



N° 3492

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 6 décembre 2006.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES SUR LE PROJET DE LOI (n° 3457) *relatif à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé,*

PAR M. Bernard POUSSET

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
I.- LE PROJET DE LOI VALIDE UN PROCESSUS CONVENTIONNEL QUI A DÉJÀ PERMIS DES AVANCÉES NOTABLES EN MATIÈRE D'ACCÈS AU CRÉDIT DES PERSONNES PRÉSENTANT UN RISQUE DE SANTÉ AGGRAVÉ	9
A. L'ACCÈS AU CRÉDIT DES PERSONNES PRÉSENTANT UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ S'INSCRIT DANS LE CADRE DES RÈGLES ASSURANTIELLES.....	9
1. Les problèmes d'accès au crédit sont statistiquement mal appréhendés mais de grande ampleur.....	9
2. La France connaît une situation particulière en matière d'assurance emprunteur.....	10
3. Il est nécessaire de prendre en compte les règles spécifiques de l'assurance.....	10
a) <i>La licéité du refus d'assurance</i>	11
b) <i>L'absence de discrimination en cas de refus d'assurer pour des motifs de santé</i>	11
B. LE PROJET DE LOI RÉAFFIRME LA PERTINENCE DU MÉCANISME CONVENTIONNEL.....	12
1. L'existence d'une convention reste une obligation légale.....	12
2. Le système conventionnel a déjà permis des avancées notables.....	13
a) <i>Les trois conventions nationales successives</i>	13
b) <i>Le cadre relativement performant de l'approche contractuelle</i>	14
3. L'approche contractuelle présente des avantages non négligeables.....	15
a) <i>La capacité d'adaptation d'un système souple qui a fait ses preuves</i>	15
b) <i>L'intérêt d'un système dont les bénéfices se répercutent sur l'ensemble des emprunteurs</i>	16
II.- LE PROJET DE LOI CONSACRE AU PLAN LÉGISLATIF LES AVANCÉES CONVENTIONNELLES ET GARANTIT LEUR PÉRENNITÉ	17
A. LE PROJET DE LOI EST UNE CONSÉCRATION LÉGISLATIVE DES RÉCENTES AVANCÉES CONVENTIONNELLES.....	17
1. Le projet de loi tire les conséquences des limites et blocages rencontrés dans le passé.....	17

a) <i>Le défaut général d'information</i>	17
b) <i>Le défaut de motivation de refus de prêt</i>	18
c) <i>La fixation de surprimes trop élevées</i>	18
d) <i>L'absence de garantie invalidité</i>	18
2. Le projet de loi consacre les avancées de la convention AERAS	19
a) <i>Le principe d'une renégociation régulière de la convention et l'élargissement de l'objet des négociations</i>	19
b) <i>La validation des principes inscrits dans la convention AERAS</i>	19
B. LE PROJET DE LOI PERMET, EN CAS D'ENLISEMENT DU DISPOSITIF CONVENTIONNEL, L'INTERVENTION DE SOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES	20
1. La loi du 4 mars 2002 reste insuffisante en termes de protection légale.....	21
2. Le projet de loi élargit au profit du pouvoir réglementaire le dispositif de sauvegarde de la convention.....	21
a) <i>La capacité d'extension de la convention aux organismes non signataires</i>	22
b) <i>La sauvegarde des acquis de la convention</i>	22
3. Le projet de loi prévoit une évaluation régulière du dispositif d'accès au crédit	22
a) <i>L'évaluation dans les six mois précédant l'échéance de la convention</i>	22
b) <i>L'évaluation intermédiaire</i>	23
C. LES TRAVAUX DE LA COMMISSION ONT PERMIS D'AMÉLIORER LE TEXTE	23
1. L'efficacité du dispositif de sauvegarde en cas de blocage du mécanisme conventionnel est mieux garanti	23
2. Les droits des personnes présentant un risque aggravé de santé ont été renforcés	24
a) <i>Le droit d'accès des malades aux informations concernant leur santé</i>	24
b) <i>La garantie de l'avis préalable de la CNIL sur les dispositions de la convention</i>	24
3. Les modalités d'évaluation de la convention ont été mieux encadrées	24
TRAVAUX DE LA COMMISSION	27
I.- AUDITION DU MINISTRE	27
II.- DISCUSSION GÉNÉRALE	35
III.- EXAMEN DES ARTICLES	37
<i>Avant l'article 1^{er}</i>	37
<i>Article 1^{er} : Nature, signataires et objet de la convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé</i>	39
<i>Article 2 : Rubriques obligatoires de la convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé</i>	43

<i>Article 3</i> : Pérennité du dispositif conventionnel d'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.....	55
<i>Article 4</i> : Évaluation de la convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé dans les six mois précédant son échéance	57
<i>Article 5</i> : Applicabilité de la loi à la convention déjà signée et évaluation intermédiaire de la convention nationale en vigueur à la date de publication de la loi.....	58
<i>Article additionnel après l'article 5</i> : Accès des assurés aux éléments médicaux des questionnaires de santé des compagnies d'assurance	58
TABLEAU COMPARATIF	61
AMENDEMENTS NON ADOPTÉS PAR LA COMMISSION	67
ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES.....	68
ANNEXE 2 : TABLEAU COMPARATIF ENTRE LA CONVENTION DITE « BELORGEY » ET LA CONVENTION AREAS	69

INTRODUCTION

« La vie, avec ou après le cancer, c'est aussi pouvoir faire des projets et les mener à bien. Cela renvoie évidemment à la question de l'accès à l'assurance et à l'emprunt. La convention Belorgey a marqué un très réel progrès. Mais nous devons remédier au problème de l'assurance invalidité, favoriser plus de transparence pour l'octroi des polices d'assurance, mettre en place une véritable instance de médiation (...) et rendre plus supportable le montant des surprimes (...). Je souhaite que les négociations sur une nouvelle convention aboutissent avant le 30 juin. Un projet de loi sera ensuite déposé, soit pour consacrer les avancées de la négociation, soit, le cas échéant, pour s'y substituer ».

Discours de M. Jacques CHIRAC, président de la République,
sur la lutte contre le cancer,
27 avril 2006.

Le refus de prêt pour des raisons tenant à l'état de santé ou au handicap est souvent légitimement ressenti comme une profonde injustice qui blesse la dignité du malade ou de l'ancien malade et vient s'ajouter à l'injustice de la maladie elle-même, tant la faculté d'emprunter est intimement liée à la possibilité de mener une vie normale sur le plan privé et professionnel.

Les difficultés d'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé concernent un nombre potentiellement très élevé de personnes et il est à craindre que ce sujet ne reçoive un écho croissant dans les années à venir en raison du vieillissement de la population, des progrès de la médecine prédictive et des progrès scientifiques qui permettent de transformer des maladies autrefois mortelles en maladies chroniques, qu'il s'agisse du diabète, de l'hémophilie, de la mucoviscidose ou du sida.

Plusieurs avancées en matière d'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé ont progressivement été réalisées par la voie de conventions conclues entre l'Etat, des associations de malades et de personnes handicapées, les organisations professionnelles représentant les établissements de crédit ainsi qu'avec les entreprises d'assurance et les mutuelles.

Après une première convention spécifique relative à l'assurabilité des personnes séropositives signée le 3 septembre 1991, une convention, dite « convention Belorgey », – du nom du conseiller d'Etat et ancien président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale qui a accepté d'en présider le comité de suivi – a été signée le 19 septembre 2001 afin d'améliorer l'accès à l'emprunt et à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé. Cette convention, qui annule et remplace la convention du 3 septembre 1991 aujourd'hui en vigueur.

La prise de conscience des faiblesses de la convention « Belorgey » de 2001, associée à un très fort volontarisme politique du Président de la République Jacques Chirac, a conduit les pouvoirs publics à faire de l'accès au crédit des

personnes présentant un risque aggravé de santé un objectif national prioritaire dès le début de la XII^e législature. Le « Plan cancer », dont les grandes lignes ont été annoncées par le Président de la République dès le 24 mars 2003, comportait ainsi déjà, dans son chapitre social destiné à « *donner aux patients toutes les possibilités de mener une vie active aussi normale que possible afin de ne pas ajouter à l'épreuve de la maladie l'épreuve de l'exclusion sociale* », une mesure n° 54 destinée à « *renforcer l'accès des patients aux prêts et aux assurances* ».

Avec son discours sur le cancer prononcé le 27 avril 2006, le Président de la République a redonné l'impulsion nécessaire pour inciter vivement les signataires de la convention Belorgey à rénover en profondeur le dispositif en vigueur en concluant une nouvelle convention dans les meilleurs délais et en tout état de cause avant le 30 juin 2006. Cette incitation à négocier était assortie de l'engagement de recourir en toute hypothèse à la loi, soit pour consacrer les grands principes de la nouvelle convention, soit pour se substituer à elle en cas de défaillance des acteurs.

L'engagement des pouvoirs publics sur ce sujet n'a pas été vain puisque les différentes parties ont signé, le 6 juillet 2006, une nouvelle convention, dite convention « *s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé* », (AERAS) qui annulera et remplacera la convention Belorgey de 2001 dès son entrée en vigueur fixée au 6 janvier 2007.

Avec le présent projet de loi, le gouvernement fait œuvre pionnière, puisqu'à l'exception de la Belgique il n'existe pas à l'étranger de dispositif conventionnel réglementaire ou législatif similaire pour améliorer l'accès au crédit et à l'assurance des personnes présentant des risques de santé aggravés.

Le gouvernement confirme ainsi que son engagement sur ce sujet primordial a été tenu et le Parlement va pouvoir inscrire dans la loi les avancées conventionnelles en garantissant leur pérennité et leur traduction concrète dans la vie quotidienne de millions de personnes avant la fin de législature.

I.- LE PROJET DE LOI VALIDE UN PROCESSUS CONVENTIONNEL QUI A DÉJÀ PERMIS DES AVANCÉES NOTABLES EN MATIÈRE D'ACCÈS AU CRÉDIT DES PERSONNES PRÉSENTANT UN RISQUE DE SANTÉ AGGRAVÉ

Le présent projet de loi reconnaît la pertinence de l'approche contractuelle pour apporter des solutions au problème délicat de l'accès au crédit des personnes présentant un risque de santé aggravé.

A. L'ACCÈS AU CRÉDIT DES PERSONNES PRÉSENTANT UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ S'INSCRIT DANS LE CADRE DES RÈGLES ASSURANTIELLES

Encore statistiquement mal connu, le problème de l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé tient largement à une spécificité française, les organismes prêteurs exigeant de l'emprunteur la souscription d'une assurance à leur bénéfice, et ne peut être abordé en faisant abstraction des règles propres au marché de l'assurance.

1. Les problèmes d'accès au crédit sont statistiquement mal appréhendés mais de grande ampleur

On définit habituellement par les termes « *personnes présentant un risque aggravé de santé* », les personnes qui, parce qu'elles sont malades, ont été malades ou sont spécialement susceptibles d'être malades, ont un risque statistique de maladie (morbidité) ou de décès (mortalité) supérieur au risque moyen d'une population composée de personnes du même âge.

Lors de son audition en date du 29 novembre 2006 par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a indiqué que 10 à 11 millions de personnes étaient susceptibles de présenter un risque aggravé de santé. Si on ne considère que la seule population des personnes en affection de longue durée (ALD), qui fournit une approximation relativement fiable de la population des personnes présentant un risque aggravé de santé, 7 à 8 millions de personnes seraient potentiellement concernées.

Les auditions menées par le rapporteur ont mis en évidence que les problèmes d'accès au crédit se placent souvent au premier rang des problèmes signalés aux associations de malades ou aux organisations représentant les personnes handicapées.

2. La France connaît une situation particulière en matière d'assurance emprunteur

Les difficultés particulières d'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé tiennent en grande partie à une spécificité française, qui consiste à associer quasi systématiquement une assurance à un emprunt, surtout lorsqu'il s'agit d'un emprunt immobilier.

Même s'il n'existe pas d'obligation légale d'assurance, contrairement par exemple à l'obligation d'assurance automobile, on constate néanmoins en pratique que l'établissement de crédit prêteur fait très souvent de la souscription d'une assurance à son bénéfice une condition de l'obtention du prêt, explicitement prévue par l'article L. 312-9 du code de la consommation. Elle prend très souvent la forme d'une exigence d'adhérer à un contrat d'assurance collective que le prêteur a souscrit en vue de garantir, en cas de survenance d'un des risques que le contrat définit, soit le remboursement total ou partiel du montant du prêt restant dû, soit le paiement de tout ou partie des échéances dudit prêt. Cette subordination de l'octroi d'un crédit à la souscription d'une assurance, que l'établissement de crédit se charge bien souvent de fournir, est parfaitement légale dans la mesure où le code de la consommation fait une exception à la vente liée entre le crédit et l'assurance.

3. Il est nécessaire de prendre en compte les règles spécifiques de l'assurance

La prise en compte du problème de l'accès des personnes présentant un risque aggravé de santé ne peut s'abstraire de la spécificité des règles gouvernant les métiers de l'assurance, et en particulier de la nécessité d'un aléa pour pouvoir assurer et de la légitimité de sélectionner les risques.

Il convient en effet de concilier le meilleur accès possible au crédit et à l'assurance des personnes qui présentent un risque aggravé de santé et souhaitent mener à bien leurs projets personnels et professionnels avec l'exigence de permettre aux organismes de crédit ou d'assurance de fonctionner dans les conditions de marché.

Comme l'a fait remarquer le Groupement des entreprises d'assurances mutuelles (GEMA) lors de son audition par le rapporteur, il est important de garder à l'esprit que, poussée à l'extrême, la volonté de fournir une assurance à toutes les personnes présentant des risques aggravés de santé pourrait amener le marché à se retirer.

Lorsqu'une personne présente un risque de santé aggravé, l'assurance qui est fréquemment demandée à l'emprunteur par la banque comme condition du prêt est soit proposée avec une surprime importante tenant compte du risque, soit même refusée si le risque est considéré comme inassurable. Ces conditions

particulières de sélection en matière d'assurabilité des personnes malades sont parfaitement légales et ne relèvent pas de la discrimination

a) La licéité du refus d'assurance

Un assureur n'assure que les risques qui sont réellement aléatoires au sens de l'article 1964 du code civil : « *Le contrat aléatoire est une convention réciproque dont les effets, quant aux avantages et aux pertes, soit pour toutes les parties, soit pour l'une ou plusieurs d'entre elles, dépendent d'un événement incertain* ». Dans certains cas, le niveau de risque est tel qu'il n'y a plus d'aléa mais une certitude de réalisation du risque. Dans ce cas, une jurisprudence désormais bien établie de la Cour de cassation estime qu'il ne peut pas y avoir d'assurance. La sélection des risques est en effet inhérente au métier d'assureur et il n'existe pas de droit à l'assurance.

C'est pourquoi la loi rend licite les refus d'assurance. Pour l'assurance emprunteurs, cette sélection est expressément prévue dans le code de la consommation par l'article L. 311-16 (« *Le prêteur se réserve le droit d'agréer la personne de l'emprunteur* ») et par l'article L. 312-9 (« *Lorsque l'assureur a subordonné sa garantie à l'agrément de la personne de l'assuré et que cet agrément n'est pas donné, le contrat de prêt est résolu de plein droit à la demande de l'emprunteur sans frais ni pénalité d'aucune sorte* »).

De la même façon, l'article L. 113-4 du code des assurances dispose que l'assureur a la faculté de dénoncer le contrat en cours en cas d'aggravation du risque telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat, l'assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée.

b) L'absence de discrimination en cas de refus d'assurer pour des motifs de santé

En matière de discrimination fondée sur la santé, le principe de sélection du risque assurable est prévu par l'article 225-3 du code pénal qui a été introduit à la suite du vote de la loi n° 90-602 du 12 juillet 1990 relative à la protection des personnes contre la discrimination en raison de leur état de santé ou de leur handicap. À l'occasion de cette loi, les professionnels de l'assurance s'étaient alarmés de la possibilité que leur soit interdite la faculté de sélectionner les risques en utilisant des critères de santé.

L'article 225-3 du code pénal prévoit ainsi que les dispositions du même code qui prohibe la discrimination (articles 225-1 et 225-2) « *ne sont pas applicables aux discriminations fondées sur l'état de santé, lorsqu'elles consistent en des opérations ayant pour objet la prévention et la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité* ».

Dès lors, la question de l'accès au crédit des personnes présentant un risque de santé aggravé se pose plus en termes de dignité des personnes qu'en termes de discrimination, comme l'a fait remarquer M. Christian Saout, président de AIDES lors de son audition par le rapporteur.

Moins que de discrimination, c'est bien d'exclusion sociale dont il s'agit. Or comme le rappelle l'article L. 115-2 du code de l'action sociale et des familles, *« la lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation. Elle tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance ».*

Dans ces conditions, et comme le souligne la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) dans une délibération n° 2005-80 du 28 novembre 2005, l'accès des personnes présentant un risque aggravé de santé nécessite un traitement spécifique. Compte tenu de l'exception prévue à l'article 225-3 du code pénal, seule une intervention législative est susceptible de garantir aux personnes présentant un risque aggravé de santé l'accès à l'assurance et au crédit.

