

2 0 1 6

CISS PRATIQUE

— E.2 —

ASSURANCES ET EMPRUNTS L'ACCÈS AU PRÊT ET À L'ASSURANCE EMPRUNTEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE RISQUE AGGRAVÉ LA CONVENTION AERAS

DE QUOI
S'AGIT-IL ?

Lorsque une personne souhaite souscrire un crédit (immobilier, professionnel ou à la consommation), l'organisme bancaire vérifie deux points essentiels :

1/ la solvabilité : les revenus doivent être suffisants pour faire face au paiement des échéances de l'emprunt
2/ la possibilité de faire face aux aléas de la vie

Pour se garantir, bien que cela ne constitue pas une obligation légale, les établissements de crédit demandent presque systématiquement une assurance couvrant les risques décès et incapacité. Dans ce cadre, les candidats à l'assurance doivent se soumettre à un questionnaire de santé.

Les personnes présentant « un risque de santé aggravé » (c'est-à-dire ayant ou ayant eu une pathologie de longue durée, une pathologie chronique...) peuvent alors se voir refuser tout contrat d'assurance, devoir payer des surprimes d'un montant qui peut être élevé, ou recevoir des propositions assorties d'exclusions de garantie. Ces restrictions dans l'accès à l'assurance sont bien souvent de nature à empêcher la réalisation des projets.

Dans ce contexte difficile pour les personnes malades ou l'ayant été, une convention a été signée en 2006 entre les associations représentant les personnes malades et les consommateurs, les professionnels de la banque et de l'assurance et les pouvoirs publics. Cette convention dénommée « Convention AERAS » a pour objectif de faciliter l'accès à l'Assurance et à l'Emprunt des personnes présentant un Risque Aggravé de Santé. Encadrée par la loi du 31 janvier 2007, cette convention a fait l'objet depuis d'actualisations et d'apports afin d'améliorer un dispositif dont la mise en œuvre par les professionnels a montré un certain nombre d'insuffisances.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 intègre également de nouvelles dispositions visant à améliorer l'accès à l'emprunt et à l'assurance.

LES PRÊTS COUVERTS PAR LA CONVENTION AERAS

• Les prêts immobiliers ou à usage professionnel

Les candidats à l'assurance couvrant un prêt immobilier ou à usage professionnel doivent bénéficier d'un :

- **Examen individualisé de niveau 2** pour toutes les demandes de prêts professionnels ou immobiliers, quels que soient leurs montants et durées de remboursement, en cas de refus de l'assurance de groupe (niveau 1).
- **Examen au niveau 3** (« pool des risques très aggravés » - un assureur est alors attribué aléatoirement pour chaque dossier), en cas de refus au niveau 2. Ce 3ème niveau n'est accessible qu'aux conditions suivantes : la part assurée de l'emprunt ne doit pas dépasser 320 000 € et l'âge de l'emprunteur en fin de prêt ne doit pas excéder 70 ans. Il n'est pas tenu compte des

crédits relais pour l'examen de ce seuil d'éligibilité au 3ème niveau quand il s'agit de l'acquisition d'une résidence principale.

• Les prêts à la consommation affectés ou dédiés

Il ne doit pas et ne peut être demandé aux candidats à l'emprunt de remplir un questionnaire de santé pour les assurances couvrant les prêts affectés ou dédiés (destinés au financement d'un bien déterminé : achat d'un véhicule, d'un équipement informatique, etc.), si les critères suivants sont réunis :

- montant d'emprunt en cours limité à 17 000 € (attestation sur l'honneur de non-cumul de prêts au-delà de ce plafond),
- durée de remboursement inférieure ou égale à 4 ans,
- être âgé de 50 ans au plus (veille du 51e anniversaire), au jour de la demande.

QUESTIONNAIRES DE SANTÉ, EXAMENS MÉDICAUX ET CONFIDENTIALITÉ

Afin d'évaluer l'état de santé du candidat, les compagnies d'assurance peuvent poser toutes questions dès lors qu'elles sont compréhensibles, claires et précises. En outre, au-delà d'un certain montant, elles peuvent aussi demander de se soumettre à des examens et à des analyses médicales.

L'article L1141-1 du Code de la santé publique prévoit cependant que les assureurs ne peuvent poser aucune question relative aux tests génétiques et à leurs résultats, ni demander à une personne de se soumettre à des tests génétiques. Ils doivent en outre ne pas tenir compte des résultats de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne même si ceux-ci leur sont transmis par la personne concernée ou avec son accord. Le même principe est retenu en ce qui concerne les donneurs d'organes, de cellules ou de gamètes.

