembre 2015 pour une publication le 4 février 2016. Celle-ci comportait les conditions d'accès à une assurance emprunteur sans surprime ni exclusion pour six affections : hépatite virale C (traitée au stade F2) et cinq cancers de très bon pronostic. Le modèle est toujours d'actualité après quatre éditions, complété par une partie II de la grille, traitant des conditions d'accès à l'assurance mais avec certaines surprimes ou exclusions de garanties.

La liste des pathologies s'est accrue incluant, outre des cancers, des pathologies chroniques stabilisées par un traitement, une maladie génétique, des affections sous surveillance active mais non traitées.

1° Les travaux menés entre 2016 et 2019 ont permis de mettre au point une méthode de travail et des avancées vers les pathologies chroniques :

Sur la lancée de la rédaction de la première grille de référence, le groupe de travail « Droit à l'oubli et Grille de référence » a établi dans la durée ses règles de fonctionnement :

- Les pathologies étudiées entraînent des risques aggravés de santé, mesurés par des études de niveau de preuve élevé : longitudinales, prolongées, de méthodologie explicite, produisant des données publiées ou en cours de publication dans des revues à comité de lecture reconnu, capables d'entraîner un consensus ;
- Les experts de ces pathologies sont appelés à présenter les travaux disponibles au groupe de travail, qui fait sa propre recherche et la partage entre ses membres ;
- Les documents sont conservés et une veille est entreprise à l'issue de la publication des différentes éditions de la grille de référence ; ainsi, une révision des conditions d'accès à l'assurance est possible, dès que de nouvelles études permettent d'en tirer des conclusions plus favorables aux candidats à l'assurance.

C'est en procédant de la sorte qu'ont pu figurer dans la grille de référence :

- Les conditions d'accès à l'assurance pour les personnes vivant avec le VIH, en 2017, après plus de 6 mois de travail, et une large compilation des études internationales, plus particulièrement européennes et françaises ;

- Les conditions d'accès à l'assurance pour les personnes vivant avec une mucoviscidose, en 2018, à la suite d'une étude financée par l'association « Vaincre la mucoviscidose » à partir de son propre registre labellisé par l'Etat. Il s'agissait de la première maladie « rare » figurant dans la grille de référence.
- Les conditions d'accès pour 20 situations de risques aggravés de santé, en 2019, dont une grande majorité de pathologies cancéreuses du fait de la mise à disposition du groupe de travail des études spécifiques réalisées par l'INCa.

2° Les travaux entre 2019 et 2021 qui ont abouti à une modification du droit à l'oubli ou de la grille de référence :

- Assouplissement des conditions d'accès à la grille de référence pour certains cancers du sein/juin 2019 :

Les avancées portent sur la situation de personnes ayant été atteintes de cancers du sein infiltrants et traitées au stade 1.

Un accès à l'assurance après un délai post-thérapeutique de 7 ans sans surprime (partie I de la GRA) et de 3 ans avec surprimes (partie II de la GRA) a été intégré dans la GRA en juin 2019. Cette évolution constitue une avancée importante puisqu'elle concerne 35 % des femmes qui ont un cancer du sein invasif.

- Assouplissement des conditions d'accès au droit à l'oubli pour les personnes atteintes de cancers pédiatriques/Février 2020 :

La loi du 8 mars 2019 visant à renforcer la prise en charge des cancers pédiatriques a conduit les instances du dispositif AERAS à examiner si l'application des conditions d'accès au " droit à l'oubli " des pathologies cancéreuses survenues avant 18 ans (5 ans à compter de la fin du protocole thérapeutique) pourrait bénéficier aux pathologies survenues avant 21 ans.

La CSP s'est prononcée en ce sens le 26 février 2020, en adoptant les conclusions du groupe de travail « Droit à l'oubli et Grille de référence », fondées sur une étude de l'Institut national du cancer. Cette évolution est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2020 et est intégrée dans la nouvelle version de la Convention AERAS qui est publiée sur le site officiel AERAS depuis le 15 mars 2021.