B. LE PROJET DE LOI RÉAFFIRME LA PERTINENCE DU MÉCANISME CONVENTIONNEL

Le projet de loi fait de l'existence d'une telle convention une obligation légale, reconnaissant ainsi les avantages de l'approche contractuelle.

1. L'existence d'une convention reste une obligation légale

La validation législative de la convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque de santé aggravé n'est pas à proprement parler une nouveauté puisque la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades fait déjà de l'existence d'une convention une obligation légale.

Si la nouveauté réside plus dans le renforcement des contraintes législatives, il n'est pas indifférent de constater que le projet de loi ne remet pas pour autant en cause la pertinence de la stratégie conventionnelle pour repousser les limites de l'assurabilité et ouvrir ainsi l'assurance à des publics jusque là très largement ignorés par les acteurs du marché.

Cette validation législative de l'approche conventionnelle est ainsi une reconnaissance des avancées déjà réalisées.

2. Le système conventionnel a déjà permis des avancées notables

L'efficacité de la voie conventionnelle se mesure aux avancées déjà réalisées. Plusieurs étapes dans la lutte contre les difficultés dont sont victimes les personnes en situation de risque aggravé de santé se sont en effet succédées pour aboutir à un système d'accès au crédit certes perfectible mais néanmoins performant.

a) Les trois conventions nationales successives

● *La convention du 3 septembre 1991 relative à l'assurabilité des personnes séropositives et sur les règles de bonne conduite du traitement des informations médicales par l'assurance*

Cette convention comportait, d'une part, une reconnaissance de la nécessité pour les assureurs de disposer de l'information privée portant sur le statut en matière de séropositivité VIH des nouveaux assurés et, d'autre part, la possibilité, en contrepartie, d'ouvrir automatiquement un droit à l'assurance pour les personnes séropositives pour les contrats comportant a priori le plus de problèmes, à savoir les contrats d'assurance décès garantissant des prêts immobiliers de moins d'un million de francs ayant une durée de remboursement comprise entre cinq et dix ans. Cette convention s'attachait déjà aux règles de confidentialité et comportait ainsi une annexe relative à un « *code de bonne conduite concernant la collecte et l'utilisation de données relatives à l'état de santé en vue de la souscription ou l'exécution d'un contrat d'assurance* ».

Le fonctionnement de cette convention a été très décevant. En 1999, un rapport⁽¹⁾ du conseil national du SIDA indiquait qu'au plus cinquante dossiers avaient été examinés dans ce cadre et que la convention n'a concerné au final qu'entre quinze et trente dossiers en tout.

Cet évident échec qualitatif s'explique notamment par le champ restreint des garanties offertes (exclusion des prêts à la consommation), par l'exclusion de l'assurance-invalidité du dispositif, par le montant trop élevé des surprimes et par l'absence de publicité donnée à la convention.

● *La convention du 19 septembre 2001, dite « convention Belorgey », visant à améliorer l'accès à l'emprunt et à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé*

Cette convention, qui ne se limite plus aux personnes séropositives au VIH, a été conclue entre des associations de malades, les représentants des entreprises d'assurance et de crédit, et les pouvoirs publics pour la mise en place d'un dispositif visant à faciliter l'accès à l'assurance décès des crédits immobiliers

(1) « Assurance et VIH/SIDA, Pour une assurabilité élargie des personnes et une confidentialité renforcée des données de santé, 20 septembre 1999 »

ou professionnels et des crédits à la consommation pour les personnes présentant des risques aggravés du fait de leur état de santé.

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a explicitement inclus les personnes handicapées dans le champ de la convention Belorgey.

• *La convention du 6 juillet 2006 « S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé » (AERAS) »*

La convention AERAS élargit considérablement le champ d'application du dispositif conventionnel d'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé. Cette signature est l'aboutissement de semaines de négociations destinées à renouveler, à la demande du Président de la République, la convention Belorgey. Ce nouveau dispositif, qui entrera en vigueur le 6 janvier 2007, vise à remédier aux principales faiblesses de la convention Belorgey, en particulier le champ encore trop restreint de la convention, la diffusion insuffisante de l'information sur la convention auprès du public et l'absence de la couverture du risque invalidité.

b) Le cadre relativement performant de l'approche contractuelle

La stratégie conventionnelle mise en place a permis une amélioration significative de la confidentialité et a commencé à faire reculer les frontières de l'assurabilité.

Avant la signature de la convention Belorgey, les personnes présentant un risque aggravé de santé voyaient souvent leurs dossiers rejetés par les assureurs sans même avoir fait l'objet d'un examen car ils n'entraient pas dans le cadre des contrats de groupes proposés par les établissements bancaires en fonction des critères d'âge, de santé ou de montant du prêt.

Les accords conventionnels successifs ont permis de mettre en place un examen des dossiers à trois niveaux. Le dossier d'une personne présentant des problèmes de santé est désormais examiné dans le cadre des contrats de groupe existant, puis fait l'objet d'un réexamen individualisé dans le cadre d'un contrat de deuxième niveau qui fait souvent intervenir un réassureur si le dossier n'entre pas dans les contrats de premier niveau. Le dossier est enfin analysé par un « pool des risques très aggravé » dans le cadre d'un contrat de troisième niveau faisant appel sur la base d'une convention de co-réassurance (les assurances font appel à la « réassurance », c'est-à-dire qu'elles se font assurer à leur tour par des compagnies spécialisées pour les risques qu'elles ont pris en charge) aux capacités d'assurance de l'ensemble du marché s'il ne relève pas du deuxième niveau. Ce pool des risques très aggravés, en faisant porter le risque sur plusieurs sociétés, favorise une meilleure mutualisation qui permet d'accroître l'offre d'assurance. Depuis 2003, l'ensemble des demandes d'assurances refusées au premier niveau est transmis au

deuxième niveau quels que soient la durée et le montant de l'emprunt. L'examen systématique des dossiers par les assureurs est donc un acquis majeur.

En outre, le dispositif conventionnel ne se borne pas aux prêts immobiliers et professionnels. Il met également en place des dispositifs originaux pour les prêts à la consommation, en les dispensant par exemple pour certains d'entre eux de questionnaire médical.

La convention Berlorgey a ainsi permis l'accès à l'assurance décès d'un plus grand nombre d'emprunteurs et la convention AERAS vise le même objectif en l'étendant à l'assurance invalidité.

De plus, si la convention Belorgey a déjà prévu la création d'une section scientifique, la convention AERAS reprend et renforce ce dispositif en créant une commission des études et recherches chargée de collecter des données sur la mortalité et la morbidité qui interviennent dans le calcul des surprimes. Son programme de recherche doit couvrir les pathologies les plus problématiques pour l'accès à l'emprunt et à l'assurance. Cette volonté d'améliorer la connaissance des pathologies doit permettre aux entreprises d'assurance d'élargir les couvertures assurantielles qu'elles proposent en actualisant leur connaissances médicales et scientifiques et en prenant en compte les améliorations apportées par les nouveaux traitements médicaux.

3. L'approche contractuelle présente des avantages non négligeables

Le recours au mécanisme conventionnel apparaît particulièrement pertinent.

a) La capacité d'adaptation d'un système souple qui a fait ses preuves

Une convention ne fige pas les solutions proposées. En effet, le cadre conventionnel apporte une souplesse indéniable qui favorise, par avenants, l'adaptabilité rapide du système en fonction de l'évolution des besoins. Il permet aussi aux professionnels de se faire entendre et de formuler des propositions dans le respect des règles qui fondent leurs métiers. En outre, les structures mises en place sont autant de lieux propices aux échanges, qui font apparaître des difficultés imprévues et nourrissent en retour les améliorations de la convention. Le rôle d'impulsion des instances de suivi et de médiation illustrent bien cette faculté d'adaptation.

● *L'instance de médiation*

Les travaux de l'instance de médiation permettent de mettre en lumière les obstacles concrets rencontrés par les personnes présentant un risque aggravé de santé et font évoluer le dispositif. La section de médiation, qui a pour mission de favoriser le règlement amiable des litiges individuels liés à la convention, a joué à plusieurs reprises un rôle d'alerte de la commission de suivi et de propositions.

- *La commission de suivi*

La convention Belorgey de 2001 comme la convention AERAS de 2006 prévoient toutes les deux une instance de suivi, qui constitue un lieu de dialogue entre les différentes parties, susceptible de favoriser l'échange et le rapprochement des points de vue.

Les travaux de cette commission de suivi et de propositions ont ainsi déjà permis d'améliorer le fonctionnement de la convention, qu'il s'agisse par exemple d'une plus grande transparence dans les procédures de traitement des dossiers avec une information écrite en cas de refus de prêt pour savoir si le refus est ou non lié à l'état de santé ou encore de l'extension du champ des dispositions concernant les crédits à la consommation affectés aux crédits à la consommation dédiés.

b) L'intérêt d'un système dont les bénéficiaires se répercutent sur l'ensemble des emprunteurs

Le choix opéré par les signataires de traiter les personnes présentant un risque aggravé de santé comme des consommateurs à part entière explique que les conventions ont posé des principes généraux qui s'appliquent désormais à l'ensemble des emprunteurs, par exemple en matière de contenu et de présentation des questionnaires de santé ou de règles destinées à préserver la confidentialité des informations médicales.

*

La démarche conventionnelle a ainsi indéniablement permis des avancées en matière d'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé de santé. Il n'est donc pas surprenant que les associations de malades comme les professionnels des établissements de crédits et des organismes d'assurance soient en majorité attachés à la poursuite de la voie conventionnelle.

Toutefois, tant la prise de conscience des insuffisances de la convention Belorgey que les interrogations sur la pérennité du dispositif conventionnel ont amené certains acteurs à s'interroger sur l'opportunité de renforcer le cadre législatif. Les pouvoirs publics se sont ainsi montrés de plus en plus attentifs au discours de certaines associations qui soulignent à la fois les insuffisances et la trop grande confiance faite au dispositif conventionnel.

C'est pourquoi, tout en encourageant la poursuite des négociations qui ont finalement abouti à la signature de la convention AERAS, les pouvoirs publics ont souhaité soumettre au Parlement des dispositions qui confortent le dispositif conventionnel. Le présent projet de loi traduit ce volontarisme politique en consacrant au plan législatif les récentes avancées réalisées par la convention AERAS et en garantissant la pérennité du dispositif d'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé de santé.

II.- LE PROJET DE LOI CONSACRE AU PLAN LÉGISLATIF LES AVANCÉES CONVENTIONNELLES ET GARANTIT LEUR PÉRENNITÉ

Le projet de loi ne fait pas qu'évoquer la convention ; il renforce également son encadrement normatif.

Tout en validant la pertinence du recours à la démarche contractuelle, le projet de loi tire les conséquences des limites réelles ou potentielles de la stratégie conventionnelle et constitue dès lors une réponse à ceux qui appellent de leurs vœux un cadre législatif plus contraignant.

Il pose en premier lieu le cadre de sa renégociation régulière et la définition de son contenu en consacrant au plan législatif les avancées de la convention AERAS. Il garantit en second lieu la pérennité des avancées conventionnelles en définissant des mécanismes de sauvegarde qui permettent l'intervention de solutions réglementaires en cas d'enlisement du dispositif conventionnel.

A. LE PROJET DE LOI EST UNE CONSÉCRATION LÉGISLATIVE DES RÉCENTES AVANCÉES CONVENTIONNELLES

Le projet de loi tire les conséquences des insuffisances constatées dans le passé et consacre solennellement dans la loi les grands principes sur lesquels la dernière convention AERAS est fondée. Il inscrit ainsi dans le code de la santé publique les avancées et les garanties issues de la dernière négociation conventionnelle qui a abouti en juin 2006.

1. Le projet de loi tire les conséquences des limites et blocages rencontrés dans le passé

Les auditions conduites par le rapporteur ont permis aux parties prenantes de se faire largement l'écho des difficultés que l'expérience de la mise en application de la convention Belorgey de 2001 a mis en évidence.

a) Le défaut général d'information

Le manque de publicité sur l'existence et la portée de la convention Belorgey est indéniablement une des limites du dispositif conventionnel de 2001, puisque les personnes présentant un risque aggravé de santé ne peuvent évidemment pas demander à bénéficier des possibilités offertes par la convention Belorgey si elles n'en connaissent pas l'existence et le contenu.

C'est l'information des emprunteurs potentiels qui permet de faire prendre conscience aux personnes se croyant *a priori* exclues du crédit de la possibilité de

solliciter un prêt ou de mieux orienter la demande de crédit en fonction du montant du prêt et de la durée de remboursement.

b) Le défaut de motivation de refus de prêt

Faute de connaître les raisons pour lesquelles leur demande d'assurance est rejetée par le médecin conseil de l'assurance ou les motifs pour lesquels une surprime leur est appliquée, les malades ne peuvent pas efficacement recourir au dispositif conventionnel. Or c'est la connaissance du motif du refus de prêt qui permet de solliciter la mise en œuvre du dispositif conventionnel.

c) La fixation de surprimes trop élevées

Les avancées réalisées par le dispositif de la convention Belorgey ont permis de réintégrer dans le champ de l'assurance emprunteur des publics jusque là exclus du marché de l'assurance. Néanmoins, le principe de base du système assurantiel de marché de proportionnalité de la prime au risque s'est parfois traduit par un niveau de prime qui n'est pas supportable au regard des ressources financières du candidat à l'assurance. L'expérience a montré que le montant de la surprime demandé pouvait se révéler d'autant plus dissuasif que le contexte économique est propice à des taux d'intérêts des emprunts immobiliers faibles.

d) L'absence de garantie invalidité

L'une des limites de la convention Belorgey de 2001 est que son champ d'application se concentre sur la garantie décès, alors que les établissements de crédit exigent de plus en plus systématiquement une garantie complémentaire en invalidité. L'absence de couverture de la garantie invalidité est ainsi une des préoccupations les plus prégnantes des associations de malades.

À partir du moment où la convention de 2001 ne traite pas explicitement du risque invalidité, le fait d'exiger systématiquement des garanties invalidité est susceptible d'aboutir en pratique à contourner la convention et à la vider de sa substance. Sur ce sujet, l'instauration d'une couverture invalidité pour les crédits immobiliers et professionnels, pour la partie de ce risque qui peut être techniquement assurable, est une des novations majeures de la convention AERAS.

Sur tous ces sujets, la convention AERAS devrait certes apporter des avancées notables. Mais, tout en laissant les partenaires se charger des modalités d'application des principes définis dans cette nouvelle convention, les pouvoirs publics ont choisi de fixer dans la loi les avancées conventionnelles.

2. Le projet de loi consacre les avancées de la convention AERAS

a) Le principe d'une renégociation régulière de la convention et l'élargissement de l'objet des négociations

Le projet de loi pose en premier lieu le cadre de la renégociation régulière de la convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.

L'article 3 du projet de loi fixe ainsi à trois ans la durée de la convention. Ce principe de renégociation régulière des conventions nationales relatives à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé ne bouleverse pas le schéma retenu dans le passé. La convention Belorgey signée le 19 septembre 2001 s'applique en effet jusqu'au 31 décembre 2003, tandis que la convention AERAS signée le 6 juillet 2006 stipule dans le 2) du titre VI (« *Dispositions particulières* ») qu'elle est conclue pour une période de trois ans renouvelable par tacite reconduction. Le principe d'une renégociation régulière est donc désormais fixé par la loi.

Le projet de loi définit en second lieu plus clairement l'objet et le contenu de la convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.

La nouvelle rédaction de l'article L. 1141-2 du code de la santé publique proposée par l'article 1^{er} du projet de loi explicite l'objet de la convention nationale. Celle-ci doit faciliter l'assurance des prêts demandés par les personnes présentant un risque aggravé en raison de leur état de santé ou d'un handicap. Elle doit également assurer la prise en compte complète des garanties alternatives à l'assurance. Enfin, la convention a pour objet de définir des modalités particulières d'information des demandeurs, d'instruction de leur dossier et de médiation.

b) La validation des principes inscrits dans la convention AERAS

En procédant, par énumération des rubriques que la convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé doit nécessairement contenir, le projet de loi procède à un encadrement *a minima* des engagements conventionnels et donne surtout des garanties pour l'exercice des conditions d'accès à l'assurance. Il vise à inscrire dans le marbre de la loi les principales avancées conventionnelles.

Parmi les obligations d'ordre public que retient le projet de loi, une place particulière doit être faite à la motivation des décisions de refus, à la mutualisation des surprimes et à l'extension de la garantie invalidité qui constituent les principales innovations de la convention AERAS que le projet de loi entérine.

- *La motivation des refus*

La convention AERAS signée le 6 juillet 2006 prévoit que l'assureur informe, par courrier, le demandeur d'emprunt de façon claire et explicite de ses décisions relatives au refus d'assurance, aux exclusions de garantie ou aux surprimes. Il doit indiquer à l'intéressé, dans le même courrier, qu'il lui est loisible de prendre contact par courrier avec le médecin de l'assureur, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, pour connaître les raisons médicales à l'origine des décisions de l'assurance.

Le projet de loi garantit ainsi la pérennité de cet engagement des établissements à motiver par écrit les refus de dossier.

- *La mutualisation des surprimes*

Le projet de loi garantit également la pérennité du dispositif destiné à rendre les primes d'assurance supportables pour les personnes concernées. Ce mécanisme présente l'avantage d'éviter la création d'un nouveau fonds de solidarité alimenté par des contributions publiques.