Dans le cadre de travaux d'harmonisation des questionnaires de santé, les assureurs se sont engagés à limiter les questions relatives aux arrêts de travail et aux traitements sur une période ne dépassant pas 10 ans. Le même principe a été retenu à propos des affections de longue durée sur une période de 15 ans.

Afin de garantir la confidentialité du questionnaire médical, il est vivement recommandé d'y répondre en privé (à domicile, dans une pièce isolée de l'établissement de crédit voire avec l'aide d'un médecin) et ensuite soit de le remettre sous pli cacheté à la banque, soit de l'envoyer directement au service médical de l'assurance.

Le médecin-conseil de la compagnie d'assurance, destinataire du questionnaire de santé, est soumis au secret professionnel et ne doit communiquer que l'acceptation ou le refus d'assurance, ainsi que les éléments nécessaires à la tarification en cas d'acceptation (c'est-à-dire l'estimation du risque qui se traduira en montant de surprime).

Par ailleurs, les questionnaires de santé et examens médicaux de moins de six mois effectués dans le cadre d'une demande d'assurance emprunteur peuvent être réutilisés auprès d'assurances concurrentes.

ATTENTION : toute fausse déclaration sur le questionnaire de santé peut entraîner la nullité du contrat d'assurance et pourrait alors avoir des conséquences sur l'emprunt en cours comme le refus de garantie en cas de survenance d'une invalidité ou d'un décès.

DROIT À L'OUBLI ET GRILLE DE RÉFÉRENCE

Depuis le 2 septembre 2015 ont été intégrées dans la convention AERAS des dispositions en faveur des personnes ayant été atteintes d'un cancer.

Selon le principe du « droit à l'oubli », la déclaration de cette affection n'est plus obligatoire au-delà d'une période de 15 ans à partir de la fin du protocole thérapeutique.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 est venue abaisser les seuils prévus initialement par l'intermédiaire de l'article L1141-5 du Code de la santé publique : ainsi, ne peuvent plus être recueillies les informations médicales relatives aux pathologies cancéreuses datant de plus de 10 ans à partir de la fin du protocole thérapeutique. En ce qui concerne les pathologies cancéreuses intervenues avant l'âge de 18 ans, ce seuil est abaissé à 5 ans à l'issue de la fin du protocole thérapeutique.

Les assureurs ne doivent plus poser la question au-delà de ces périodes et ne pas tenir compte des informations éventuellement recueillies.

Des délais plus courts selon le type de cancer pourront être prévus sur la base d'une grille de référence élaborée dans le cadre des travaux de la convention AERAS. Cette grille devra intégrer d'autres types de pathologies pour lesquelles les données scientifiques disponibles devraient permettre de proposer/d'obtenir une assurance dans des conditions se rapprochant des conditions standard. Cette grille de référence doit faire l'objet d'un réexamen régulier.

Attention : ces différentes dispositions relatives au droit à l'oubli et à la grille de référence ne s'appliquent que lorsque la part assurée de l'emprunt ne dépasse pas 320 000 € et pour lesquels l'âge de l'emprunteur en fin de prêt n'excède pas 70 ans.



Au 4 février 2016, cette grille de référence opposable aux assureurs et permettant une assurance sans surprimes, ni exclusions était la suivante :

Type d'affections	Définition précise (stade, type de traitements, facteurs de risques)	Délai d'accès à compter de la fin du protocole thérapeutique et sans rechute
Hépatite virale C	Score de fibrose initiale inférieur ou égal à F2 confirmé par au moins 2 tests non-invasifs ou par examen histologique 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 Echographie hépatique normale, sans dysmorphie ni stéatose Absence de facteurs de risque 3	48 semaines
Cancers du testicule	Séminomes purs, stade I Séminomes purs, stade II Séminomes purs, stade III Tumeurs non-séminomateuses ou mixtes, stade I et II Tumeurs non-séminomateuses ou mixtes, stade III	3 ans 6 ans 10 ans 6 ans 10 ans
Cancers de la thyroïde	Papillaire/vésiculaire, < 45 ans au diagnostic, stade I Papillaire/vésiculaire, < 45 ans au diagnostic, stade II Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade I ou II Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade III Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade IV	3 ans 10 ans 3 ans 6 ans 10 ans
Cancers du sein	Carcinome canalaire in situ Carcinome lobulaire in situ Traitement selon le consensus HAS/INCA réalisé	1 an
Mélanome de la peau	Mélanome in situ 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 in situ Application d'un traitement de référence en vigueur au moment de la prise en charge et une surveillance selon recommandations HAS	1 an

D'autres pathologies devront être intégrées dans cette grille au fur et à mesure des travaux.