- Assouplissement des conditions d'accès à la grille de référence pour les personnes atteintes du VIH /Mars 2021 :

Après des travaux débutés en 2020 sur demande de l'association AIDES, le groupe de travail « Droit à l'oubli et Grille de référence » est parvenu, par décision du 10 mars 2021, à un consensus pour assouplir quatre conditions d'accès à la grille de référence pour le VIH sur la base notamment de l'espérance de vie à compter du traitement, établie par le retraitement de données très récentes spécialement produites pour AERAS (Anti-Retroviral Treatment Cohort Collaboration - ARTCC) :

- Condition de durée : la durée maximale prévue par la grille de référence entre le début du traitement et la dernière échéance de remboursement est portée de 27 ans à 35 ans ;
- Absence d'usage de substances illicites : critère abandonné ;

- Absence de « stade SIDA »: ce critère est remplacé par l'exigence d'une absence d'infection opportuniste en cours² ;
- Taux de CD4 (protéine dont le taux chute en cas de VIH) supérieur au seuil de 350/mm³ sur toute l'histoire de la maladie: critère abandonné au profit de la nécessité de démontrer un contrôle strict de la charge virale (indétectable) 12 mois après le début du traitement, ainsi qu'un taux de CD4 supérieur ou égal à 500/mm³ dans les 24 mois précédant la souscription, avec maintien d'une charge virale indétectable.

La CSP a entériné ces avancées le 12 mars 2021.

- Intégration de la leucémie lymphoïde chronique diagnostiquée dans la grille de référence/Mars 2021:

Le groupe de travail est également parvenu le 10 mars 2021 à un consensus pour permettre un accès à l'assurance emprunteur facilité pour les personnes atteintes de leucémie lymphoïde chronique diagnostiquée sans traitement nécessaire, en intégrant ces pathologies dans la grille de référence. La CSP a entériné ces avancées le 12 mars 2021.

Si les conditions de la grille sont satisfaites (âge compris entre 25 et 70 ans, stade A de la classification de Binet, compte de lymphocytes inférieur à 15000/mm³, et profil IGHV muté), les garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) et la garantie invalidité spécifique (GIS) sont accordées pour une durée maximale de prêt de 15 ans (à rembourser avant un âge limite de 70 ans) avec un taux de surprime plafonné à 100 %.

² Infection opportuniste : infection due à des germes habituellement peu agressifs mais qui sont susceptibles de provoquer de graves complications en affectant des personnes ayant un système immunitaire très affaibli.

ANNEXE 3 : Grille de référence AERAS actualisée

Partie I :

Pathologies à déclarer à l'assureur lors du remplissage du questionnaire de santé sous peine de sanction (conformément aux Codes des assurances ou de la mutualité) et qui permettent l'accès à l'assurance à des conditions d'acceptation sans surprime ni exclusion si elles répondent aux critères ci-dessous.

Types de pathologies	Types histologiques et stades de référence - stades pré-thérapeutiques retenus par la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) (1)	Délai d'accès à compter de la fin du protocole thérapeutique et sans rechute (2)
Cancers du testicule	Séminomes purs, stade I	3 ans
Cancers du sein <i>in situ</i>	Carcinome lobulaire ou canalaire <i>in situ</i> strict sans caractère micro-infiltrant Traitement selon le consensus HAS/INCa réalisé Carcinome canalaire <i>in situ</i> présentant lors de l'exérèse chirurgicale une ou plusieurs zones de micro-invasion (rupture de la membrane basale) n'excédant pas 1 mm (dans le plus grand axe) et dont l'exploration axillaire (ganglion sentinelle ou curage axillaire) ne montre pas d'envahissement du ou des ganglions prélevés Traitement selon le consensus HAS/INCa réalisé	1 an
Mélanome de la peau	Mélanome <i>in situ</i> pur sans caractère micro-infiltrant ou de niveau I de Clark - Exérèse complète - Absence de syndrome des nævi dysplasiques	1 an
Cancer du col de l'utérus	Classe CIN III (ou HSIL) ou <i>in situ</i> pur sans caractère micro-infiltrant Application d'un traitement de référence en vigueur au moment de la prise en charge et une surveillance selon recommandations HAS	1 an
Cancers du côlon et du rectum	Stade Tis (stade 0) : - Plus de 50 ans au diagnostic Stade I : T1N0M0 : - Plus de 50 ans au diagnostic - Type histologique : adénocarcinome	1 an 4 ans
Cancers de la thyroïde	Papillaire/vésiculaire, < 45 ans au diagnostic, stade I Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade I ou II	3 ans 3 ans