- *L'extension de la garantie invalidité*

Alors que la loi du 4 mars 2002 prévoit que la convention relative à l'assurance des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé détermine les modalités particulières d'accès à l'assurance contre les risques de décès ou « *d'invalidité* », la convention Belorgey n'envisage que le risque de décès. Si le risque invalidité est désormais pris en compte par la convention AERAS, le projet de loi garantit qu'il en sera de même dans les futures conventions.

Cette définition plus précise de l'objet et du contenu de la convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé a l'avantage d'enserrer désormais les négociations dans un cadre plus contraignant.

Toutefois, le projet de loi ne se contente pas de consacrer au plan législatif les avancées de la convention AERAS. Il prend également en compte le souci de l'application effective du dispositif et de la pérennité des engagements conventionnels en prévoyant des mécanismes de sauvegarde qui autorisent l'intervention du pouvoir réglementaire en cas de blocage du dispositif conventionnel et une évaluation régulière du dispositif mis en place.

B. LE PROJET DE LOI PERMET, EN CAS D'ENLISEMENT DU DISPOSITIF CONVENTIONNEL, L'INTERVENTION DE SOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES

Si le projet de loi laisse aux acteurs la liberté des modalités d'application de la convention, il garantit parallèlement aux personnes présentant des risques

aggravés de santé la pérennité des solutions apportées pour repousser les frontières de l'assurabilité.

1. La loi du 4 mars 2002 reste insuffisante en termes de protection légale

L'article L. 1141-2 du code de la santé publique se borne, depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, à disposer qu'« *à défaut d'accord, ou en cas de dénonciation, compromettant la mise en œuvre ou la pérennité du dispositif conventionnel, les conditions de collecte et d'utilisation ainsi que les garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale sont définies par décret en Conseil d'Etat, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés* ».

Cette garantie accordée, en cas d'échec du dispositif conventionnel, aux personnes présentant un risque aggravé de santé se limite ainsi jusqu'aujourd'hui à la question du traitement confidentiel des données, ce qui assure une faible protection.

2. Le projet de loi élargit au profit du pouvoir réglementaire le dispositif de sauvegarde de la convention

L'article 3 du projet de loi complète utilement les dispositions introduites par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé en vue de permettre, en cas d'enlisement du dispositif conventionnel, l'intervention de solutions réglementaires qui ne se limitent plus au traitement confidentiel des données.

Ces dispositions novatrices ne portent pas pour autant atteinte à l'économie de la convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé, puisqu'elles se bornent à prévoir des mécanismes de sauvegarde qui ne se substituent à la convention que si l'existence de celle-ci vient à faire défaut. La jurisprudence du Conseil constitutionnel (décision n° 98-401 DC), selon laquelle le législateur ne saurait porter à la liberté contractuelle, et donc à l'économie des conventions et contrats légalement conclus, une atteinte d'une gravité telle qu'elle méconnaisse manifestement la liberté découlant de l'article 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, est donc respectée.

Ce dispositif répond en outre pleinement à une préconisation de la HALDE qui, dans sa délibération n° 2005-80 du 28 novembre 2005, s'était saisie de la question de l'assurabilité des personnes présentant un risque aggravé de santé pour préconiser de compléter les dispositions de la loi sur les droits des malades en vue de permettre, en cas d'enlisement du dispositif conventionnel, l'intervention de solutions réglementaires.

a) La capacité d'extension de la convention aux organismes non signataires

Dans le cas où la convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque de santé aggravé ne serait pas signée par l'une des organisations professionnelles représentant les établissements de crédit, les entreprises d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance, l'article 3 du projet de loi permet au pouvoir réglementaire d'étendre par décret l'application de la convention aux entreprises et organismes représentés par l'organisation non signataire.

Cette faculté, subordonnée à la consultation des signataires de la convention et de l'organisation professionnelle non signataire, rappelle le schéma d'extension par voie d'arrêté des conventions collectives et permet de s'assurer que le dispositif conventionnel mis en place ne sera pas mis en échec par le refus de signature d'une des organisations professionnelles intéressées.

b) La sauvegarde des acquis de la convention

Dans le cas où la convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque de santé aggravé ne serait pas prorogée ou renouvelée, ou si elle venait à être dénoncée, l'article 3 du projet de loi habilite le pouvoir réglementaire à fixer, par décret en Conseil d'Etat, le contenu de l'ensemble des rubriques qui doivent désormais figurer dans la convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.

Par ses dispositions novatrices, qui introduisent une sorte de « filet de sécurité » ou une « compétence de rattrapage » du gouvernement, le projet de loi incite ainsi les partenaires à négocier et ne renvoie, en dernier ressort, à la voie réglementaire qu'en cas d'échec constaté de la négociation.

3. Le projet de loi prévoit une évaluation régulière du dispositif d'accès au crédit

La fixation de deux échéances pour l'évaluation du dispositif d'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé est la marque de l'attention portée à ce que celui-ci soit correctement appliqué et même amélioré si nécessaire.

a) L'évaluation dans les six mois précédant l'échéance de la convention

L'instance de suivi se voit confier (article 4 du projet) la rédaction d'un rapport d'évaluation adressé au gouvernement et au Parlement dans les six mois qui précèdent l'échéance normale de la convention. Cette évaluation porte sur le dispositif d'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé et concerne donc la convention, si celle-ci est toujours en vigueur, ou le dispositif

réglementaire qui s'y est substitué en cas de dénonciation, non-prorogation ou absence de renouvellement de la convention.

Cet évaluation à l'échéance normale de la convention reprend un engagement des signataires de la convention AERAS, qui stipule que la commission de suivi et de propositions remet tous les deux ans au gouvernement, aux présidents des assemblées ainsi qu'au président du Conseil national consultatif des personnes handicapées, un rapport public sur son activité, la mise en œuvre de la convention et les nouvelles mesures adoptées ou en voie de l'être, en vue d'améliorer l'assurance et l'accès à l'emprunt des personnes présentant un risque aggravé de santé.

b) L'évaluation intermédiaire

L'article 5 du projet de loi prévoit également, au plus tard au 1^{er} juillet 2008, une évaluation intermédiaire de la convention en vigueur à la date de la publication de la loi.

Cette évaluation intermédiaire complète utilement l'évaluation prévue à l'article 4. Elle aura le mérite de dresser rapidement un bilan de l'application de la convention AERAS sans attendre deux ans et garantit ainsi que les adaptations nécessaires à la pleine réussite du dispositif d'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé seront prises en temps utile.

C. LES TRAVAUX DE LA COMMISSION ONT PERMIS D'AMÉLIORER LE TEXTE

Lors de sa réunion du 6 décembre, la commission a adopté six amendements, tous à l'initiative du rapporteur, qui ont permis d'enrichir le présent texte et concernent principalement les points suivants.

1. L'efficacité du dispositif de sauvegarde en cas de blocage du mécanisme conventionnel est mieux garanti

Dans les cas où la voie conventionnelle serait mise en échec, c'est-à-dire lorsque la convention n'est pas prorogée ou renouvelée, ou lorsqu'elle vient à être dénoncée, le cinquième alinéa de l'article 3 du projet de loi habilite le pouvoir réglementaire à fixer, par décret du Conseil d'Etat, le contenu de l'ensemble des rubriques qui doivent figurer dans la convention. Toutefois, l'article 3 ne fixait initialement aucun délai pour l'édiction de ce décret. Dès lors, le mécanisme de sauvegarde prévu risquait d'être privé de toute portée pratique en cas d'inertie du pouvoir réglementaire.

C'est pourquoi la commission a adopté un amendement fixant un délai maximum de six mois pour prendre les mesures réglementaires nécessaires, ce qui garantit l'efficacité du dispositif mis en œuvre pour assurer la pérennité de la convention.

2. Les droits des personnes présentant un risque aggravé de santé ont été renforcés

a) Le droit d'accès des malades aux informations concernant leur santé

La loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades a défini un certain nombre de droits des personnes malades et des usagers du système de santé parmi lesquels figure un droit d'accès aux informations concernant leur santé, défini par l'article L.1111-7 de façon assez étroite puisqu'il est limité d'une part aux informations formalisées dans le cadre d'un diagnostic, d'un traitement ou d'une action de prévention et d'autre part aux informations issues d'échanges d'écrits entre professionnels de santé.

Les organismes d'assurance considéraient bien souvent que ces dispositions n'étaient pas opposables aux informations concernant la santé recueillies lors des questionnaires de santé nécessaire à la souscription d'un contrat d'assurance.

Pour faciliter l'accès aux éléments médicaux à l'origine des décisions des compagnies d'assurance, la commission a adopté un amendement modifiant le code de la santé publique afin de rendre applicable la communication d'information sur la santé à toute situation où un professionnel produit ou détient des informations sur la santé d'une personne, même en dehors des situations de soins ou de prévention.

b) La garantie de l'avis préalable de la CNIL sur les dispositions de la convention

L'article 1^{er} du projet de loi réécrit l'article L. 1141-2 du code de la santé publique dont le 3^e alinéa dispose, dans sa rédaction actuelle, que la CNIL donne un avis sur les dispositions de la convention nationale relatives aux données à caractère personnel de nature médicale de la convention, préalablement à sa conclusion.

Or cette disposition n'était pas initialement reprise dans le présent projet de loi. Si les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée s'imposent de toute façon dans les conditions de droit commun aux fichiers des établissements de crédit et des assurances, il a paru préférable, dans une optique de sécurité juridique, de rétablir la garantie supplémentaire donnée, en amont, par l'avis de la CNIL sur la convention. Cette disposition présente l'intérêt d'anticiper toute difficulté et d'éviter ainsi les problèmes d'application ultérieure.

3. Les modalités d'évaluation de la convention ont été mieux encadrées

L'évaluation du dispositif conventionnel est un élément majeur du projet de loi, puisque c'est le bilan de l'application de la convention qui mettra en

lumière, le cas échéant, les adaptations nécessaires à la pleine réussite du dispositif d'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.

Or si l'article 4 confiait à l'instance de suivi prévue par la convention le soin d'effectuer une évaluation du dispositif dans les six mois précédant l'échéance de la convention, le risque existait que la remise du rapport intervienne trop tard, à la veille de l'expiration de la convention. C'est pourquoi la commission a adopté un amendement imposant que ce rapport soit adressé au plus tard trois mois avant l'échéance normale de la convention, de façon à ce que les adaptations requises puissent être préparées en temps utile et garantissent la continuité du dispositif d'accès au crédit pour les personnes présentant un risque aggravé de santé.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I.- AUDITION DU MINISTRE

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a entendu M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, sur le projet de loi relatif à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé au cours de séance du mercredi 29 novembre 2006.

Le président Jean-Michel Dubernard a souhaité la bienvenue à M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, venu présenter le projet de loi relatif à l'accès au crédit des personnes présentant un risque de santé, et a estimé qu'il était à l'honneur des hommes politiques de s'intéresser à un tel sujet, très important sur le plan humain.

M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a souligné que le projet de loi relatif à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé est un texte fondamental, qui vise, à la demande du Président de la République, à donner irrévocablement force de loi à un dispositif conventionnel tendant à lutter contre une discrimination intolérable, dont on parle trop peu : celle qui empêche des malades ou anciens malades d'acquiescer par le crédit, un bien immobilier, un bien professionnel, ou un bien de consommation. Il est intolérable que des millions de personnes – il y a aujourd'hui 10 à 11 millions de personnes concernées, dont 7 millions de personnes en affection de longue durée (ALD) – soient frappées par cette « double peine ».

La convention « *S'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé (AERAS)* » a été conclue le 6 juillet 2006 entre l'État, les organisations professionnelles représentants les établissements de crédit, les mutuelles et les entreprises d'assurance, et les associations de malades. Elle doit entrer en vigueur le 6 janvier 2007. Il faudra néanmoins veiller à ce que, dans les agences bancaires et les cabinets d'assureurs, les pratiques changent, et que les personnes concernées ne soient plus soumises à un parcours du combattant.

Cette convention prend la suite de la convention dite Belorgey conclue le 19 septembre 2001. Quatre ans après son entrée en vigueur, il apparaissait, en effet, que l'application de cette convention laissait subsister un certain nombre d'entraves à l'accès de ces personnes à l'assurance et à l'emprunt dans des conditions satisfaisantes. Dans la mesure où il s'agissait d'une question concernant au premier chef les acteurs économiques et sociaux, le gouvernement a choisi de procéder d'abord par la négociation, puis, conformément au souhait des associations, de consacrer les résultats de celle-ci par la loi, ainsi que l'a annoncé, dans son discours du 27 avril 2006 sur la politique de lutte contre le cancer, le Président de la République. Ce projet de loi sera examiné par le Sénat en janvier 2007 et adopté avant la fin de législature.

La convention Belorgey avait permis des avancées significatives, puisqu'elle a ouvert un droit à l'examen à plusieurs niveaux des dossiers présentant des difficultés ainsi que la possibilité de saisir une instance de médiation et certaines garanties de confidentialité du traitement des données.

Néanmoins, elle est restée trop peu connue pour être réellement invoquée par les millions de personnes susceptibles d'en bénéficier. Par ailleurs, elle ne couvrait que l'assurance décès et non l'assurance invalidité ; les garanties de confidentialité étaient insuffisantes ; les délais d'instruction des dossiers restaient souvent incompatibles avec les exigences des vendeurs de biens immobiliers ; enfin, l'importance des surprimes empêchait bon nombre de personnes, même quand leur dossier était retenu, de mener jusqu'à son terme l'opération envisagée.

Les avancées de la nouvelle convention AERAS permettent de combler ces lacunes.

En premier lieu, le public sera pleinement informé de l'existence du dispositif. Tous les partenaires à la convention, au premier chef desquels les banques, devront y contribuer. Les banques mentionneront systématiquement, sur les simulations de prêts, l'existence du dispositif et nommeront des référents dans les agences. L'Etat participera à l'information par l'ouverture d'un site Internet.

De plus, l'assurance invalidité est désormais pleinement intégrée au dispositif de la convention : examen des dossiers à trois niveaux ; éligibilité au mécanisme de médiation ; programmes de recherche que pilotera la commission des études et des recherches de la convention ; éligibilité au mécanisme de mutualisation au même titre que l'assurance décès ; couverture assurancielle étendue au-delà de la perte totale et irréversible d'autonomie (PITA), de façon à couvrir les personnes dans l'impossibilité d'effectuer les actes de la vie quotidienne sans assistance d'une tierce personne (troisième catégorie, au sens de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale) et celles dans l'impossibilité d'exercer une profession (deuxième catégorie, au sens de l'article précité). Si cet objectif ne s'avère pas rempli au vu du bilan qui sera dressé dans dix-huit mois, le dispositif sera revu.

En outre, le dispositif favorisera une plus grande transparence pour l'octroi des polices d'assurance : les refus d'emprunt liés à des raisons de santé, ou les restrictions de couverture, devront être motivés ; le programme de recherche de la commission des études et des recherches couvrira les pathologies les plus problématiques pour l'accès à l'emprunt et à l'assurance. Par ailleurs, une véritable instance de médiation en cas de litige sera mise en place, et la possibilité de saisir cette commission sera systématiquement indiquée aux personnes recevant un refus ou une restriction d'assurance.

Quant aux surprimes liées à l'état de santé, leur montant sera rendu plus supportable. La prime d'assurance sera plafonnée à 1,5 point de taux effectif

global pour les emprunteurs dont les revenus ne dépassent pas le plafond annuel de la sécurité sociale, soit un peu plus de 30 000 euros par an.

De surcroît, les critères d'éligibilité seront élargis, qu'il s'agisse de l'âge des emprunteurs ou de la durée et du montant des emprunts. Pour les emprunts immobiliers et professionnels, la durée sera déplafonnée dès lors que l'âge de l'emprunteur ne dépassera pas 70 ans au terme du prêt et le montant maximum du prêt passera de 250 000 à 300 000 euros. Pour les crédits à la consommation exonérés de questionnaires de santé, l'âge sera porté de 45 à 50 ans et l'encours de 10 000 à 15 000 euros. Enfin, les banques s'engagent à accepter les garanties alternatives, telles que cautions ou assurances individuelles, dès lors qu'elles offrent la même sécurité.

Le projet de loi, quant à lui, institutionnalise, en son article 1^{er}, l'obligation pour les banques et les assureurs de négocier avec l'État et les associations de malades et d'usagers du système de santé – dont la place se trouve, au passage, consacrée –, une convention triennale.

L'article 2 énumère les sujets que doit impérativement traiter la convention, et qui reprennent les thèmes traités par la convention signée le 6 juillet 2006.

L'article 3 permet l'intervention du pouvoir réglementaire en cas de carence des parties conventionnées et notamment la possibilité d'extension, par décret, à un secteur si l'une des trois familles d'assurance (assurances, mutuelles ou institutions de prévoyance), ou l'une des deux familles bancaires (banques et établissements financiers), ne conclut pas la convention. Il comporte également, en cas de rupture ou d'absence de renouvellement de la convention, la possibilité, pour le Gouvernement, de se substituer aux parties conventionnelles pour édicter par décret en Conseil d'État les garanties offertes aux personnes malades.