4

DÉLAIS D'INSTRUCTION DES DEMANDES

Le délai de traitement du dossier de demande de prêt immobilier ou professionnel ne doit pas excéder 5 semaines (3 semaines pour les assureurs et 2 semaines pour les banques) à compter de la réception du dossier complet.

Il importe donc de bien constituer son dossier dès le départ.

Par courrier, l'assureur doit indiquer de façon claire et explicite ses décisions en cas de refus d'assurance, d'ajournements, de limitations ou d'exclusions de garanties ou de surprimes. Il doit faire apparaître à quel niveau d'examen de la demande le refus

est intervenu (1er, 2ème ou 3ème niveau). Il doit également être précisé la possibilité de prendre contact avec le médecin de l'assurance afin de connaître les raisons médicales à l'origine de la décision de refus. Enfin, doivent être mentionnées l'existence et les coordonnées de la commission de médiation de la Convention AERAS.

En cas de refus de prêt fondé sur les seuls critères d'assurabilité, les établissements de crédit doivent, quant à eux, motiver leur décision par écrit.

BON A SAVOIR

Vous pensez être en situation de risque aggravé de santé, anticipez la problématique de l'assurance : avant même d'avoir signé une promesse de vente ou complété votre demande de prêt, déposez une demande d'assurance, soit auprès de votre établissement de crédit, soit auprès d'une société d'assurances, sollicitez un courtier en assurance.

Cette anticipation vous permettra d'avoir déjà une proposition d'assurance quand votre prêt immobilier sera finalisé.

Si vous obtenez un accord d'assurance, celui-ci est valable pendant 4 mois. Même si vous portez votre choix sur un bien autre, sous réserve d'un montant et d'une durée de prêt inférieurs ou égaux à la demande initiale.

LES RISQUES COUVERTS

Généralement, lorsqu'un candidat à l'emprunt cherche à s'assurer, l'assurance examine la situation médicale de l'intéressé afin de décider s'il peut couvrir :

- le risque de décès,
- le risque de perte totale et irréversible d'autonomie (invalidité lourde nécessitant l'assistance d'une tierce personne) (PTIA),
- les risques d'incapacité temporaire totale et d'invalidité permanente totale.

Ces derniers risques apparaissent bien souvent, aux yeux des assureurs, inassurables pour les personnes présentant des risques de santé aggravés. Or, la couverture de ceux-ci reste fréquemment indispensable pour mener à bien son projet immobilier.

Pour cette raison, la convention AERAS instaure une « garantie invalidité spécifique » plus restrictive dans sa définition que la garantie standard habituelle mais qui permettra à plus de candidats à l'assurance d'obtenir des propositions.

Ainsi, dans les situations où la couverture du risque invalidité standard n'est pas possible, les assureurs devront examiner la possibilité de proposer cette garantie invalidité spécifique (qui correspond au taux de 70% du barème d'invalidité annexé au Code des pensions civiles et militaires). A titre indicatif, une telle définition correspond à la situation d'environ 60% des assurés sociaux relevant d'une pension d'invalidité de 2ème catégorie. Cette garantie ne doit comporter aucune exclusion de pathologie.

Lorsque cette garantie spécifique est proposée, les établissements de crédit s'engagent à n'exiger aucune autre garantie s'agissant de la couverture du risque santé sauf si l'examen particulier du dossier ne permet pas de disposer d'une garantie raisonnable quant à la capacité de l'emprunteur de s'acquitter des annuités d'emprunt.

MÉCANISME D'ÉCRÈTEMENT DES SURPRIMES D'ASSURANCE

Pour faire face aux surprimes d'assurance, souvent dissuasives, un mécanisme d'écèlement a été mis en place par les professionnels de la banque et de l'assurance. Il a pour objet de diminuer la charge financière des primes en faveur des personnes disposant de revenus modestes. Il s'applique pour les prêts professionnels et les prêts immobiliers liés à l'acquisition d'une résidence principale pour les emprunteurs ayant fini de rembourser leur emprunt avant leur 71ème anniversaire lorsque la part assurée de l'emprunt ne dépasse pas 320 000 euros.

Les conditions de revenus

Le bénéfice de ce dispositif est accordé au vu des revenus du foyer fiscal

Nombre de parts	Revenus inférieurs à (basé sur le plafond sécu au 01/01/16)
1	38 616 € annuels
De 1,25 à 2,5	48 270 € annuels
3 et +	57 924 € annuels

Fonctionnement du mécanisme de l'écèlement :

Si vous êtes éligible à ce dispositif, vous ne paierez pas la partie de la prime d'assurance dépassant 1,4 point dans le taux effectif global du crédit.