Leucémie aigue promyélocytaire / LAP / LAM3	<ul style="list-style-type: none"> - Quel que soit le nombre de leucocytes au diagnostic - Traitement réalisé 	3 ans
Hépatite virale C	<p>Score de fibrose initiale inférieur ou égal à F2 confirmé par au moins 2 tests non-invasifs ou par examen histologique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réponse virale soutenue quel que soit le traitement - Pas d'épisodes antérieurs d'infection par le VHC - Pas de co-infection par le VIH, le virus de l'hépatite B <p>Echographie hépatique normale, sans dysmorphie ni stéatose.</p>	24 semaines
Infection par le VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Charge virale indétectable un an après instauration du traitement - CD4 \geq 500/mm³ et charge virale indétectable dans les 12 derniers mois précédant la souscription ; - Absence d'infection opportuniste en cours ; - Absence de co-infection actuelle par le VHB ou VHC ; - Absence de co-infection passée par le VHC, sans stade de fibrose strictement supérieurs à F2 ; - Absence de maladie coronarienne et d'AVC ; - Absence de cancer en cours, ou dans les antécédents notés dans les 10 années antérieures ; - Absence d'arrêt de travail en cours et d'invalidité à la date de souscription ; - Bilan biologique de moins de 6 mois avec résultats dans les normes du laboratoire : <ul style="list-style-type: none"> • hépatique (transaminases ALAT, ASAT, GGT) ; • fonction rénale (DFG) ; • contrôle de la glycémie à jeun, bilan lipidique (exploration d'une anomalie lipidique) ; - Marqueurs viraux : <ul style="list-style-type: none"> • marqueurs VHB : Ag HBs négatif, ADN viral négatif ; <p>marqueurs VHC : ARN viral négatif, avec recul de 24 semaines.</p>	<p>1 an</p> <p>Durée entre début de traitement et fin du contrat d'assurance emprunteur plafonnée à 35 ans.</p> <p>Durée maximale de couverture du prêt fixée à 25 ans.</p>

(1) Types histologiques et stades de référence - stades pré-thérapeutiques retenus par la réunion de concertation pluridisciplinaire déterminés comme suit :

- en cas de chirurgie première, par le compte-rendu anatomopathologique définitif et le bilan d'extension initial définissant un stade « p » TNM
- dans les autres cas, par les données d'imagerie initiales et le bilan d'extension initial définissant un stade « c » TNM ou « u / us » TNM

(2) Un traitement d'entretien peut avoir été institué à la suite du protocole thérapeutique, sans influence sur le délai d'accès.

Le Trastuzumab pouvant faire partie d'un protocole thérapeutique initial ou d'un traitement d'entretien, n'est pas pris en compte.

Il est rappelé ici que les conditions d'accès à une assurance emprunteur sur la base des délais mentionnés ci-dessus sont conditionnées à l'absence d'autres facteurs de risques ou pathologies existantes.