L'article 4 confie à l'instance de suivi prévue par la convention le soin d'effectuer une évaluation du dispositif qu'elle transmet au Parlement et au Gouvernement dans les six mois précédant l'échéance de la convention.

L'article 5 prévoit la transmission de ce rapport, à titre dérogatoire, dans les dix-huit mois suivant l'entrée en vigueur de la convention du 6 juillet 2006, soit à la mi-2008 : en effet, le Gouvernement a souhaité que, compte tenu de son importance et de l'urgence de sa mise en place, l'entrée dans le champ du dispositif de l'assurance invalidité soit évaluée dès cette date. Par ces deux articles, le Parlement est placé, aux côtés du Gouvernement, en situation de garant de la bonne application des nouvelles mesures.

Ce projet de loi est donc un texte d'équilibre et d'ambition, qui permet de consacrer un principe au cœur du pacte républicain : celui de la non-discrimination.

Un débat a suivi l'exposé du ministre.

M. Bernard Pousset, rapporteur, a salué l'amélioration sensible apportée par le projet de loi, puis a posé les questions suivantes :

– Dans une optique de droit comparé, comment se situe la France dans le domaine de l'accès au crédit pour les personnes présentant un risque aggravé de santé ?

– Pourquoi les rapports adressés par M. Jean-Michel Belorgey au gouvernement en mai 2000 et en décembre 2005 n'ont-ils pas été rendus publics ? Et comment expliquer que le Parlement n'ait pas été destinataire du rapport sur l'accès à l'assurance des personnes présentant des risques de santé aggravés pourtant prévu par l'article 144 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ?

– A-t-on une bonne visibilité de l'importance statistique des problèmes posés ? Combien de personnes sont potentiellement concernées ? La Fédération bancaire française (FBF), s'appuyant sur les chiffres de la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA), fait état dans ses documents de 99,7 % de dossiers qui reçoivent une proposition d'assurance grâce à la convention Belorgey. Ces chiffres sont-ils fiables ? Comment améliorer la transparence de ces chiffres ? Où en est la réflexion sur le cadre statistique nécessaire au suivi de l'efficacité du dispositif conventionnel ?

– La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé fait déjà de l'existence d'une convention relative à l'assurance des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé ou d'un handicap une obligation légale. Quels sont les principaux apports du projet de loi ?

– L'adossement d'une loi à une convention à laquelle l'État lui-même est partie est un schéma assez original. Qu'est-ce qui a motivé le recours à une telle procédure ? Y a-t-il des précédents similaires ?

– Le projet de loi modifie uniquement le code de la santé publique. Pourquoi n'a-t-il pas été décidé de modifier d'autres codes comme, par exemple, le code de la consommation, le code des assurances ou le code pénal ?

– À partir du moment où l'objet de la loi est d'inscrire dans celle-ci les « acquis » obtenus par voie conventionnelle, n'était-il pas envisageable d'instaurer dans le dispositif une sorte de disposition « effet cliquet » ?

– Le projet de loi reprend les grands principes d'une convention qui, d'après certaines associations déjà auditionnées, fait peser une obligation particulière sur des organismes français mais ne couvre pas les banques et assurances étrangères, ni même l'ensemble des organismes français de ces secteurs. N'y a-t-il pas là un risque juridique au regard du droit européen de la concurrence ?

– Qu’apportent les garanties conventionnelles de confidentialité des données à caractère personnel et de nature médicale par rapport aux différents secrets professionnels existants ?

– L’information des personnes susceptibles d’être concernées par un risque de santé aggravé semble indéniablement être une condition de succès de l’entreprise. À cet égard, la convention AERAS comporte des avancées significatives et implique notamment, pour la première fois, une obligation d’information par l’État. En dehors de la création d’un site Internet, quelles sont les mesures concrètes qui ont déjà été envisagées pour répondre à cet objectif ? Le ministère de la santé est-il prêt à s’impliquer dans une campagne nationale de promotion de la convention, afin de permettre aux personnes classées « risques aggravés » de quitter ce statut de malades perpétuels et redevenir des citoyens à part entière, ayant le droit de faire des projets à moyen et long terme ?

– Quelles conséquences entraînerait le non-respect des dispositions de la loi ? En l’absence de sanctions, n’y a-t-il pas un risque d’affaiblissement de la loi ? Que penser de la proposition du Collectif interassociatif sur la santé (CISS) d’intégrer la non-observation du dispositif prévu par le code de la santé publique parmi les discriminations punissables par l’article 225-3 du code pénal ?

– Quels que soient le renforcement et l’amélioration du dispositif de la convention Belorgey, des refus d’assurance pour raisons de santé subsisteront et certains malades ne pourront donc toujours pas être assurés. Y a-t-il une réflexion spécifique sur ce sujet ?

En réponse au rapporteur, le **ministre** a apporté, les précisions suivantes :

– Selon les postes diplomatiques français à l’étranger, il n’y a pas à l’étranger de dispositifs semblables à la convention Belorgey. La spécificité française semble résider dans le fait que les banques exigent plus systématiquement une assurance décès et une assurance invalidité et relativement peu des garanties alternatives, telles les cautions. La Belgique, toutefois, s’est dotée en juin 2006 d’une loi *ad hoc*. La convention AERAS et la loi mettront la France, qui avait déjà innové avec la convention Belorgey, à l’avant-garde de la lutte contre les discriminations, longtemps occultées, fondées sur l’état de santé des personnes.

– Si les rapports Belorgey n’ont pas été rendus publics, c’est parce qu’il n’y avait pas d’accord entre les professionnels et les associations. Attendre qu’il se manifeste aurait fait perdre beaucoup de temps, alors qu’une nouvelle convention était en négociation. Mais le rapport d’information sera communiqué dans les jours qui viennent, en tout état de cause avant le vote du projet de loi.

– Il est exagéré de dire que les données chiffrées ne sont pas fiables. Le nombre de refus enregistrés est bien de 9 000, mais il ne suffit pas à rendre compte de l’exclusion de l’accès au crédit, dont 10 à 12 millions de personnes sont susceptibles d’être victimes : beaucoup, en effet, ignorent l’existence de la

convention Belorgey ou estiment le dispositif trop compliqué pour qu'elles aient une chance d'obtenir gain de cause ; d'autres, enfin, ont pu se résoudre à mentir sur leur état de santé, avec tous les risques que cela comporte en cas de dévoilement de leur situation réelle.

– L'un des apports principaux du projet de loi, par rapport à l'ancien dispositif est que le Gouvernement pourra agir par voie réglementaire si d'aventure la convention vient à être dénoncée ou à ne pas être appliquée.

– Qu'une loi soit adossée à une convention n'est pas exceptionnel : le cas se produit notamment pour les conventions entre les professions de santé et la sécurité sociale ou dans le champ de l'assurance-chômage ou encore pour les règlements conventionnels minimum. Il faut laisser les partenaires négocier mais, s'il n'y a pas de résultat, il appartient aux pouvoirs publics de prendre leurs responsabilités. Ce qu'il faut néanmoins souhaiter, c'est que chacun s'engage avec enthousiasme, volontarisme et dynamisme dans l'application de la nouvelle convention.

– Si le contenu de la convention est transcrit dans le code de la santé publique plutôt que dans un autre code comme celui de la consommation, c'est par souci du parallélisme des formes avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Quant au code pénal, son article 225-1 réprime déjà les discriminations fondées sur l'état de santé. Mais il ne faut pas non plus négliger, outre la sanction pénale, la sanction médiatique, ni le fait qu'un nombre croissant d'investisseurs internationaux sont de plus en plus vigilants quant à l'application de certaines règles éthiques. Cela dit, l'on n'imagine guère que des gens qui ont signé une convention n'aient pas la volonté de la respecter...

– Si l'on a peu parlé de la convention AERAS au moment de sa conclusion en juillet 2006, c'est parce qu'il n'y avait pas lieu d'annoncer trop tôt un dispositif dont l'entrée en vigueur n'était prévue que six mois plus tard. Mais les choses vont changer et le mois et demi qui va s'écouler avant cette échéance sera mis à profit par le ministre pour rencontrer banquiers et assureurs, les inviter à veiller à l'information du public, et s'assurer des modalités d'application de la convention. Le ministère de la santé, outre la création d'un site Internet, réfléchit également à la possibilité d'une communication grand public qui, parce que le sujet ne relève pas de l'éducation à la santé, n'est pas du ressort de l'INPES. Quoi qu'il en soit, le sujet de l'accès au crédit des personnes présentant un risque de santé est devenu public et il ne sera plus possible de revenir en arrière.

Le président Jean-Michel Dubernard a demandé s'il était possible d'aller plus loin dans les modalités d'application de la nouvelle convention, qui marque un progrès par rapport à la précédente, laquelle représentait déjà un progrès considérable. Comment être certain que les dispositions en seront bien appliquées, compte tenu des obstacles constatés au cours des cinq dernières années ? L'un des problèmes majeurs que l'on rencontre en effet, quels que soient les gouvernements et les majorités, est le passage de la volonté politique à

l'application pratique. La loi sur le handicap, par exemple, qui est pourtant l'une des plus fortes adoptées au cours de la présente législature se heurte à des difficultés d'application sur le terrain.

M. Pierre-Louis Fagniez a estimé que les difficultés étaient à venir et non passées, et que la présence effective d'un référent dans chaque agence bancaire serait un élément clé de la réussite du dispositif, notamment en direction des publics les plus fragilisés.

M. Frédéric Reiss, après s'être étonné du très grand nombre de personnes atteintes d'une affection de longue durée, s'est demandé comment fonctionnerait le dispositif de médiation prévu au 9° de l'article 2, et en particulier comment les personnes concernées se fédéreraient pour défendre leurs intérêts ?

Le ministre a apporté les réponses suivantes :

– L'information est un enjeu essentiel et c'est au référent présent dans chaque agence bancaire qu'il appartiendra de la délivrer, non pas seulement aux personnes qui en feront la demande, mais au grand public dans son ensemble. Il importe, pour cela, de former des professionnels, car il a lui-même pu constater, dans une agence d'un réseau important, située dans une ville de 6 000 habitants, que le personnel ne connaissait pas le contenu de la convention Belorgey et que la brochure d'information mentionnée dans les documents de demande de prêt était indisponible.

– Un comité de suivi sera mis en place au niveau national, au sein duquel les représentants des associations feront remonter les difficultés. Le comité se réunira avant 18 mois. Il faudra veiller à ce que tous les établissements se mobilisent, et non pas seulement ceux qui le sont déjà le plus.

– Les bonnes intentions ne suffisent pas à réconcilier les Français et la politique : tant qu'une réforme n'est pas en vigueur sur le terrain, elle n'existe pas à leurs yeux. Or c'est à partir du 6 janvier 2007 qu'elle existera. Il s'agit de faire en sorte, grâce au comité de suivi, qu'elle soit appliquée avec célérité et efficacité.

– Des difficultés subsisteront certainement, car il y a des cas humains auxquels l'application des techniques assurantielles n'est pas aisée. C'est pourquoi sera créée une commission paritaire de médiation, composée de quatre membres titulaires et quatre suppléants, et présidée par une personnalité qualifiée. Elle pourra s'adjoindre des personnalités extérieures sans voix délibérative. Elle pourra être saisie de cas individuels, le cas échéant hors du canal associatif. Elle remettra au Gouvernement un rapport annuel, dont le Parlement pourra avoir connaissance. Son secrétariat, permanent, bénéficiera de moyens fournis par l'État.

M. Céleste Lett a demandé si le dispositif aurait des incidences financières sur les établissements bancaires et assurantiels et comment l'État comptait leur imposer ce surcoût.

Le ministre a dit avoir le sentiment que ces organismes peuvent assumer eux-mêmes cette charge, indubitable car liée notamment au plafonnement des surprimes. Il faut souligner d'ailleurs que ce n'est pas l'Etat qui la leur impose, mais qu'ils l'ont eux-mêmes acceptée en signant la convention. Le rôle de l'État consiste à empêcher, en légiférant, qu'il y ait un jour un retour en arrière.

M. Michel Heinrich a dit craindre que les surprimes ne restent dissuasives pour les personnes dont les revenus sont au-dessus du plafond ouvrant droit à leur limitation à une fois et demie le taux effectif global (TEG) du crédit.

Le ministre a précisé qu'obtenir la mutualisation des surprimes d'assurance était un pas important. Une personne de quarante ans, présentant un risque de surmortalité de 400 % et souscrivant un emprunt immobilier à quinze ans au taux de 3,5 % verrait le coût de sa prime d'assurance réduit, grâce à la mutualisation, de 370 euros par an, soit 5 500 euros sur la durée totale du prêt. L'effort consenti par les établissements n'est donc pas négligeable. Il est vrai que le dispositif, en principe, ne joue pas au-delà d'un revenu annuel de 30 000 euros, mais le Gouvernement n'hésiterait pas à réexaminer la question s'il s'avérait que rien n'était fait pour les personnes situées un peu au-dessus du seuil. Cela dit, le plafond retenu permet de couvrir un très grand nombre de personnes, et en particulier celles qui ont les difficultés les plus grandes à accéder au crédit.

Le rapporteur a signalé que les codifications de maladies n'avaient presque pas évolué depuis vingt ans et que les conséquences étaient considérables.

Le ministre a souligné que la création d'une commission chargée des études et de la recherche, animée par le ministère de la santé et composée de représentants de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), de l'Institut de veille sanitaire et d'autres organismes de recherche, ainsi que de représentants du monde de la banque et de l'assurance, visait précisément à tenir compte des progrès de la science et de la médecine. On peut guérir du cancer, on peut vivre avec le sida, l'espérance de vie n'est pas la même qu'avant ; il faut que banquiers et assureurs en tirent les conséquences et actualisent en permanence leurs tables.

Le président Jean-Michel Dubernard a remercié le ministre.

II.- DISCUSSION GÉNÉRALE

La commission a examiné le présent projet de loi au cours de sa séance du mercredi 6 décembre 2006.

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

M. Olivier Jardé a considéré que compte tenu des limites de la convention Belorgey, le projet de loi constitue une véritable avancée. Cependant, il est dommage de se limiter à adosser la convention à la loi et de faire trop confiance à un accord conventionnel. Il aurait peut-être été préférable de proposer des dispositions plus contraignantes, notamment en ce qui concerne les engagements des établissements bancaires et des organismes d'assurances. En tous les cas, il est impératif que ces derniers prennent en compte dans leur politique de tarification les modifications intervenues en matière d'espérance de vie de certains malades, particulièrement ceux atteints du VIH ou de certains cancers.

Mme Jacqueline Fraysse a déclaré partager l'opinion de M. Olivier Jardé. Si le texte constitue une avancée à saluer, il reste pourtant au milieu du gué. Il est également regrettable que le projet de loi se limite à énoncer des principes et ne détaille pas les conditions d'application concrètes de la convention ; les dispositions législatives devraient être plus contraignantes pour les établissements bancaires et les organismes d'assurances. Il aurait été plus judicieux de modifier le code des assurances, le code de la consommation ainsi que le code pénal. Des amendements seront proposés en ce sens.

M. Jean-Marie Le Guen, rappelant qu'il propose depuis des années une traduction législative des dispositions de la convention Belorgey, s'est félicité de la présentation de ce texte tout en partageant les regrets déjà exprimés qui conduiront au dépôt de plusieurs amendements. Les principes posés par la convention Belorgey étaient utiles. Malgré le temps laissé à cette convention pour développer ses potentialités, son application a rencontré de réelles difficultés. L'assurance des personnes présentant un risque aggravé de santé soulève deux questions importantes : d'une part le respect fondamental des droits des personnes, d'autre part la lutte contre la stigmatisation des personnes malades, qu'elles soient atteintes du VIH, d'un cancer ou d'une pathologie cardiaque. Il faut en effet mettre fin à l'exclusion et à la stigmatisation que vivent ces personnes. Malheureusement, la France conserve une vision magique et diabolisante de la maladie. Ce projet de loi est important pour des raisons de santé publique. Des amendements du groupe socialiste proposeront d'améliorer ce texte.

M. Yves Simon a relaté le cas d'un agriculteur de sa circonscription atteint d'un cancer des testicules qui a été déclaré guéri par la science. Souhaitant développer son activité économique, cette personne s'est néanmoins vu refuser un prêt en raison de son état de santé. Afin de mettre fin à ces problèmes douloureux, une proposition de loi a été rédigée, mais n'a pas été inscrite à l'ordre du jour.

Malgré les avancées réalisées par le projet de loi, il faudra sans doute aller plus loin. Une idée intéressante serait que toute assurance souscrite donne lieu à l'abondement d'un fonds public de garantie. Même si la jurisprudence viendra nécessairement préciser l'application du projet de loi, il sera sans doute nécessaire de passer de la bonne volonté des acteurs à une réelle obligation législative.

En réponse aux différents intervenants, **le rapporteur** a apporté les précisions suivantes :

– Ce projet de loi n'est qu'une première étape : il consiste à transposer dans la loi les principes posés par la nouvelle convention signée le 6 juillet 2006, dite « AERAS ». Ses signataires ont mis en place une commission de suivi et de propositions, qui est d'ailleurs chargée de préciser certains aspects opérationnels de la convention.

– Il est primordial de laisser toute sa chance à la convention telle qu'elle a été signée en juillet 2006.