Exemple : Pour un taux d'intérêt du crédit de 4%, si le taux effectif global du crédit majoré de la prime d'assurance est de 5,56%, le mécanisme de mutualisation prendra en charge la surprime au-delà du taux de 5,4% (4 plus 1,4), soit les 0,16 % restants.

Sous les mêmes conditions de ressources, la convention AERAS révisée instaure un mécanisme d'écèlement spécifique pour les emprunteurs de moins de 35 ans bénéficiant d'un prêt à taux zéro (PTZ+). Pour ceux-ci, l'intégralité des surprimes liées à l'assurance couvrant ce prêt à taux zéro est prise en charge par les professionnels

EXCLUSIONS DE GARANTIES ET SURPRIMES

Depuis la loi sur la modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 les personnes atteintes ou ayant été atteintes d'une pathologie pour laquelle l'existence d'un risque aggravé de santé a été établi ne peuvent se voir appliquer conjointe-

ment pour un même type de garantie une majoration de tarifs et une exclusion de garantie au titre de cette même pathologie (article L1141-6 du code de la santé publique).

LA DÉLÉGATION D'ASSURANCE OU DÉLIAISON

Habituellement, les établissements bancaires proposent leur propre assurance de groupe. Afin de permettre aux emprunteurs de pouvoir solliciter d'autres assurances, la convention AERAS puis la loi Lagarde, en 2010, ont tour à tour prévu l'obligation pour les banques d'accepter des assurances autres que les assurances de groupe dès lors que les garanties proposées

sont équivalentes.

Des taux d'intérêt différents ne peuvent être appliqués si le candidat à l'assurance ne souscrit pas à l'assurance de groupe. Dans ce contexte, il peut être utile d'avoir recours à des courtiers spécialisés en risques aggravés.

BON A SAVOIR

Depuis la loi Hamon, les articles L113-12-2 du code des assurances et L312-9 du code de la consommation vous permettent de résilier le contrat dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt. Le prêteur ne peut pas refuser en garantie un autre contrat d'assurance dès lors que ce contrat présente un niveau de garantie équivalent au

contrat d'assurance de groupe qu'il propose. Cette faculté peut être utile quand confronté à des difficultés d'accès à l'assurance ou des surprimes mais pressé par les délais inhérents à votre projet immobilier, vous n'avez pas eu le temps de solliciter différents assureurs afin de bénéficier de meilleures conditions de couverture.

LE RECOURS AUX GARANTIES ALTERNATIVES

L'assurance liée à un prêt n'est juridiquement pas obligatoire en France. Dans la pratique pourtant, les banques conditionnent souvent leur accord pour le prêt à l'obtention d'une assurance. Toutefois, il est toujours possible et à tout moment de présenter des garanties alternatives à l'assurance telles que :

- des biens immobiliers précédemment acquis (hypothèques),
- un portefeuille de valeurs mobilières,
- un contrat d'assurance-vie,
- un contrat de prévoyance individuel ou collectif,
- des cautions...

Ces garanties alternatives peuvent permettre l'octroi d'un prêt sans le recours à une assurance et donc à d'éventuelles surprimes importantes ou de compléter les garanties d'une assurance partielle. Lorsque ces garanties présentent la même sé-

curité pour le prêteur, les établissements de crédit s'engagent, aux termes de la convention AERAS, à les accepter.

Afin de permettre une meilleure connaissance des possibilités de recours à ces garanties alternatives, les établissements bancaires doivent diffuser une fiche d'information sur ces garanties. Le recours aux garanties alternatives est possible y compris dans les situations où le projet ne répond pas aux conditions d'éligibilité au 3ème niveau de la convention AERAS.

Un référent de la Convention AERAS est également disponible dans chaque réseau bancaire afin d'apporter toute information nécessaire, notamment en matière de garanties alternatives. Une affiche doit diffuser les coordonnées de cette personne dans chaque agence bancaire.

LE RÈGLEMENT DES DYSFONCTIONNEMENTS : LE PROCESSUS DE MÉDIATION

En cas de difficulté liée à l'application de la convention, il est recommandé de saisir la commission de médiation qui est chargée de traiter des réclamations individuelles. La commission de médiation peut également intervenir pour favoriser le dialogue entre le spécialiste de la pathologie et le médecin conseil de l'assurance (par exemple en cas de refus objectivement injustifié ou de surprime manifestement trop élevée).