Partie II :

Pathologies à déclarer à l'assureur lors du remplissage du questionnaire de santé sous peine de sanction (conformément aux Codes des assurances et de la mutualité) et qui permettent l'accès à l'assurance à des conditions d'acceptation se rapprochant des conditions standard (avec une surprime plafonnée, applicable par les assureurs) si elles répondent aux critères énoncés ci-dessous.

Types de pathologies	Définition précise	Délai d'accès à compter du diagnostic	Détail des conditions d'acceptation par garantie et surprime maximale applicable par l'assureur
Hépatite virale chronique à VHC Score de fibrose à F3	Score de fibrose au début du traitement égal à F3 : -Avec les résultats suivants de : Fibroscan : 9,5 à 12,5 kPa Fibrotest : 0,59 à 0,72 Fibromètre : 0,72 à 0,84 -Réponse virale soutenue, quel que soit le type de traitement ; -Absence d'épisodes antérieurs d'infection par le VHC ou de carcinome hépatocellulaire (CHC) ; -Absence de co-infection par les virus : VIH, VHB ; -Absence d'évolution vers une cirrhose ; -Absence de manifestation extra- hépatique résiduelle de l'hépatite C (lymphome, cryoglobulinémie mixte, vascularite systémique, glomérulonéphrite membrano- proliférative, neuropathies périphériques, polyarthrites inflammatoires) ; -Echographie hépatique de moins de 6 mois sans signe de stéatose ; -Bilan biologique de moins de 6 mois : ASAT, ALAT, Gamma GT normales, numération des plaquettes $\geq 150\ 000/\text{mm}^3$, TP $\geq 80\%$, albuminémie $\geq 40\text{g/l}$, alphafoetoprotéinémie $< 10\text{ ng/ml}$.	24 semaines à compter de la fin du traitement	- <u>Décès et PTIA</u> : surprime plafonnée à 125% - <u>GIS</u> : non proposée
Astrocytome pilocytique	-Age au diagnostic : ≥ 21 ans et ≤ 60 ans -Histologie : astrocytome pilocytique de grade I uniquement -Traitement : chirurgie exclusive avec exérèse complète de la tumeur	4 ans à compter de la chirurgie	- <u>Décès et PTIA</u> accordées sans surprime - <u>GIS</u> accordée sans surprime sous réserve de l'absence de complications ou séquelles

Leucémie myéloïde chronique (LMC)	<ul style="list-style-type: none"> -Traitement en cours -Transcrit bcr-abl strictement indétectable avec les techniques de détection en vigueur au jour de la souscription, et durant une période de 36 mois continus précédant la souscription avec les techniques validées en vigueur sur cette période 	5 ans à compter du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Décès et PTIA</u> surprime plafonnée à 150% - <u>GIS</u> : surprime plafonnée à 150%
Leucémie de Burkitt / lymphome de Burkitt / LAL3	<ul style="list-style-type: none"> -Age ≤ 60 ans -Performance Status (définition de l'OMS) 0 ou 1 -Traitement réalisé 	5 ans à compter du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Décès et PTIA</u> surprime plafonnée à 50% - <u>GIS</u> : surprime plafonnée à 50%
Mucoviscidose	<p>1) Conditions <i>cumulatives</i> de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Age ≥ 18 ans et ≤ 40 ans -Non-transplanté -Indice de masse corporelle, IMC ≥ 17 kg/m² -VEMS ≥ 25% de la valeur théorique -Absence de diabète -Absence de pneumothorax dans l'année écoulée -Absence de colonisation à Burkholderia cepacia -Absence de colonisation à Mycobactérie atypique -Corticothérapie systémique pendant < (moins de) 3 mois dans l'année écoulée -Absence d'oxygénothérapie de longue durée -Absence de ventilation non-invasive de longue durée <p>2) Conditions <i>complémentaires</i> aux précédentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Soit : Absence de colonisation à P. aeruginosa, -Soit : colonisation à P. Aeruginosa <i>mais</i> absence d'insuffisance pancréatique exocrine 	Pour une durée de prêt de 10 ans maximum	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Décès</u> avec une surprime plafonnée à 400% - <u>PTIA et GIS</u> : non proposées
Adénocarcinome de la prostate en surveillance active	<ul style="list-style-type: none"> -Age au diagnostic : ≥ 55 ans -Stade clinique ≤ T1c -PSA ≤ 10 ng/mL -Score de Gleason ≤ 6 -Nombre de biopsies positives ≤ 2 et % de tissu malin par carotte ≤ 50% ; Histologie : adénocarcinome pur, strictement intra-glandulaire -Exclusion de tout traitement et notamment hormonothérapie 	Sans délai	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Décès et PTIA</u> accordées avec une surprime limitée à 75% - <u>GIS</u> : non proposée