– La première convention dite convention Belorgey ne comportait pas un mécanisme de suivi aussi développé et il est vrai que certains établissements de crédit ou certaines compagnies d'assurance n'ont pas réellement joué le jeu, adoptant des pratiques d'exclusion à l'encontre de certains malades. La situation actuelle est tout à fait différente et les professionnels savent très bien qu'ils auront désormais « une épée de Damoclès » au-dessus de la tête. L'instance de suivi doit en effet dresser un bilan de l'application de la convention AERAS d'ici juillet 2008. Si les établissements de crédit et les compagnies d'assurance ne respectent pas pleinement leurs engagements, l'instance de suivi ne manquera pas de le souligner et le pouvoir réglementaire pourrait dès lors fixer lui-même, par décret en Conseil d'État, le contenu des rubriques qui doivent figurer dans la convention.

– Mettre d'ores et déjà des dispositions très contraignantes dans la loi va à l'encontre de l'esprit d'une démarche conventionnelle qui ne réserve qu'en dernier ressort la voie réglementaire. Donnons d'abord toutes ses chances à la démarche des partenaires qui sont les mieux placés pour définir de manière consensuelle les aspects les plus pratiques de l'application de cette convention. Cela ne veut pas dire qu'on s'interdit à l'avenir d'inscrire dans les différents codes les principes de la convention si le besoin s'en fait sentir.

III.- EXAMEN DES ARTICLES

La commission a examiné les articles du présent projet de loi au cours de sa séance du mercredi 6 décembre 2006.

Avant l'article 1^{er}

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à compléter l'article L. 112-2 du code des assurances relatif au devoir d'information de l'assureur.

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué qu'il s'agit de codifier, dans le code des assurances, le contenu d'une des dispositions de la convention AERAS qui consacre la validité pendant quatre mois de toute proposition d'assurance.

Le rapporteur a donné un avis défavorable à cet amendement, qui vaut d'ailleurs pour l'ensemble des amendements déposés par Mme Jacqueline Fraysse. Tous ces amendements visent en effet à codifier des dispositions qui sont aujourd'hui conventionnelles, ce qui est source de rigidité. Il ne paraît pas opportun de donner dès à présent une traduction législative contraignante aux dispositions de la convention AERAS. Lorsqu'un premier bilan de l'application de la convention AERAS aura été fait par l'instance de suivi, il sera toujours temps d'apprécier s'il convient de contraindre davantage les signataires qui n'auraient pas respecté leurs engagements.

Suivant l'avis défavorable **du rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à compléter l'article L. 113-8 du code des assurances relatif aux causes de nullité des contrats d'assurance en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré.

Mme Jacqueline Fraysse a souligné qu'il s'agit avec cet amendement de réparer une injustice profonde. Actuellement, de nombreux malades sont incités à sous-estimer la gravité de leur pathologie pour pouvoir accéder au crédit. Lorsque les compagnies d'assurance se rendent compte de la fausse déclaration, elles prononce la nullité du contrat mais gardent par devers elles le montant des primes d'assurance payées par les assurés. Cette pratique, fortement dénoncée par les associations de malades et par l'association UFC-Que choisir, revient à un enrichissement des compagnies d'assurance sur le dos des malades qui, certes, ont commis une fausse déclaration mais dont le comportement s'explique facilement du fait de leur difficulté à obtenir un crédit. Cet amendement mettra fin à cette injustice en prévoyant que les primes d'assurance versées par les assurés ne demeurent pas acquises à l'assureur.

Le rapporteur a objecté que l'article L. 113-8 du code des assurances sanctionne très clairement les fausses déclarations intentionnelles et qu'il n'est pas possible d'encourager de telles pratiques. Il a par ailleurs fait remarquer que l'objet même du projet de loi, qui est d'améliorer les conditions d'accès au crédit pour les personnes présentant un risque aggravé de santé, devrait mécaniquement diminuer la tentation d'une fausse déclaration de la part de l'assuré sur son état de santé, d'autant plus qu'un mécanisme de mutualisation est par ailleurs mis en place.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à compléter l'article L. 312-5 du code de la consommation relatif aux mentions obligatoires des publicités sur les prêts.

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué qu'il est souhaitable d'inscrire dans la loi la disposition de la convention AERAS, selon laquelle tout document publicitaire ou d'information remis à l'emprunteur doit faire référence à la convention nationale d'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé, visée à l'article L. 1141-2 du code de la santé publique.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à compléter l'article L. 312-8 du code de la consommation relatif aux dispositions que doit contenir toute offre de prêt.

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué qu'il s'agit avec cet amendement de faire figurer dans toutes les offres de crédit la mention de l'existence de la convention nationale d'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé, ainsi que le rappel du principe de la liberté du choix de l'assureur alors que de nombreux établissements de crédit ont tendance à imposer leur propre assureur.

Le rapporteur a fait remarquer que cet amendement portant sur les offres de crédit n'était pas opportun car les problèmes de défaut d'information sur l'existence de la convention nationale doivent être réglés bien en amont de l'offre de prêt, dans les documents de simulation de prêt par exemple, comme le stipule déjà la convention AERAS.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de **Mme Jacqueline Fraysse** visant à insérer dans l'article L. 312-14-1 du code de la consommation le principe

selon lequel les refus de prêts immobiliers pour motif de santé doivent faire l'objet d'une motivation détaillée.

Le rapporteur, reprenant son argumentation sur la nécessité de laisser les partenaires conventionnels libres de faire vivre les modalités pratiques d'application de la convention, a souligné que les organismes d'assurance et les établissements de crédits se sont déjà engagés publiquement sous le régime de la convention Belorgey à motiver leur refus, ce qui constitue une bonne illustration des avancées concrètes réalisées dans le cadre conventionnel et de la confiance qui peut être portée à cette voie.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de **Mme Jacqueline Fraysse** visant à compléter l'article L. 225-2 du code pénal relatif aux discriminations pour y inscrire l'obligation pour les établissements de crédit de respecter les dispositions conventionnelles codifiées dans le code de la santé publique.

Le rapporteur a répété qu'il était prématuré de faire figurer dans la loi des dispositions contraignantes et *a fortiori* de prévoir des sanctions pénales pour le non-respect de la convention AERAS. Comme l'a rappelé M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, lors de son audition par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, le rôle des sanctions médiatiques, qui ne manqueraient pas de tomber en cas de non-respect du dispositif conventionnel par l'un de ses signataires, ne doit pas être minimisé.

Mme Jacqueline Fraysse a fait observer qu'il n'était pas possible au législateur de remplir sa mission en s'appuyant sur les seules sanctions médiatiques !

Le rapporteur a indiqué qu'il n'en est bien évidemment pas question mais qu'il convient encore une fois de donner sa chance à l'approche conventionnelle.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 1^{er}

Nature, signataires et objet de la convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé

L'article 1^{er} du projet de loi a pour objet de réécrire l'article L. 1141-2 du code de la santé publique, afin de décrire de façon plus précise la nature, les parties et l'objet de la convention nationale relative à l'accès au crédit des

personnes présentant un risque aggravé de santé dont il est fait état dans cet article du code de la consommation.

- *Nature de la convention*

Une première convention nationale a été signée le 3 septembre 1991 sur l'assurabilité des personnes séropositives et sur les règles de confidentialité du traitement des informations médicales par l'assurance. La convention signée le 19 septembre 2001, dite « Convention Belorgey », visant à améliorer l'accès à l'emprunt et à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé, a annulé et remplacé la convention du 3 septembre 1991. Cette convention est toujours en vigueur mais une nouvelle convention « *s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé* », dite « AERAS », a été signée le 6 juillet 2006 : elle annulera et remplacera la convention Belorgey de 2001 dès son entrée en vigueur, le 6 janvier 2007.

C'est la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui a introduit un nouvel article L. 1141-2 dans une nouvelle section (« *Risques aggravés* ») du chapitre I^{er} (« *Accès à l'assurance contre les risques d'invalidité ou de décès* ») du titre IV (« *Réparation des conséquences des risques sanitaires* ») du livre I^{er} (« *Protection des personnes en matière de santé* ») de la première partie (« *Protection générale de la santé* ») du code de la santé publique.

L'introduction de ce nouvel article L. 1141-2 répondait à une demande forte des associations de malades et visait à conférer une base légale et à pérenniser la convention Belorgey de 2001. Cet article disposait qu'« *une convention relative à l'assurance des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé détermine les modalités particulières d'accès à l'assurance contre les risques d'invalidité ou de décès en faveur de ces personnes qui ne peuvent trouver dans le cadre des pratiques habituelles de l'assurance de garantie de prêts à la consommation, immobiliers ou à caractère professionnel* ». Ces modalités particulières d'accès à l'assurance ne sont toutefois pas définies.

Le champ de l'article L. 1141-2 était donc dès l'origine beaucoup plus large que celui couvert par la convention signée le 3 septembre 1991 entre l'État et les fédérations professionnelles de l'assurance pour organiser l'accès des personnes séropositives au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à l'assurance des prêts immobiliers et professionnels. Il a encore été élargi par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui a ajouté aux personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé celles qui le sont du fait d'un handicap, même si la nécessité de ne pas assimiler personnes malades et personnes handicapées a été soulignée tout au long des travaux préparatoires.

Dans sa rédaction initiale, l'article L. 1141-2 du code de la santé publique prévoyait surtout des garanties en matière de protection des données à caractère personnel de nature médicale recueillies dans le cadre des opérations de prêt et d'assurance. Le dispositif prévoyait ainsi la consultation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), qui devait donner son avis sur la conformité des dispositions conventionnelles organisant le recueil, la circulation et le traitement des données personnelles médicales à la loi n° 78-77 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Il prévoyait également, dans l'hypothèse d'un échec du dispositif conventionnel, que la confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale recueillies dans le cadre d'opérations de prêt ou d'assurance puisse être préservée dans des conditions définies par voie réglementaire après avis de la CNIL.

- *Champ des signataires de la convention*

La nouvelle rédaction de l'article L. 1141-2 du code de la santé publique proposée à l'article 1^{er} du présent projet de loi énumère en premier lieu le champ des signataires de la convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé. Il convient de souligner qu'avec la nouvelle rédaction proposée, cette convention n'est plus « *relative à l'assurance* » mais « *relative à l'accès au crédit* » des personnes présentant, du fait de leur état de santé ou de leur handicap, un risque aggravé. Cette différence de terminologie n'emporte toutefois aucune conséquence déterminante dans la mesure où les deux aspects sont intimement liés puisque l'accès au crédit dépend effectivement de l'accès à l'assurance et que c'est l'existence de ce lien entre le crédit et l'assurance qui peut rendre difficile l'accès au prêt pour les personnes présentant un risque aggravé de santé. Les parties à la convention nationale sont « *l'État, les organisations professionnelles représentant les établissements de crédit et les entreprises d'assurance, les mutuelles et institutions de prévoyance, et des organisations nationales représentant les malades et les usagers du système de santé agréées en vertu de l'article L. 1114-1 ou représentant les personnes handicapées* ».

Parmi le champ des signataires potentiels, figurent ainsi l'État, représenté par les ministres chargés de l'économie et de la santé, les organisations professionnelles regroupant les établissements de crédit, représentées par l'Association française des établissements de crédit et des entreprises d'investissement (AFECEI) et les organisations professionnelles représentant les entreprises d'assurance, représentées par la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) et le groupement des entreprises d'assurances mutuelles (GEMA).

Il peut paraître *a priori* surprenant d'inclure les représentants des institutions de prévoyance dans le champ de la convention dans la mesure où celles-ci n'interviennent normalement pas sur le marché de l'assurance immobilière et des crédits à la consommation. Le Centre technique des institutions de prévoyance qui les représente n'a d'ailleurs pas signé la convention AERAS de

2006, pas plus qu'il n'était signataire de la convention Belorgey de 2001. Le gouvernement a toutefois souhaité les laisser figurer dans le champ des signataires de la convention pour des raisons qui tiennent au droit de la concurrence, sachant qu'aux termes de l'article 3 du projet de loi, l'absence de signature de l'une des organisations professionnelles mentionnées à l'article L. 1141-2 n'entraîne toutefois pas automatiquement la non-validité de la convention.

La nouvelle rédaction de l'article L. 1141-2 du code de la santé publique consacre également le rôle croissant des associations de malades et des usagers du système de santé en faisant figurer parmi les signataires de la convention nationale celles de ces associations qui sont agréées. C'est la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui a introduit à l'article 1114-1 du code de la santé publique une procédure d'agrément des associations de malades et d'usagers du système de santé.

Cette procédure a ensuite été modifiée par la loi n° 2004-806 relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 afin d'y apporter des garanties supplémentaires : les décisions d'agrément sont désormais prises sur avis conforme d'une commission nationale.

Le décret relatif à l'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique a été publié le 1^{er} avril 2005 tandis que l'arrêté portant nomination à la Commission nationale d'agrément a été publié le 26 novembre 2005. Ces associations agréées ont vocation à représenter les usagers dans les différentes instances de santé publique ou hospitalières, en particulier les conférences régionales de santé, la Conférence nationale de santé et les conseils d'administration des établissements de santé. Elles peuvent exprimer le point de vue des usagers sur les politiques et questions de santé au côté des professionnels de santé et des autres acteurs concernés par les questions de santé publique. Il était donc naturel qu'elles soient intégrées dans le champ des signataires de la convention relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.

Article L. 1114-1 du code de la santé publique

« Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. L'agrément est prononcé sur avis conforme d'une commission nationale qui comprend des représentants de l'État, dont un membre du Conseil d'État et un membre de la Cour de cassation en activité ou honoraire, des représentants de l'Assemblée nationale et du Sénat et des personnalités qualifiées en raison de leur compétence ou de leur expérience dans le domaine associatif. L'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à la transparence de sa gestion, à sa représentativité et à son indépendance. Les conditions d'agrément et du retrait de l'agrément ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission nationale sont déterminés par décret en Conseil d'État.

Seules les associations agréées représentent les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique.

Les représentants des usagers dans les instances mentionnées ci-dessus ont droit à une formation leur facilitant l'exercice de ce mandat ».

Par rapport à l'ancienne rédaction de l'article L. 1141-2 du code de la santé publique, l'ensemble des références aux dispositions de la convention relatives aux conditions de collecte et d'utilisation ainsi qu'aux garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale est supprimé. Le souci de se préoccuper des garanties de confidentialité des données à caractère personnel ne disparaît pas pour autant du projet de loi puisque ce thème est explicitement abordé à l'alinéa 7 de l'article 2 du projet de loi.

• *Objet de la convention*

La nouvelle rédaction de l'article L. 1141-2 du code de la santé publique proposée par l'article 1^{er} du projet de loi explicite également l'objet de la convention nationale. Celle-ci doit en premier lieu faciliter l'assurance des prêts demandés par les personnes présentant un risque aggravé en raison de leur état de santé ou d'un handicap. Elle doit également assurer la prise en compte complète des garanties alternatives à l'assurance, telles que le transfert au bénéfice du prêteur de garanties souscrites dans le cadre d'un constat d'assurance vie, le nantissement d'un capital ou d'un portefeuille de valeurs, la caution ou le gage. La convention Belorgey de 2001 comme la convention AERAS de 2006 stipulaient déjà que la recherche de garanties alternatives offrant le même degré de sécurité pour le prêteur et l'emprunteur doit être encouragée. Enfin, la convention a pour objet de définir des modalités particulières d'information des demandeurs, d'instruction de leur dossier et de médiation.

*

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur à l'alinéa 4 de cet article.

La commission a *adopté* l'article 1^{er} ainsi modifié.

Article 2

Rubriques obligatoires de la convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé

L'article 2 insère dans le code de la santé publique un nouvel article L. 1141-2 qui énumère la liste des rubriques que la convention nationale définie à l'article 1^{er} doit impérativement contenir. L'énumération de ces rubriques obligatoires reprend en fait l'ensemble des items de la convention AERAS signée le 6 juillet 2006.

- *Conditions d'éligibilité au dispositif conventionnel*

D'après le 1^o de l'article L. 1141-2-1 inséré par l'article 2 du projet de loi dans le code de la santé publique, la convention doit définir « *les conditions d'âge des emprunteurs, l'objet, le montant et la durée des prêts* ».

Les différents seuils d'âge, de durée et de montant de prêt définis pour accéder au bénéfice de la convention « Belorgey » de 2001 en matière de prêts immobiliers et professionnels et de prêts à la consommation sont rapidement apparus restrictifs. Les associations de malades se sont donc battues pour élargir le champ couvert par le dispositif conventionnel et la convention AERAS a assoupli en conséquence les conditions d'âge, de montant et de durée.

En matière de prêts immobiliers et professionnels, dont l'obtention est soumise à questionnaire médical, le montant maximal susceptible d'être emprunté par une personne présentant un risque aggravé de santé est désormais porté de 250 000 euros à 300 000 euros et la condition de durée du prêt, préalablement fixé à quinze ans, est supprimée pour être remplacée par une limite d'âge en fin de prêt qui est fixée à soixante-dix ans.

Pour les prêts à la consommation, non soumis à questionnaire médical, le montant maximal susceptible d'être emprunté par une personne présentant un risque aggravé de santé est désormais porté de 10 000 à 15 000 euros et la limite d'âge est relevée de quarante-cinq à cinquante ans. La durée du prêt reste maintenue à quatre ans.