En cas de difficulté ou de dysfonctionnement dans la mise en œuvre des dispositions prévues par la convention AERAS : faites intervenir le processus de médiation.

La commission de médiation peut être saisie par voie postale à l'adresse suivante :

Commission de médiation AERAS
61 rue Taitbout
75009 Paris

LE DISPOSITIF DE SUIVI D'APPLICATION DE LA CONVENTION AERAS

La commission de suivi et de propositions

Une commission de suivi et de propositions se réunit au moins 4 fois par an pour veiller à la bonne application de la convention et formuler des recommandations. Elle est chargée de vérifier l'effectivité de la convention. Elle débat de toute mesure susceptible d'améliorer le dispositif conventionnel et rend un rapport tous les deux ans.

Dans ce but, elle rassemble des données statistiques transmises par les professionnels.

Elle détermine des indicateurs permettant le suivi annuel des objectifs concernant la garantie invalidité.

Elle peut également saisir l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) qui est l'organe chargé de l'agrément et de la surveillance des établissements bancaires et des assurances.

La commission des études et recherches

Elle est composée de représentants de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et de l'Institut national de veille sanitaire, et associe à ses travaux les spécialistes concernés par les pathologies étudiées. Elle étudie et recueille les données disponibles sur la mortalité, la morbidité occasionnées par les principales pathologies. Elle engage un programme de recherche en ce domaine, notamment sur l'invalidité associée aux principales pathologies en vue de fournir les éléments statistiques nécessaires à la tarification du risque.

Est rattaché à cette commission un groupe de travail ayant plus spécifiquement pour mission d'améliorer la rapidité de prise en

compte par les assureurs, des avancées thérapeutiques pour les personnes dont l'état de santé est consolidé et stabilisé ou en voie de l'être dans la tarification des risques. La convention prévoit que les assureurs doivent tenir compte des conclusions produites par cette commission après validation par la commission de suivi.

Ce groupe de travail est également en charge de l'élaboration de la grille de référence publiée après validation de la commission de suivi.

POSITIONS DU CISS

Signataire de la convention AERAS et donc engagé résolument dans ce processus conventionnel, le CISS n'a eu de cesse de rappeler que l'intérêt de cette convention devrait être mesuré à l'aune de sa mise en œuvre et de son effectivité.

Plus de 9 ans après sa signature, il est indéniable que, d'un point de vue collectif, des progrès ont été réalisés et quelques limites ont été repoussées. L'application des dispositions incluses dans la convention et décrites dans cette fiche, l'action de la commission de médiation, les travaux de la commission de suivi et de propositions et de la commission des études et des recherches, la mise en place d'un droit à l'oubli et d'une grille de référence ont permis d'améliorer la situation des personnes malades. Ainsi, des candidats à l'emprunt concernés par un risque aggravé de santé ont pu avoir accès à l'assurance et au prêt dans des situations qui n'auraient sans doute pas abouti à des offres sans les effets positifs de cette convention.

Pour autant, et les multiples sollicitations reçues par Santé Info Droits - la ligne d'informations juridiques du CISS - en témoignent, l'impossibilité d'accès à l'assurance et à l'emprunt reste encore une réalité pour de nombreuses personnes tout comme les exclusions de garanties et l'application de surprimes élevées. D'importants combats restent donc à mener.

Le CISS entend continuer à rester d'une grande vigilance et maintenir son implication forte dans les différends afin d'optimiser la mise en œuvre pratique de cette convention et en améliorer son contenu, en particulier par l'intégration rapide d'un plus grand nombre de pathologies.

Ainsi, nous vous invitons à nous communiquer vos retours d'expérience qui alimenteront utilement nos futurs travaux et négociations avec les représentants des banques et des assurances

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- La convention AERAS
- Les articles L1141-1 à L1141-5 du Code de la santé publique.

- Article L312-9 du code de la consommation
- Article L113-2-2 du code des assurances

EN SAVOIR PLUS

Santé Info Droits 01 53 62 40 30

La ligne d'information et d'orientation du CISS sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h
Mardi, jeudi : 14h-20h

Posez vos questions en ligne sur www.leciss.org/sante-info-droits



ÉVALUEZ LA DOCUMENTATION DU CISS !

Afin de mieux adapter nos publications à vos besoins nous avons mis en place un formulaire d'évaluation de la documentation du CISS disponible en ligne à l'adresse suivante :

<http://www.leciss.org/publications-documentation/evaluer-notre-doc>

N'hésitez pas à le remplir, votre retour est essentiel !