Adénocarcinome de la prostate	Stade	Critères	PSA après prostatectomie radicale (dosage datant de moins de 6 mois)	PSA après radiothérapie conformationnelle ou curiethérapie (dosage datant de moins de 6 mois)		- <u>Décès / PTIA</u> accordées sans Surprime - <u>GIS</u> accordée sans surprime sous réserve de l'absence de complications ou séquelles
	T1N0M0 T2aN0M0	PSA < 10 ng/ml et Gleason ≤ 6	Inférieur à 0,1 ng/ml	Inférieur à 1,5 ng/ml	1 an	Tarif normal
Cancers du sein Infiltrants	<ul style="list-style-type: none"> - Carcinome lobulaire ou canalaire infiltrant - Stade I³ [pT1N0M0] <ul style="list-style-type: none"> - Plus grand diamètre tumoral ≤ 20mm - Absence d'envahissement ganglionnaire ou seule présence de cellules isolées ≤ 0,2mm - Absence de métastases à distance - Grade SBR I et II - Reprise sans restriction médicale de l'activité sans interruption supérieure à 3 mois depuis 1 an minimum 			3 ans	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Décès</u> : surprime plafonnée à 100% - <u>PTIA</u> : surprime plafonnée à 100% - <u>Incapacité et invalidité</u> : surprime plafonnée à 100% 	
Leucémies Lymphoïdes Chroniques	<ul style="list-style-type: none"> - Leucémie lymphoïde chronique détectée chez une personne dont l'âge est compris entre 25 et 70 ans, - Et ne nécessitant aucun traitement à la date de la souscription. - Classification de Binet : stade A. - Lymphocytose strictement inférieure à 15 000/mm³. - Profil IGHV (immuno-globulin heavy chain variable region) muté. 				<p><u>Décès</u> : garantie accordée pour une durée maximale de couverture du prêt de 15 ans. Taux de surprime plafonné à 100%</p> <p><u>PTIA</u> : Accordée dans les mêmes termes que ci-dessus.</p> <p><u>GIS</u> : Accordée dans les mêmes termes que ci-dessus.</p>	

³ Selon la classification de l'AJCC de 2018

<p>Méningiomes cérébraux de grade I opérés</p>	<p>-Résection chirurgicale complète -Absence de récurrence à l'imagerie cérébrale -Absence de radiothérapie -Absence de déficit cognitif ou neurologique</p> <p>Toutes séquelles seront à tarifier séparément (ex : épilepsie)</p>	<p>Délai d'accès de 2 ans après la fin du traitement chirurgical</p>	<p>- <u>Décès</u> : garantie accordée avec une extra-mortalité temporaire de 6 pour mille annuel** du capital restant dû jusqu'à 5 ans après le traitement chirurgical</p> <p>- <u>PTIA et GIS</u> accordées dans les mêmes conditions que la garantie Décès</p>
<p>Méningiomes cérébraux « non évolutifs »</p>	<p>-Stabilité à l'imagerie cérébrale depuis 5 ans dans tous les cas -Absence de déficit cognitif ou neurologique</p> <p>Toutes séquelles seront à tarifier séparément (ex : épilepsie)</p>	<p>Durée de couverture du contrat d'assurance emprunteur dans les limites d'âges définies par la convention AERAS</p>	<p>- <u>Décès</u> : garantie accordée avec une extra-mortalité temporaire de 6 pour mille annuel** du capital restant dû jusqu'à 10 ans après le traitement chirurgical</p> <p>- <u>PTIA et GIS</u> accordées dans les mêmes conditions que la garantie Décès</p>