- *Information des emprunteurs*

D'après le 2^o de l'article L. 1141-2-1 inséré par l'article 2 du projet de loi dans le code de la santé publique, la convention doit définir « *les modalités d'information des demandeurs d'emprunt sur les dispositions relatives à l'accès au crédit et à l'assurance emprunteur* ».

Cette obligation d'information s'impose dans la mesure où l'article 1^{er} du projet de loi dispose que la définition des modalités particulières d'information des demandeurs fait partie de l'objet même de la loi.

Le manque de publicité sur l'existence et la portée de la convention Belorgey est indéniablement une des limites du dispositif conventionnel de 2001, puisque les personnes présentant un risque de santé aggravé ne peuvent évidemment pas demander à bénéficier des possibilités offertes par la convention Belorgey s'ils n'en connaissent pas l'existence et le contenu.

La convention AERAS a apporté sur ce sujet de l'information des emprunteurs des améliorations importantes, puisqu'elle précise les efforts d'information des diverses parties prenantes (pouvoirs publics, professionnels, associations). Ainsi, les banques s'engagent, par exemple, à mentionner systématiquement sur les simulations de prêts l'existence du dispositif et à mettre

en place, dans chaque réseau bancaire, des référents chargés spécifiquement de diffuser l'information relative à la convention. Les associations de malades s'engagent aussi à participer activement à l'action d'information. De son côté, l'État ouvrira un site Internet dédié avant le 31 décembre 2006 et s'engage à mobiliser les caisses d'assurance maladie des régimes obligatoire, les réseaux de soins et les professionnels de l'immobilier (notaires, agents immobiliers) impliqués dans les opérations de prêts. De plus, la convention AERAS comporte l'engagement des assureurs à étudier toute demande d'assurance, même en amont de la signature d'une promesse de vente, ce qui devrait contribuer à une meilleure information des demandeurs d'emprunt en amont.

- *Validité des propositions d'assurance*

D'après le 3° de l'article L. 1141-2-1 inséré par l'article 2 du projet de loi dans le code de la santé publique, la convention doit définir « *les conditions dans lesquelles un demandeur d'emprunt peut se prévaloir, pendant un délai déterminé, d'une offre d'assurance, y compris pour un bien différent de celui visé par cette offre* ».

Cette rubrique vise à entériner une des avancées contenues dans la convention AERAS qui consacre la validité pendant quatre mois de toute proposition d'assurance, y compris pour l'acquisition d'un bien immobilier différent de celui pour lequel la proposition initiale a été présentée pour autant que le montant de l'emprunt et sa durée ne sont pas supérieurs.

- *Couverture des risque décès et invalidité*

D'après le 4° de l'article L. 1141-2-1 inséré par l'article 2 du projet de loi dans le code de la santé publique, la convention doit définir « *la couverture des risques décès et invalidité, dans les cas où elle est requise* ».

L'une des limites de la convention Belorgey de 2001 est que son champ d'application se concentre sur la garantie décès, alors que les banques ont progressivement exigé de plus en plus systématiquement une garantie complémentaire en invalidité.

L'assurance invalidité tend à compenser les conséquences liées à une maladie ou à un accident portant atteinte de manière permanente à la possibilité d'exercer une activité professionnelle, ou à l'intégrité physique ou mentale de l'assuré. En matière de garantie en invalidité, certains contrats d'assurance se réfèrent aux définitions du code de la sécurité sociale et en particulier à celles de l'article L. 341-4 qui détermine trois niveaux d'invalidité.

Article L. 314-4 du code de la sécurité sociale

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

- 1°) invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;*
- 2°) invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;*
- 3°) invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.*

D'autres contrats d'assurance définissent eux-mêmes l'invalidité, soit en faisant référence à l'incapacité fonctionnelle (appréciée indépendamment de toute réduction de ressources professionnelles), soit en faisant référence à l'incapacité professionnelle (l'inaptitude à l'activité exercée avant le sinistre, à une activité socialement équivalente ou à toute activité), voire même en combinant les références aux deux types d'incapacité.

A partir du moment où la convention du 19 septembre 2001 ne traitait pas explicitement du risque invalidité, le fait d'exiger systématiquement des garanties invalidité était susceptible d'aboutir en pratique à contourner la convention.

C'est pourquoi l'instauration d'une couverture invalidité pour les crédits immobiliers et professionnels, pour la partie de ce risque qui peut être techniquement assurable, est une des novations majeures de la convention AERAS. Les assureurs se sont en effet engagés, lorsque l'assurance est possible, à proposer une assurance invalidité assurant au minimum la couverture du risque de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), ainsi qu'une couverture additionnelle représentant l'ensemble des cas de la troisième catégorie de la sécurité sociale et un tiers des cas de la deuxième catégorie. Les signataires de la convention AERAS se sont engagés à définir en commun d'ici à la fin 2006 un processus et des indicateurs pour suivre la réalisation de cet objectif d'extension de la couverture invalidité pour les personnes présentant un risque aggravé et à examiner les résultats obtenus dans un délai de dix-huit mois.

Désormais, l'assurance invalidité est donc pleinement intégrée au dispositif de la convention AERAS, qu'il s'agisse de l'examen des dossiers à trois niveaux (*cf. infra*), de l'éligibilité au mécanisme de médiation (*cf. infra*) et de l'éligibilité au mécanisme de mutualisation (*cf. infra*) au même titre que l'assurance décès. Par ailleurs, les établissements de crédit se sont engagés à fonder leurs décisions de prêt sur le seul critère de solvabilité du candidat à l'emprunt et à ce que l'apparition d'un problème lié à l'obtention d'une assurance invalidité n'entraîne pas systématiquement des conséquences sur l'octroi du prêt.

● *Garanties de confidentialité*

D'après le 5° de l'article L. 1141-2-1 inséré par l'article 2 du projet de loi dans le code de la santé publique, la convention doit définir « *les garanties de confidentialité des données à caractère personnel et de nature médicale* ».

Il s'agit, avec la définition de ces garanties de confidentialité, de concilier la demande légitime par l'assureur d'informations nécessaires à l'acceptation du risque avec la confidentialité qui couvre les informations médicales et avec le respect du droit à la vie privée du candidat telle qu'elle est notamment protégée par l'article 8 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Le recueil et le traitement des données de santé a été au centre des préoccupations des signataires de la convention dès la convention Belorgey de 2001. Celle-ci prévoyait ainsi la possibilité de transmettre sous pli cacheté le questionnaire de santé au médecin conseil du service médical de l'assureur et mettait en place, au sein des sociétés d'assurance, des « bulles de confidentialité », c'est-à-dire un ensemble de procédures destinées à protéger la confidentialité des données de santé.

La convention AERAS de 2006 a encore renforcé ces règles de confidentialité relatives aux données médicales et comporte même en annexe un « *code de bonne conduite concernant la collecte et l'utilisation de données relatives à l'état de santé en vue de la souscription ou l'exécution d'un contrat d'assurance* ». En particulier, la convention AERAS prévoit que les établissements de crédits veillent à ce que le candidat à l'assurance, lorsqu'il est présent dans les locaux de l'agence bancaire, prenne seul connaissance des dispositions et questions figurant dans le questionnaire de santé.

Il convient de noter que, par rapport au droit existant, le projet de loi ne prévoit plus que la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) est obligée de donner, avant la conclusion de la convention, son avis sur la conformité à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, des dispositions de la convention qui prévoient les conditions de collecte et d'utilisation, ainsi que les garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médical.

- *Mutualisation des surprimes d'assurance*

D'après le 6° de l'article L. 1141-2-1 inséré par l'article 2 du projet de loi dans le code de la santé publique, la convention doit définir « *un mécanisme de mutualisation, mis en œuvre par les entreprises d'assurance, les mutuelles et institutions de prévoyance, et les établissements de crédit, permettant, sous condition de ressources des demandeurs d'emprunt, de limiter le coût additionnel résultant du risque aggravé pour l'assurance décès et invalidité des crédits professionnels et des crédits destinés à l'acquisition de la résidence principale* ».

La création d'un mécanisme de mutualisation des surprimes en faveur des emprunteurs à revenus modestes est une des innovations majeures introduites par la convention AERAS signée le 6 juillet 2006. Celle-ci permet de consentir un écrêtement des primes en faveur des personnes qui disposent de revenus modestes.

Aux termes de cette convention, le mécanisme de mutualisation des surprimes mis en œuvre à l’initiative des assureurs et des établissements de crédit est soumis à la fois à des conditions liées à l’opération envisagée et à des conditions de ressources du demandeur. Les prêts immobiliers liés à l’acquisition d’une résidence principale et les prêts professionnels sont seuls concernés et le seuil d’éligibilité dépend du revenu et du nombre de parts accordées au foyer fiscal du candidat à l’emprunt. Pour être éligible au dispositif, le revenu de l’emprunteur doit être inférieur ou égal à 31 068 € (soit un plafond annuel de la sécurité sociale - PASS) lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 1 ou 2 ; le revenu de l’emprunteur doit être inférieur ou égal à 38 835 € (soit 1,25 PASS) lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 2,5 et le revenu de l’emprunteur doit être inférieur ou égal à 46 602 € (soit 1,5 PASS) lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 3 et plus.

Lorsqu’un emprunteur répond à la fois aux conditions liées à l’opération envisagée et aux conditions de ressource ainsi définies, le mécanisme de mutualisation joue si la prime d’assurance représente plus de 1,5 point dans le taux effectif global (TEG) de l’emprunt. Le TEG mesure le coût total du prêt consenti à l’emprunteur exprimé en pourcentage annuel du montant de ce prêt. Il est calculé à partir du taux nominal et prend en compte tous les frais payables par l’emprunteur, comme par exemple les frais de dossier, les frais de constitution de garantie, les commissions des intermédiaires qui ont permis l’obtention du prêt, les frais fiscaux ou les frais d’assurance si sa souscription est obligatoire pour l’emprunteur. Les établissements prêteurs ont l’obligation de communiquer un TEG pour chaque offre de crédit.

Quelques exemples concrets permettent de mesurer tout l’intérêt de ce mécanisme de mutualisation.

Exemples d’écêtement des primes en faveur de personnes disposant de faibles revenus
Taux effectif global de l’emprunt avec assurance

Surmortalité	25 ans	30 ans	35 ans	40 ans	45 ans	50 ans	55 ans
0%	3,90%	3,90%	3,90%	3,90%	3,90%	3,90%	3,90%
50%	3,98%	4,00%	4,04%	4,11%	4,22%	4,40%	4,64%
100%	4,07%	4,11%	4,18%	4,32%	4,54%	4,89%	5,37%
200%	4,23%	4,31%	4,47%	4,74%	5,18%	5,87%	6,81%
300%	4,40%	4,51%	4,75%	5,15%	5,81%	6,83%	8,24%
400%	4,56%	4,72%	5,03%	5,56%	6,44%	7,79%	9,64%
500%	4,72%	4,92%	5,30%	5,97%	7,06%	8,73%	11,03%
600%	4,89%	5,12%	5,58%	6,38%	7,67%	9,67%	12,40%

Exemple 1 ⁽¹⁾ : une personne âgée de 40 ans qui présente un taux de surmortalité de 300 % souhaite emprunter une somme de 100 000 € au taux d’intérêt de 3,5 % sur une durée de 15 ans :

– annuité d’emprunt hors assurance : 8 682,51 € (soit 3,5 % par an sur le

(1) Source : ministère de la santé

capital restant dû) ;

– prime annuelle d’assurance : 1 050,28 € (soit 1,050 % appliqué tous les ans au capital initial 100 000 € ce qui correspond mathématiquement à 1,65 % du capital restant dû).

– remboursement annuel (emprunt + assurance) : 9 732,79 € (8 682,51 € + 1 050,28 €) ;

– TEG avec assurance: 5,15 % = 3,5 (taux d’intérêt) + 1,65 (prime d’assurance) ;

– la prime d’assurance étant supérieure à 1,5 point du TEG, le dispositif de mutualisation intervient de manière à plafonner la prime d’assurance de l’emprunteur à 1,5 du TEG ;

– le dispositif va prendre en charge 1,65 – 1,5 = 0,15 point du TEG soit 150 € par an et 2 255 € sur 15 ans.

Exemple 2⁽¹⁾: une personne âgée de 45 ans qui présente un taux de surmortalité de 400 % souhaite emprunter une somme de 100 000 € au taux d’intérêt de 3,5 % sur une durée de 15 ans :

– annuité d’emprunt hors assurance : 8 682,51 € (soit 3,5 % par an sur le capital restant dû) ;

– prime annuelle d’assurance : 1 909,59 € (soit 1,91 % appliqué tous les ans au capital initial 100 000 € ce qui correspond mathématiquement à 2,94 % du capital restant dû) ;

– remboursement annuel (emprunt + assurance) : 10 592,09 € (8 682,51 € + 1 909,59 €) ;

– TEG avec assurance: 6,44 % = 3,5 (taux d’intérêt) + 2,94 (prime d’assurance) ;

– la prime d’assurance étant supérieure à 1,5 point du TEG, le dispositif de mutualisation intervient de manière à plafonner la prime d’assurance de l’emprunteur à 1,5 du TEG ;

– le dispositif va prendre en charge 2,94 – 1,5 = 1,44 point du TEG ou 1,009 % du capital initial soit 1 009 € par an et 15 143,85 € sur 15 ans.

Exemple 3⁽²⁾: une personne âgée de 50 ans qui présente un taux de surmortalité de 200 % souhaite emprunter une somme de 100 000 € au taux d’intérêt de 3,5 % sur une durée de 15 ans :

(1) Source : ministère de la santé

(2) Source : ministère de la santé

– annuité d'emprunt hors assurance : 8 682,51 € (soit 3,5 % par an sur le capital restant dû) ;

– prime annuelle d'assurance : 1 525,21 € (soit 1,525 % appliqué tous les ans au capital initial 100 000 € ce qui correspond mathématiquement à 2,37 % du capital restant dû) ;

– remboursement annuel (emprunt + assurance) : 10 207,71 € (8 682,51 € + 1 525,21 €) ;

– TEG avec assurance : 5,87 % = 3,5 (taux d'intérêt) + 2,37 (prime d'assurance) ;

– la prime d'assurance étant supérieure à 1,5 point du TEG, le dispositif de mutualisation intervient de manière à plafonner la prime d'assurance de l'emprunteur à 1,5 du TEG ;

– le dispositif va prendre en charge $2,37 - 1,5 = 0,87$ point du TEG ou 0,625 % du capital initial soit 625,21 € par an et 9 378,15 € sur 15 ans.

Exemple 4⁽¹⁾ : une personne âgée de 55 ans avec un taux de surmortalité de 400 % souhaite emprunter une somme de 100 000 € au taux d'intérêt de 3,5 % sur une durée de 15 ans.

– annuité d'emprunt hors assurance: 8 682,51 € soit 3,5 % par an sur le capital restant dû ;

– Prime d'assurance décès : 4 197,47 € soit 4,197 % du capital initial 100 000 € ce qui correspond mathématiquement à 6,14 du capital restant dû ;

– remboursement annuel comprenant emprunt + assurance : $8 682,51 + 4 197,47 = 12 789,98$ € ;

– TEG : 9,64 (taux d'intérêt 3,5, prime d'assurance 6,14) ;

– la prime d'assurance étant supérieure à 1,5 point du TEG, le dispositif de mutualisation intervient de manière à plafonner la prime d'assurance de l'emprunteur à 1,5 du TEG ;

– le dispositif va prendre en charge $6,14 - 1,5 = 4,64$ % du TEG ou 3,3 % du capital initial soit 3 297,47 € par an et 49 462,05 € sur 15 ans.

Enfin, il faut souligner qu'il s'agit d'un mécanisme totalement privé mis en place et financé par les assureurs et les établissements de crédit. Ce mécanisme est donc totalement différent de la mise en place d'un fonds public.

(1) Source : ministère de la santé

La convention AERAS stipule qu'il est régulièrement rendu compte du fonctionnement de ce mécanisme de mutualisation au sein de la commission de suivi et de propositions.

- *Connaissance des pathologies et tarification du risque*

D'après le 7° de l'article L. 1141-2-1 inséré par l'article 2 du projet de loi dans le code de la santé publique, la convention doit définir « *les dispositifs d'études et de recherche permettant de recueillir, d'analyser et de publier les données disponibles sur la mortalité et la morbidité résultant des principales pathologies, en vue de fournir les éléments statistiques nécessaires à la tarification du risque* ».

Le 7° de l'article L. 1141-2-1 traduit la volonté que la convention se donne les moyens d'améliorer la connaissance des pathologies et des risques qui y sont liés de façon à repousser les limites de l'assurabilité.

Cette volonté repose sur le constat que la connaissance ou le traitement de certaines maladies évoluent constamment. À titre d'exemple, il est clair que l'espérance de vie d'une personne séropositive au VIH n'est plus la même depuis l'introduction en 1996 de schémas thérapeutiques qui utilisent des trithérapies antirétrovirales pour contrôler la maladie et induisent une amélioration durable du statut immunitaire des malades et donc de leur état de santé. De la même façon, une expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) menée en avril 2006 pour réaliser un bilan des données françaises et internationales sur l'espérance de vie des patients atteints de cancer a permis de conclure que l'excès de risque à distance de dix ans du diagnostic peut être estimé comme proche de 2 % pour tous les cancers confondus tandis que pour certains cancers de stade localisé au moment du diagnostic, il n'y a plus d'excès de risque dès les premières années. De façon générale, il est permis de penser que compte tenu de l'amélioration des thérapeutiques, l'excès de risque doit encore diminuer au cours des prochaines années.