ANNEXE 4 : Synthèse des propositions

Projet	MOA / MOE	Période d'étude	Coût estimé	Commentaires
<p>Epilepsie :</p> <p>Identification des différents groupes de patients selon les niveaux de risque.</p> <p>Revue systématique des études longitudinales pertinentes + données de registre</p>	<p>MOA : Sous-groupe de travail DOGRA associant les 2 associations : France Epilepsie, La Ligue contre l'Epilepsie</p> <p>MOE : Sous-groupe de travail DOGRA</p>	2022	<p>Coût d'acquisition / droits de copie des publications :</p> <p>A préciser.</p>	Equipe de travail entièrement bénévole. Projet de publication.
<p>Etude du risque : Incapacités de travail/invalidité, dans le cadre AERAS</p> <p>Exploitation secondaire de données en cancérologie mises gracieusement à disposition par la plate-forme INCa</p>	<p>MOA : Institut des Actuaires / INCa</p> <p>MOE : Inserm</p>	2022-2025	<p>Extraction, management de données, analyse et traitement :</p> <p>100 000 Euros par an (salaire + charges d'un ETP chercheur + précarité + frais de gestion) durant 4 ans.</p> <p>Etude déjà engagée par l'Inserm pour un montant actualisé de 60 000 €.</p>	Complément méthodologique indispensable au dispositif AERAS, les risques actuellement étudiés sont limités à la morbi-mortalité.
<p>Insuffisance rénale chronique terminale sous traitement de suppléance :</p> <p>Identification des différents groupes de patients selon les niveaux de risque</p> <p>Etude rétrospective à partir des données du registre REIN, complément d'étude en espérance de vie, et sous-groupe des greffés dans leur enfance</p>	<p>MOA : sous-groupe de travail AERAS dont Renaloo et France-Rein</p> <p>MOE : Agence de Bio-médecine (ABM), équipe du registre REIN</p>	2022-2023	<p>Management des données, analyse et traitement : 80 000 Euros répartis sur deux ans (salaire chargé d'un bio-statisticien ABM à temps partiel)</p>	Etude engagée dès 2015, financée en 2016 pour un an par un budget ABM. Actualisation nécessaire des données, + nouvelle analyse
<p>Cancers de bon pronostic :</p> <p>Etude de la possibilité de réduction du délai légal d'accès au « droit à l'oubli » pour des cancers de bon pronostic, figurant au tableau 1 de la grille de référence AERAS</p> <p>Etude longitudinale rétrospective à partir des données des registres Cancer</p>	<p>MOA : groupe de travail AERAS</p> <p>MOE : INCa</p>	2022	<p>Management des données, analyse et traitement</p>	Budget alloué par l'INCa

<p>Hémophilies, maladies rares de la coagulation :</p> <p>Identification de groupes de patients en fonctions des risques à partir des données de FranceCoag (CART binaire, random forest, segmentations supervisées et non supervisées) Etude observationnelle, multicentrique, longitudinale et descriptive + analyse en sous-groupes des patients inclus dans la cohorte PUPS</p>	<p>MOA : Association française des hémophiles (AFH)</p> <p>MOE : FranceCoag, Université d'Aix-Marseilles</p>	<p>2022-2023</p>	<p>Assemblage des données, construction des algorithmes, extraction et sélection des patients, contrôle des données et traitement :</p> <p>12 à 14 mois d'ETP de biostatisticien + supervision, Environ 140 000 Euros en salaires (charges comprises)</p>	<p>Décalage du calendrier de réalisation en raison de la pandémie. L'étude devait initialement être réalisée en 2021.</p>
<p>Diabète, types I et II :</p> <p>Identification de groupes de patients en fonction des risques, à partir de données :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des études Entred : trois générations d'études depuis 2001. Entred 3 lancée en 2019, porte sur un échantillon de 13000 personnes tirées au sort, dont 4000 dans les DOM. Partenariat Santé Publique France, assurance maladie, HAS, ANSM, support de la Fédération Française des Diabétiques (FFD) et SFD. - Données du Health data hub (à expertiser) 	<p>MOA proposée : sous-groupe de travail AERAS et FFD, SFD (société francophone du diabète)</p> <p>MOE proposée : Santé Publique France</p>	<p>2023-2025</p>	<p>Management des données, analyse et traitement.</p> <p>1 ETP de biostatisticien par an, soit environ 100 000 Euros (charges comprises, précarité, frais de gestion) pendant 3 ans</p>	<p>Premiers résultats intermédiaires de Entred 3 disponibles cet été 2022.</p> <p>Apport attendu (été 2022) des propositions concrètes de coopération scientifique du KCE belge, en lien avec leurs correspondants néerlandais et luxembourgeois</p>
<p>MICI (Maladies Chroniques inflammatoires de l'intestin) :</p> <p>Identification de groupes de patients à risque de perturbation de la vie professionnelle à partir de données :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registre EPIMAD (1988-2014), publication Santé publique France 2019, - Baromètre SNDS/Health data hub en construction - Etudes d'interventions européennes, cohorte Unisanté 	<p>MOA proposée : sous-groupe de travail AERAS + Association François Aupetit</p>	<p>2023-2025</p>	<p>Management des données, analyse et traitement.</p> <p>1 ETP de biostatisticien par an, soit environ 100 000 Euros (charges comprises, précarité, frais de gestion) pendant 3 ans.</p>	

<p>Maladies rares :</p> <p>Plusieurs associations de patients ont demandé à participer aux travaux AERAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - FAVAMULTI : représente les familles de patients atteints de plusieurs maladies rare, hébergées par l'APHP et animant plusieurs études longitudinales : <ul style="list-style-type: none"> o ComPaRe Syndrome de Marfan ; o CoGRare5 (en cours) <p>Bien entendu, des liens existent avec la BNDMR/Orphanet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFAO : représente les familles d'enfant présentant une atrésie congénitale de l'œsophage (1/3000). Membre de l'Alliance Maladies Rares, association reconnue d'utilité publique et agréée par le ministère chargé de la santé. 	<p>A déterminer</p>	<p>Après 2023</p>	<p>A déterminer</p>	<p>Sollicitation spécifique du dispositif AERAS à la suite des débats précédant le vote de la loi Lemoine.</p> <p>Réunions de travail à prévoir à partir de septembre 2022.</p>
<p>Coordination centralisée des projets d'étude AERAS</p>		<p>A partir de Sept. 2022</p>	<p>50 % ETP de coordinateur de projets, 50 000 Euros charges incluses</p>	

ANNEXE 5 : Liste des membres du groupe de travail « Droit à l’oubli et grille de référence » et de la Commission de Suivi et de Propositions

Groupe de travail « Droit à l’oubli et grille de référence »

Membres

Hicham AFRACHE
Anne BOUIX
Nicole CHAPUT
Jacky GEFFROY
Christophe GABRIEL
Martine REVERBERI
Jean-Elie HENRY-MAMOU
Michel JOIE
Delphine LABOJKA
Antoine MOLL
Gonzague WACRENIER

Organismes

Représentants des assureurs

France Assureurs
Allianz France
Allianz France
Allianz France
CNP Assurances
CNP Assurances
AXA
Swiss Re
SCOR
SCOR
CA-Assurances