À partir du moment où les contrats d'assurance proposés sont assortis de surprimes pour les risques aggravés, il est essentiel d'effectuer une mise à jour fréquente des connaissances sur l'espérance de vie des patients selon leur pathologie puisque des données plus récentes sont susceptibles d'apporter, dans le respect du principe de la liberté de tarification, une meilleure pertinence scientifique aux tarifications appliquées ou aux refus de garantie.

La convention Belorgey de 2001 prévoyait déjà la création, au sein de la commission de suivi et de propositions, d'une section scientifique chargée d'échanger sur les données disponibles sur la mortalité et la morbidité des différentes pathologies.

La convention AERAS de 2006 reprend et renforce ce dispositif en créant une commission des études et recherches dotée de structure et de moyens, animée par le ministère de la santé et des solidarités, et comportant notamment des

représentants de l'INSERM, de l'Institut national de veille sanitaire et d'autres organismes de recherche, ainsi que des représentants d'associations d'assureurs et de réassureurs et des personnalité qualifiées. Cette commission est chargée de collecter des données sur la mortalité et la morbidité qui interviennent dans le calcul des surprimes. Son programme de recherche doit couvrir les pathologies les plus problématiques pour l'accès à l'emprunt et à l'assurance.

Cette disposition devrait donc permettre aux entreprises d'assurance d'élargir les couvertures qu'elles proposent en actualisant leur connaissances médicales et scientifiques sur les pathologies et en prenant en compte les améliorations apportées par les nouveaux traitements. Aux termes de la convention AERAS de 2006, les assureurs tiennent ainsi compte, pour les opérations d'assurance destinées à garantir les prêts entrant dans le champ de la convention, des conclusions des études produites.

Au final, une meilleure connaissance des pathologies doit assurer une meilleure homogénéité des tarifs pour une même pathologie et mettre fin au sentiment qu'une part d'arbitraire intervient parfois dans l'évaluation du surrisque médical ainsi que dans sa tarification.

- *Instruction des demandes et motivation des refus*

D'après le 8^o de l'article L. 1141-2-1 inséré par l'article 2 du projet de loi dans le code de la santé publique, la convention doit définir « *la procédure d'instruction des demandes d'emprunt et les modalités selon lesquelles la personne est informée des motifs des refus d'assurance* ».

La définition de modalités particulières d'instruction des dossiers est, selon l'article 1^{er} du projet de loi, l'objet même de la convention nationale.

Dans la convention AERAS de 2006, l'instruction des dossiers conserve le dispositif à trois niveaux qui a été mis en place par la convention Belorgey de 2001. Le premier niveau est constitué par les contrats d'assurance collective décès emprunteurs existants, le deuxième niveau est constitué par la mise en place, dans des conditions de marché, de contrats d'assurance décès emprunteurs de groupes, réceptacles automatiques des cas refusés par le jeu des contrats du premier niveau, et le troisième niveau est constitué par un « pool des risques très aggravés » qui est en fait une convention de coréassurance. Ce pool intègre le « pool des séropositifs » créé en application de la convention de 1991.

Les délais de réponse nécessaires pour procéder aux examens médicaux et à l'étude du dossier, qui peuvent conduire à l'échec de l'opération d'achat, sont améliorés par la convention AERAS de 2006. Il est en effet essentiel que la procédure d'instruction des demandes d'emprunt soit enserrée dans des délais qui apportent à l'emprunteur toute les garanties. A cet effet, la convention AERAS prévoit un traitement plus diligent des demandes de prêt immobilier en enserrant la durée globale de traitement des dossiers de demande de prêts immobiliers par les établissements de crédit (deux semaines maximum) et les assureurs (trois

semaines maximum) dans un délai maximum de cinq semaines à compter de la réception d'un dossier complet.

S'agissant des motivations des refus, la convention AERAS prévoit que l'assureur informe, par courrier, le demandeur d'emprunt de façon claire et explicite de ses décisions relatives au refus d'assurance, aux exclusions de garantie et aux surprimes. Il est indiqué à l'intéressé dans le même courrier qu'il lui est loisible de prendre contact par courrier avec le médecin de l'assureur, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, pour connaître les raisons médicales à l'origine des décisions de l'assurance. Dans le cadre de l'application de la convention Belorgey de 2001, la section de médiation avait toutefois déjà proposé que les demandeurs d'emprunt soient informés lorsqu'un refus était lié à leur état de santé et cette précision relative au motif de refus du prêt avait été approuvée par la commission de suivi et de propositions et acceptée dès la fin de l'année 2003 par les établissements de crédits.

Le 8° de l'article L. 1141-2-1 inséré par l'article 2 du projet de loi dans le code de la santé publique garantit ainsi la pérennité de l'engagement des établissements à motiver par écrit les refus de dossier.

- *Dispositif de médiation*

D'après le 9° de l'article L. 1141-2-1 inséré par l'article 2 du projet de loi dans le code de la santé publique, la convention doit définir « *un dispositif de médiation entre d'une part les personnes présentant un risque aggravé de santé, d'autre part les organismes d'assurance et les établissements de crédit* ».

Aux termes de l'article 1^{er} du projet de loi, la définition de modalités particulières de médiation, constitue l'objet même de la convention.

La convention Belorgey de 2001 prévoyait déjà, au sein de la commission de suivi et de propositions qu'elle mettait en place, une section de médiation chargée de favoriser le règlement amiable des litiges individuels nés de l'application de la convention.

La convention AERAS de 2006 va encore plus loin en stipulant que la possibilité de saisine de cette commission de médiation, composée de quatre membres titulaires et de quatre membres suppléants désignés en son sein par la commission de suivi et de propositions, à parité entre les professionnels et les associations, et présidée par une personne qualifiée désignée par les ministres chargés de l'économie et de la santé, sera systématiquement indiquée aux personnes recevant un refus ou une restriction d'assurance.

Le dispositif de médiation, désormais garanti par la loi, est chargé de favoriser le règlement amiable des litiges individuels liés à la convention. C'est une structure essentielle du mécanisme conventionnel dans la mesure où il permet de mettre en évidence les difficultés concrètes rencontrées par les emprunteurs.

• *Dispositif de suivi de la convention*

D'après le 10° de l'article L. 1141-2-1 inséré par l'article 2 du projet de loi dans le code de la santé publique, la convention doit définir « *la composition et les modalités de fonctionnement d'une instance de suivi associant les parties et chargée d'évaluer régulièrement la réalisation des objectifs et engagements de la convention* ».

La convention Belorgey de 2001 avait déjà institué une commission de suivi et de propositions chargée d'être un lieu d'échanges constructifs pour faire vivre et améliorer le dispositif conventionnel. Cette commission était chargée de veiller à l'application effective des dispositions conventionnelles et de rechercher toutes mesures susceptibles d'améliorer ces dispositions.

La convention AERAS de 2006 renforce sensiblement ces mécanismes de suivi en dotant la commission de suivi d'un secrétariat et de moyens de fonctionnement assurés par l'État. Elle élargit parallèlement ses compétences en étendant le nombre des personnes qui la composent : trois représentants des établissements de crédits, trois représentants des assurances, six représentants des associations de malades, de personnes handicapées et de consommateurs, quatre représentants de l'État et sept membres qualifiés dont au moins deux médecins, un représentant de l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles et un représentant de la commission bancaire.

Cette instance de suivi est une structure essentielle du dispositif conventionnel qui permet de mettre à jour des difficultés non prévues au moment de la signature de la convention et de proposer des modifications et des améliorations. C'est également cette instance qui veille à la bonne application des dispositions de la convention et au respect des engagements des parties. La commission de suivi et de propositions est enfin chargée de remettre tous les deux ans au gouvernement, aux présidents des assemblées ainsi qu'au président du Conseil national consultatif des personnes handicapées, un rapport public sur son activité, la mise en œuvre de la convention et sur les nouvelles mesures adoptées ou en voie de l'être, en vue d'améliorer l'assurance et l'accès à l'emprunt des personnes présentant un risque de santé aggravé. Ce rapport peut également comporter des propositions de nature à parfaire le dispositif conventionnel, légal ou réglementaire existant.

Le projet vise à garantir l'existence d'un tel dispositif de suivi.

*

La commission a *adopté* l'article 2 sans modification.

Article 3

Pérennité du dispositif conventionnel d'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé

L'article 3 modifie l'article L. 1141-3 du code de la santé publique afin, d'une part, de préciser la durée et les modalités de publicité de la convention prévue à l'article L. 1141-2 et, d'autre part, de garantir la pérennité du dispositif conventionnel.

Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 1141-3 du code de la santé publique énumère les parties de la convention et précise le rôle et la composition du comité de suivi. Ces points sont désormais traités dans les articles L. 1141-2 (article 1^{er} du projet de loi) et L. 1141-2-1 (article 2 du projet de loi) du code de la santé publique.

Le deuxième alinéa de l'article 3 fixe à trois ans la durée de la convention. Les deux précédentes conventions s'inscrivaient dans le schéma retenu puisque la convention Belorgey signée le 19 septembre 2001 s'appliquait jusqu'au 31 décembre 2003, tandis que la convention AERAS signée le 6 juillet 2006 stipule dans le 2) du titre VI (« *Dispositions particulières* ») qu'elle est conclue pour une période de trois ans renouvelable par tacite reconduction.

Le troisième alinéa de l'article 3 dispose que la convention, ainsi que ses avenants, sont publiés au *Journal officiel* de la République française. Il s'agit d'une disposition qui s'inscrit pleinement dans la volonté partagée par tous les signataires d'assurer une meilleure information sur l'existence et le contenu de la convention AERAS.

Le quatrième et le cinquième alinéa de l'article 3 complète le dispositif de sauvegarde qui figurait jusqu'ici à l'article L. 1141-2 du code de la santé publique depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cet article dispose qu'« *à défaut d'accord, ou en cas de dénonciation, compromettant la mise en œuvre ou la pérennité du dispositif conventionnel, les conditions de collecte et d'utilisation ainsi que les garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale sont définies par décret en Conseil d'État, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés* ». Le quatrième et le cinquième alinéa de l'article 3 élargissent la compétence du gouvernement au-delà de la question du traitement confidentiel des données en lui permettant, en cas d'enlisement du mécanisme conventionnel, d'intervenir par la voie réglementaire, pour assurer l'existence de la convention et de ses garanties.

Dans le cas où la convention ne serait pas signée par l'une des organisations professionnelles mentionnées à l'article L. 1141-2, c'est-à-dire les organisations professionnelles représentant les établissements de crédit, les entreprises d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance, le quatrième alinéa de l'article 3 permet au pouvoir réglementaire d'étendre par

décret l'application de la convention aux entreprises et organismes représentés par l'organisation non signataire. Il s'agit d'une faculté et non d'une obligation, et elle est subordonnée à la consultation des signataires de la convention et de l'organisation professionnelle non signataire.

Dans le cas où la convention ne serait pas prorogée ou renouvelée, ou si elle venait à être dénoncée, le cinquième alinéa de l'article 3 habilite le pouvoir réglementaire à fixer, par décret en Conseil d'État, le contenu de l'ensemble des rubriques qui doivent figurer dans la convention en vertu de l'article L. 1141-2-1. Il est précisé que ce décret prend effet à la date d'expiration de la convention. L'effet rétroactif vise à éviter tout vide juridique entre l'expiration de la convention et l'édiction d'un décret en Conseil d'État qui offre, en outre, toutes les garanties juridiques souhaitables.

*

Le rapporteur a présenté un amendement insérant un alinéa après l'alinéa 3 de l'article. Dans sa rédaction actuelle, le troisième alinéa de l'article L 1141-2 du code de la santé publique, que l'article 1^{er} du projet de loi a pour objet de réécrire, prévoit que la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) donne un avis sur les dispositions de la convention nationale relatives aux données à caractère personnel de nature médicale de la convention, préalablement à sa conclusion. Cette disposition n'est pas reprise dans le présent projet de loi. Si les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée s'imposent bien sûr dans les conditions de droit commun aux fichiers des établissements de crédit et des assurances, il est préférable de rétablir la garantie supplémentaire donnée, en amont, par l'avis de la CNIL sur la convention et donc d'anticiper les difficultés et éviter ultérieurement tout problème d'application

La commission a *adopté* l'amendement du rapporteur.

Puis elle a *adopté* un amendement du rapporteur imposant que le décret en Conseil d'État prévu par l'alinéa 5, pour fixer le contenu des rubriques qui doivent figurer dans la convention dans les cas où la voie conventionnelle est mise en échec, soit publié au plus tard six mois après l'absence de prorogation ou de renouvellement ou après la dénonciation de la convention. Il s'agit d'éviter que le mécanisme de sauvegarde prévu soit privé de toute portée pratique en cas d'inertie du pouvoir réglementaire.

La commission a enfin *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur à l'alinéa 5.

La commission a *adopté* l'article 3 ainsi modifié.

Article 4

Évaluation de la convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé dans les six mois précédant son échéance

L'article 4 ajoute un article L. 1141-4 dans le code de la santé publique, qui a pour objet de définir les modalités d'évaluation de la convention relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé.

Il dispose que l'instance de suivi mentionnée au 10° du nouvel article L. 1141-2-1 se voit confier la rédaction d'un rapport d'évaluation adressé au Gouvernement et au Parlement dans les six mois qui précèdent l'échéance normale de la convention. Cette évaluation porte sur le dispositif d'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé et concerne donc la convention, si celle-ci est toujours en vigueur, ou le dispositif réglementaire qui s'y est substitué en cas de dénonciation, non-prorogation ou absence de renouvellement de la convention.

Ce dispositif du projet de loi est parfaitement cohérent avec les engagements pris dans le cadre de la convention AERAS qui stipule que la commission de suivi et de propositions est chargée de remettre tous les deux ans au Gouvernement, aux présidents des assemblées ainsi qu'au président du conseil national consultatif des personnes handicapées, un rapport public sur son activité, la mise en œuvre de la convention et sur les nouvelles mesures adoptées ou en voie de l'être, en vue d'améliorer l'assurance et l'accès à l'emprunt des personnes présentant un risque de santé aggravé.

En confiant l'évaluation à l'instance de suivi mentionnée au 10° du nouvel article L. 1141-2-1 plutôt qu'au Gouvernement, la loi tire les conséquences des difficultés que ce dernier a rencontré pour présenter le rapport au Parlement sur la mise en œuvre de la convention du 19 septembre 2001 visant à améliorer l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque de santé aggravé, que l'article 144 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique lui imposait de transmettre dans un délai de six mois à compter de la publication de la loi.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur imposant que le rapport d'évaluation de la convention soit adressé par l'instance d'évaluation au plus tard trois mois avant l'échéance normale de la convention, afin d'éviter une éventuelle remise du rapport la veille de la signature et de créer les conditions pour que les adaptations requises puissent être préparées en temps utile pour garantir la continuité du dispositif d'accès au crédit pour les personnes présentant un risque aggravé de santé.

La commission a *adopté* l'article 4 ainsi modifié.

Article 5

Applicabilité de la loi à la convention déjà signée et évaluation intermédiaire de la convention nationale en vigueur à la date de publication de la loi

L'article 5 du projet de loi a en premier lieu pour objet de préciser que le dispositif de sauvegarde de la convention défini aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 1141-3 du code de la santé publique s'applique bien à la convention qui sera déjà en vigueur au moment où la loi sera publiée.

Il vise également à prévoir, au plus tard au 1^{er} juillet 2008, une évaluation intermédiaire de la convention en vigueur à la date de la publication de la loi. En complément des dispositions de l'article 4 qui prévoit que l'instance de suivi mentionnée au 10^o du nouvel article L. 1141-2-1 adresse au Gouvernement et au Parlement, dans les six mois qui précèdent l'échéance de la convention, un rapport d'évaluation de la convention nationale en vigueur, l'article 5 prévoit en effet que la même instance de suivi procède à une évaluation intermédiaire de la convention en vigueur à la date de la publication de la loi au plus tard le 1^{er} juillet 2008. Cette évaluation intermédiaire intervient ainsi au milieu de la période de validité de la convention.

Cette évaluation intermédiaire aura le mérite de dresser rapidement un bilan de l'application de la convention AERAS sans qu'il soit nécessaire d'attendre deux ans pour disposer de l'évaluation prévue à l'article 4 du projet de loi.

*

La commission a *adopté* l'article 5 sans modification.

Article additionnel après l'article 5

Accès des assurés aux éléments médicaux des questionnaires de santé des compagnies d'assurance

Le rapporteur a présenté un amendement visant à permettre à toute personne ayant rempli un questionnaire de santé nécessaire à la souscription d'un contrat d'assurance d'accéder aux éléments médicaux à l'origine de la décision de la compagnie d'assurance. Les organismes d'assurance considèrent en effet que les dispositions actuelles de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique ne leurs sont pas opposables, au motif que le rapport rédigé par le médecin conseil de l'organisme d'assurance ne constitue ni une information formalisée ayant contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ni un échange d'écrits entre professionnels de santé. Pour permettre cette communication d'information, l'amendement modifie le premier alinéa de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique pour rendre applicable la communication d'information sur la santé à toute situation où un professionnel

produit ou détient des informations sur la santé d'une personne, même en dehors des situations de soins ou de prévention.