Représentants des associations de patients

Jean Marc CHARREL
Dominique COSTAGLIOLA
Laurent DI MEGLIO
Clotilde GENON
Isabelle HUET
Laurent-Charles MIGNOT
Marc MOREL
Thierry NOUVEL
Iris PAUORTE
Katia ROGUIN
Catherine SIMONIN
Selly SICKOUT

France REIN
AIDES
Renaloo
Renaloo
Rose Up Association
Rose Up Association
France Assos Santé
Vaincre la mucoviscidose
La Ligue contre le Cancer
La Ligue contre le Cancer
La Ligue contre le Cancer
SOS Hépatites

Représentants de l’Etat et des agences d’expertise de l’Etat

Philippe Jean BOUSQUET
Claude FORGET
Catherine HILL
Bernard ASSELAIN
Gilles BIGNOLAS
Edouard JULLIAN
Virginie DOUBLET

INCa
SIRIC « Curamus »
INSERM
Epidémiologiste (ex INSERM)
Direction générale de la santé
Direction générale du Trésor
Direction de la sécurité sociale

Composition de la commission de suivi et de propositions

Membres

Organisme

Personnalités qualifiées

Emmanuel CONSTANS

Président de la Commission de suivi et de propositions AERAS

Président de la Commission de médiation

Dr Philippe-Jean BOUSQUET

INCA

Dr Gonzague WACRENIER

Médecin des assurances

Pierre BOCQUET

FBF

Nicolas RAOULT

FBF

Françoise PALLE-GUILLABERT

ASF

Marie-Anne BOUSQUET-SUHIT

ASF

Roger WAICHE

BNP-Paribas

Valérie POLLET

LCL-CA

Philippe BERNARDI

France Assureurs

Hicham AFRACHE

France Assureurs

Yves COUTURIER

CNP-Assurances

André MOLIN

CNP-Assurances

Michel JOIE

Swiss Re

Eve-Laure TASCAN

RGA

Membres représentant les associations

Marc MOREL

FRANCE ASSOS SANTE

Stéphane GOBEL

FRANCE ASSOS SANTE

Dominique COSTAGLIOLA

Aides

Enzo POULTRENIEZ

Aides

Thierry NOUVEL

Vaincre la mucoviscidose

Séverine DUSSE

Vaincre la mucoviscidose

Catherine SIMONIN

Ligue nationale contre le cancer

Medhi ASLAM

Ligue nationale contre le cancer

Mariannick LAMBERT	Familles rurales
<i>Nadia ZIANE</i>	Familles rurales
Philippe THEBAULT	Alliance du cœur
<i>Lionel PFANN</i>	Alliance du cœur

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

David FAURE	ACPR
<i>Marilyne POIGNONNEC</i>	ACPR
Romain BOURIEL	ACPR
<i>Bénédicte SECHER</i>	ACPR

Membres représentant l'Etat, secrétariats des instances de la Convention AERAS, CCSF

Pierre BUTET	Ministère de la santé et de la prévention - Direction générale de la santé
Hédi BRAHIMI	Ministère de la santé et de la prévention - Direction de la Sécurité Sociale
Mayeul TALLON	Ministère de l'économie, des finances et la souveraineté industrielle et numérique - Direction générale du Trésor
Virginie DOUBLET	Ministère de la santé et de la prévention - Direction de la sécurité sociale - Secrétariat de la CSP
Edouard JULLIAN	Ministère de l'économie, des finances et la souveraineté industrielle et numérique - Direction générale du Trésor - Secrétariat de la CSP
Fatiha ABDELLAOUI-DAHMAN	ACPR – Secrétariat de la commission de médiation
Sylvie LOURY	ACPR – Secrétariat de la commission de médiation
Docteur Gilles BIGNOLAS	Coordonnateur du groupe de travail droit à l'oubli et grille de référence
Corinne DROMER	Présidente du Conseil Consultatif du Secteur Financier