La commission a *adopté* l'amendement du rapporteur.

La commission a ensuite *adopté* l'ensemble du projet de loi ainsi modifié.

Mme Jacqueline Fraysse et M. Jean-Marie Le Guen ont indiqué qu'ils s'abstenaient dans l'état actuel du texte.

*

En conséquence, et sous réserve des amendements qu'elle propose, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, demande à l'Assemblée nationale d'adopter le projet de loi n° 3457.

TABLEAU COMPARATIF

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Code de la santé publique</p> <p><i>Art. L. 1141-2.</i> – Une convention relative à l'assurance des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé ou d'un handicap détermine les modalités particulières d'accès à l'assurance contre les risques d'invalidité ou de décès en faveur de ces personnes qui ne peuvent trouver dans le cadre des pratiques habituelles de l'assurance de garantie des prêts à la consommation, immobiliers ou à caractère professionnel.</p> <p>Toute personne présentant, du fait de son état de santé ou de son handicap, un risque aggravé peut se prévaloir des dispositions de la convention.</p> <p>Pour celles de ses dispositions qui prévoient les conditions de collecte et d'utilisation, ainsi que les garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale, à l'occasion de la souscription des prêts mentionnés au premier alinéa, la</p>	<p>Projet de loi relatif à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé</p> <p>Article 1^{er}</p> <p>L'article L. 1141-2 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« <i>Art. L. 1141-2.</i> – Une convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant, du fait de leur état de santé ou de leur handicap, un risque aggravé est conclue entre l'État, les organisations professionnelles représentant les établissements de crédit, les entreprises d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance ainsi que des organisations nationales représentant les malades et les usagers du système de santé agréées en vertu de l'article L. 1114-1 ou représentant les personnes handicapées. Cette convention a pour objet :</p> <p>« – de faciliter l'assurance des prêts demandés par les personnes présentant un risque aggravé en raison de leur état de santé ou d'un handicap ;</p> <p>« – d'assurer la prise en compte complète des garanties alternatives à l'assurance <u>existantes</u> ;</p> <p>« – de définir des modalités particulières d'information des demandeurs, d'instruction de leur dossier et de médiation.</p> <p>« Toute personne présentant, du fait de son état de santé ou de son handicap, un risque aggravé, peut se prévaloir de cette convention. »</p>	<p>Projet de loi relatif à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé</p> <p>Article 1^{er}</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« – d'assurer la prise en compte complète <i>par les établissements de crédit</i> des garanties alternatives à l'assurance ;</p> <p>Amendement n° 1</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur

convention fait l'objet, préalablement à sa conclusion, d'une consultation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, qui donne un avis sur sa conformité à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A défaut d'accord, ou en cas de dénonciation, compromettant la mise en oeuvre ou la pérennité du dispositif conventionnel, les conditions de collecte et d'utilisation ainsi que les garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale sont définies par décret en Conseil d'Etat, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Texte du projet de loi

Article 2

Il est inséré au code de la santé publique, après l'article L. 1141-2, un article L. 1141-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1141-2-1.* – La convention prévue à l'article L. 1141-2 définit notamment :

« 1° Les conditions d'âge des emprunteurs, l'objet, le montant et la durée des prêts ;

« 2° Les modalités d'information des demandeurs d'emprunt sur les dispositions relatives à l'accès au crédit et à l'assurance emprunteur ;

« 3° Les conditions dans lesquelles un demandeur d'emprunt peut se prévaloir, pendant un délai déterminé, d'une offre d'assurance, y compris pour un bien différent de celui visé par cette offre ;

« 4° La couverture des risques décès et invalidité, dans les cas où elle est requise ;

« 5° Les garanties de confidentialité des données à caractère personnel et de nature médicale ;

« 6° Un mécanisme de mutualisation, mis en oeuvre par les entreprises d'assurance, les mutuelles et institutions de prévoyance, et les établissements de crédit, permettant, sous condition de ressources des demandeurs d'emprunt, de limiter le coût additionnel résultant du risque aggravé pour l'assurance décès et invalidité des crédits professionnels et des crédits destinés à l'acquisition de la

Propositions de la Commission

Article 2

Sans modification

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 1141-3.</i> – La convention est conclue entre l'Etat, des associations représentant les personnes malades ou handicapées, les organismes représentant les entreprises régies par le code des assurances, les établissements de crédit, les mutuelles régies par le code de la mutualité et les institutions régies par les dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale.</p> <p>Un comité de suivi veille à l'application du dispositif conventionnel. Il comprend des représentants des signataires, ainsi que des personnes choisies en raison de leurs compétences. Le comité est présidé par une personne qualifiée, nommée par les ministres chargés de l'économie et de la santé.</p>	<p>résidence principale ;</p> <p>« 7° Les dispositifs d'études et de recherche permettant de recueillir, d'analyser et de publier les données disponibles sur la mortalité et la morbidité résultant des principales pathologies, en vue de fournir les éléments statistiques nécessaires à la tarification du risque ;</p> <p>« 8° La procédure d'instruction des demandes d'emprunt et les modalités selon lesquelles la personne est informée des motifs des refus d'assurance ;</p> <p>« 9° Un dispositif de médiation entre, d'une part, les personnes présentant un risque aggravé de santé, et d'autre part, les organismes d'assurance et les établissements de crédit ;</p> <p>« 10° La composition et les modalités de fonctionnement d'une instance de suivi associant les parties et chargée d'évaluer régulièrement la réalisation des objectifs et engagements de la convention. »</p> <p>Article 3</p> <p>L'article L. 1141-3 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« <i>Art. L. 1141-3.</i> – La convention prévue à l'article L. 1141-2 est conclue pour une durée de trois ans.</p> <p>« La convention et ses avenants sont publiés au <i>Journal officiel</i> de la République française.</p>	<p>Article 3</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Pour celles de ses dispositions qui prévoient les conditions de collecte et d'utilisation, ainsi que les garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale, la convention fait l'objet, préalablement à sa conclusion, d'une consultation de la Commission nationale de</p>

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

l'informatique et des libertés, qui donne un avis sur sa conformité à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ».

Amendement n° 2

Alinéa sans modification

« Au cas où la convention ne serait pas signée par l'une des organisations professionnelles mentionnées à l'article L. 1141-2, un décret peut, après consultation des signataires de la convention et de l'organisation professionnelle non signataire, étendre son application aux entreprises et organismes représentés par l'organisation non signataire.

« À défaut de prorogation ou de renouvellement de la convention ou en cas de dénonciation de la convention, les dispositions énumérées à l'article L. 1141-2-1 sont fixées par décret en Conseil d'État. Ce décret produit effet à la date d'expiration de la convention. »

« À ...

... fixées dans les six mois par décret en Conseil d'État. Ce décret prend effet ... convention. »

Amendements n°s 3 et 4

Article 4

Il est ajouté au code de la santé publique un article L. 1141-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1141-4.* – L'instance de suivi mentionnée au 10° de l'article L. 1141-2-1 adresse un rapport d'évaluation au Gouvernement et au Parlement dans les six mois qui précèdent l'échéance de la convention. »

Article 4

Alinéa sans modification

« *Art. L. 1141-4.* – L'instance ...

... au Parlement au plus tard trois mois avant l'échéance de la convention. »

Amendement n° 5

Article 5

Les dispositions des troisième et quatrième alinéas de l'article L. 1141-3 du code de la santé publique s'appliquent à la convention en vigueur à la date de publication de la présente loi.

L'instance de suivi mentionnée au 10° de l'article L. 1141-2-1 du code de la santé publique adresse au Gouvernement et au Parlement au plus tard le 1^{er} juillet 2008 une évaluation de la convention en vigueur à la date de publication de la présente loi.

Article 5

Sans modification

Textes en vigueur

—

Art. L. 1111-7. – Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

.....

Texte du projet de loi

—

Propositions de la Commission

—

Article additionnel

L'article L.1111-7 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, après le mot : « détenues » sont insérés les mots : « , à quelque titre que ce soit, ».

2° Dans le même alinéa, les mots : « et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, » sont supprimés.

Amendement n° 6

AMENDEMENTS NON ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

Avant l'article 1^{er}

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse :

• Après le deuxième alinéa de l'article L. 112-2 du code des assurances est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cadre de la convention visée à l'article L. 1141-2 du code de la santé publique, lorsqu'une proposition d'assurance est émise à un candidat à l'emprunt, qu'il s'agisse d'un contrat d'assurance de groupe ou d'un contrat individuel, est au regard de l'état de santé du demandeur valable pendant une durée de 4 mois ».

• Le dernier alinéa de l'article L. 113-8 du code des assurances est complété par les mots : « et aux contrats d'assurance contractés par des personnes présentant un risque aggravé de santé à l'occasion d'un crédit. ».

• Dans l'article L. 312-5 du code de la consommation, après les mots : « Tout document publicitaire ou tout document d'information remis à l'emprunteur et portant sur l'une des opérations visées à l'article L. 312-2 doit », sont insérés les mots : « viser la convention prévue à l'article L. 1141-2 du code de la santé publique, ».

• Après le sixième alinéa de l'article L. 312-8 du code de la consommation est inséré un alinéa 4 bis ainsi rédigé :

« 4 bis Fait état de la convention mentionnée à l'article L. 1141-2 du code de la santé publique et rappelle à l'emprunteur qu'il peut souscrire auprès de l'assureur de son choix une assurance équivalente à celle proposée par le prêteur. »

• Après l'article L. 312-14-1 du code de la consommation, est inséré un article L. 312-14-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 312-14-2 – Lorsque le contrat en vue duquel le prêt a été demandé n'est pas conclu pour des motifs pris de l'impossibilité d'assurer la personne du fait de son état de santé, une motivation détaillée des raisons du refus est communiquée au candidat à l'emprunt. »

• « L'article L. 225-2 du code pénal est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 7° À entraver le bénéfice des dispositions des articles L. 1141-2 à 1141-3 du code de la santé publique et de l'article L. 133-1 du code des assurances en faveur des personnes présentant un risque aggravé de santé. ».

ANNEXE 1

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

Par ordre chronologique

- **Collectif interassociatif sur la santé (CISS)** – M. Marc Morel, directeur, et Mme Marie-Annick Lambert, vice-présidente
- **Ministère de la santé** – M. Éric Rance, conseiller
- **UFC – Que choisir** – M. Jacques Mopin, vice-président et président de la commission santé
- **Association des paralysés de France (APF)** – Mme Marie-Sophie Dessaulé, présidente, et Mme Linda Aouar, conseillère juridique nationale
- **Groupeement des entreprises mutuelles d'assurances (GEMA)** – M. Daniel Havis, président
- **Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH) – association des accidentés de la vie** – M. Arnaud de Broca, secrétaire général adjoint, et M. Karim Felissi, avocat conseil
- **Aides** – M. Christian Saout, président
- **Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA)** – M. Gérard de la Martinière, président, M. Jean-Pierre Diaz, directeur adjoint à la direction des assurances de personnes vie et capitalisation, et M. Jean-Paul Laborde, conseiller parlementaire
- **Fédération bancaire française (FBF)** – Mme Ariane Obolensky, directrice générale
- **La Mutualité française** – M. Daniel Lenoir, directeur général, M. Jean-Louis Davet, directeur et conseiller auprès du directeur général, et M. Vincent Figureau, responsable du département des relations extérieures

ANNEXE 2
TABLEAU COMPARATIF ENTRE LA CONVENTION DITE
« BELORGEY » ET LA CONVENTION AERAS

	Convention du 19 septembre 001	Convention AERAS (stipulations remplaçant les stipulations existantes ou les complétant)
Information		
Pouvoirs publics	Aucune obligation	<ul style="list-style-type: none"> – création d'un site Internet – association des caisses d'assurance-maladie, des réseaux de soins, des professionnels (notaires, agents immobiliers) à la diffusion de l'information
Etablissements de crédit		<ul style="list-style-type: none"> – mise en place de référents dans chaque réseau bancaire – mention sur les simulations de prêt de l'existence de la convention et des coordonnées du référent bancaire – liens avec le site de la convention
Associations	Aucune obligation	<ul style="list-style-type: none"> – liens avec le site de la convention – utilisation des divers supports de communication pour faire connaître la convention
Champ d'application		
Prêts immobiliers et professionnels	<ul style="list-style-type: none"> – montant maximum de l'emprunt : 250 000 € – âge maximum : 60 ans à la souscription – durée maximale de remboursement : 15 ans 	<ul style="list-style-type: none"> – montant maximum de l'emprunt : 300 000 € – âge maximum : 70 ans à la fin de l'emprunt – durée maximale de remboursement : aucune
Prêts à la consommation	<ul style="list-style-type: none"> – montant : 10 000 € – âge maximum : 45 ans à la souscription – durée maximale de remboursement : 4 ans 	<ul style="list-style-type: none"> – montant : 15 000 € – âge maximum : 50 ans à la souscription ; – durée maximale de remboursement : 4 ans (sans changement)
Invalidité	N'entre pas dans le champ d'application de la convention	<ul style="list-style-type: none"> – l'invalidité entre dans le champ d'application et permet de bénéficier des garanties offertes (motivation, fonds de mutualisation, médiation...) – couverture systématique de la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) – couverture additionnelle permettant de couvrir la totalité des personnes relevant de la 3^e catégorie de la sécurité sociale et du tiers des personnes relevant de la 2^e catégorie (incapacité à

	Convention du 19 septembre 001	Convention AERAS (stipulations remplaçant les stipulations existantes ou les complétant)
		exercer une activité professionnelle)
Prise en charge des surprimes	Aucune	Création d'un mécanisme de solidarité prenant en charge, sous condition de ressources, les surprimes excédant d'1,5 % le taux effectif global
Délais pour se prononcer sur la demande de prêt	Aucun	5 semaines
Traitement en amont des dossiers	Aucune stipulation	<ul style="list-style-type: none"> - engagement des assureurs à instruire les demandes d'assurance avant même la signature du compromis de vente - validité pendant un délai de 4 mois d'une proposition d'assurance, pour un emprunt d'un montant et d'une durée inférieurs ou égal à la précédente demande
Confidentialité	<ul style="list-style-type: none"> - code de bonne conduite - principes applicables aux questionnaires de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - il est proposé au candidat à l'emprunt de remplir seul à son domicile le questionnaire - l'appui du chargé de clientèle pour remplir le questionnaire ne peut se faire qu'à la demande du candidat à l'emprunt et sous réserve que les règles relatives à la confidentialité lui soient rappelées
Motivation des refus	Aucune stipulation	Possibilité de prendre contact avec le médecin de l'assureur par courrier, directement ou par l'intermédiaire du médecin de son choix, pour connaître les raisons médicales ayant conduit l'assureur à refuser l'assurance, à prononcer un ajournement ou une exclusion, à imposer une surprime
Délégations d'assurance	Dans le silence de la convention, l'établissement de crédit peut imposer au candidat à l'emprunt son contrat groupe	L'établissement de crédit s'engage à ne pas imposer son contrat groupe dès lors que les alternatives à l'assurance de groupe offrent des garanties dont la valeur et la mise en jeu offrent la même sécurité

	Convention du 19 septembre 001	Convention AERAS (stipulations remplaçant les stipulations existantes ou les complétant)
Garanties alternatives à l'assurance	Engagement à accepter les garanties alternatives apportant le même niveau de sécurité pour l'établissement de crédit	Exemples de garanties alternatives pouvant être apportées : biens immobiliers, contrats d'assurance-vie, contrats de prévoyance, cautions...
Instance de médiation	<ul style="list-style-type: none"> – Section de médiation – prend toutes dispositions de nature à favoriser un règlement amiable et diligent des dossiers dont elle est saisie 	<ul style="list-style-type: none"> – commission de médiation ; – présidée par une personnalité qualifiée ; – favorise le dialogue entre le spécialiste de la pathologie qui suit le candidat à l'emprunt et le médecin conseil de l'assureur
Instance scientifique	<ul style="list-style-type: none"> – Section scientifique – recueil et étude des données disponibles sur la mortalité et la morbidité occasionnées par les principales pathologies, à partir desquelles sont déterminées les surprimes pour risques aggravés ou fondés les refus de garantie 	<ul style="list-style-type: none"> – commission des études et recherches – participation de l'Institut national de veille sanitaire (InVs) et de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) – définition d'un programme de recherche, notamment sur l'invalidité associée aux principales pathologies en vue de fournir les éléments statistiques nécessaires à la tarification du risque – engagement des assureurs à prendre en considération les conclusions de ces études.
Commission de suivi et de propositions	<ul style="list-style-type: none"> – veille à la bonne application de la convention – formule des recommandations pour en améliorer le fonctionnement – remet tous les 2 ans un rapport sur son activité 	<ul style="list-style-type: none"> – rassemblement des données statistiques permettant le suivi de la mise en œuvre de la convention – possibilité de diligenter des enquêtes – mise en place d'un mécanisme de vérification permettant de s'assurer du respect de la convention.

Source : ministère de l'économie et des finances