

ASSEMBLÉE NATIONALE

7 octobre 2021

PLF POUR 2022 - (N° 4482)

Commission	
Gouvernement	

Non soutenu

AMENDEMENT

N° I-1791

présenté par

M. Lagarde, M. Benoit, M. Guy Bricout, M. Brindeau, Mme Descamps, M. Dunoyer, M. Gomès,
M. Morel-À-L'Huissier, M. Naegelen, Mme Sanquer, Mme Six, Mme Thill, M. Warsmann et
M. Zumkeller

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 10, insérer l'article suivant:**

I. – Après l'article L. 133-1 du code des assurances, il est inséré un article L. 133-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-2.* – Est un contrat d'assurance emprunteur inclusif, tout contrat destiné à couvrir un emprunt professionnel ou acquisition de résidence principale en décès, invalidité, incapacité ou perte d'emploi dont l'accès n'est soumis à aucun questionnaire de santé ni examen médical, qui est ouvert jusqu'à l'âge de 65 ans minimum pour une échéance du contrat d'assurance jusqu'à l'âge de 75 ans minimum et pour une quotité empruntée allant jusqu'à 500 000 euros minimum. Un décret en Conseil d'État en définit le cahier des charges. »

II. – Après le 5° *bis* de l'article 995 du code général des impôts, il est inséré un 5° *ter* ainsi rédigé :

« 5° *ter* Les contrats souscrits auprès des entreprises d'assurances en application de l'article L. 133-2 du code des assurances relatif au contrat d'assurance emprunteur inclusif. »

III. – La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

IV. – La perte de recettes pour les collectivités territoriales est compensée à due concurrence par la majoration de la dotation globale de fonctionnement et, corrélativement pour l'État, par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

V. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

EXPOSÉ SOMMAIRE

30 ans après la première convention visant à faciliter un meilleur accès des personnes vivant avec le VIH à l'assurance-emprunteur, élargie (avec les conventions Bellorgey et AERAS) à d'autres pathologies, la plupart des associations de patientes et de patients, mais plus largement de consommatrices et de consommateurs, ne peuvent que constater que la situation concrète des personnes atteinte, notamment, de pathologies chroniques, au regard de l'accès à l'assurance-emprunteur ne s'améliore guère, sauf pour de trop rares cas.

Le rapport de forces est déséquilibré entre les secteurs bancaires et assuranciers d'une part et, d'autre part, des associations démunies face à d'incessantes demandes d'études.

Le combat pour faire figurer une pathologie dans la « grille de référence » (qui fixe les maladies pour lesquelles les majorations de cotisations ou les exclusions sont encadrées) dure des années, mobilise d'importantes ressources financières et humaines dans les associations, mais aussi au sein d'instituts de recherche publics, dont la vocation première n'est pourtant pas, normalement, de faciliter la sélection médicale des assureurs.

Après ce combat, viennent les propositions des assureurs, parfois indécentes : 400 % d'augmentation de la cotisation pour les personnes atteintes de mucoviscidose par exemple, avec une garantie limitée au décès, et pour une durée de prêt de 10 ans maximum. Cela fait qu'aucun cas n'a pu être documenté de dossier AERAS ayant abouti à la conclusion d'un contrat de prêt.

Les modalités d'application de cette grille sont souvent, les épidémiologistes le confirment, sans commune mesure avec la réalité médicale et scientifique. Ainsi, les personnes vivant avec le VIH, sous réserve d'être traitées et d'avoir une charge virale indétectable tout en respectant une liste drastique de conditions, peuvent ainsi se voir appliquer une sur-cotisation de 100 % sur le décès, alors que les études menées depuis de nombreuses années, mais également les données statistiques des décès constatés en France, démontrent qu'elles ont une espérance de vie identique à celle de la population générale.

L'objet de cet amendement n'est pas de s'immiscer dans le champ conventionnel, ni d'entraver la liberté d'entreprendre des assureurs. Il vise tout simplement à prévoir (sans l'imposer) la distribution de contrats d'assurance « inclusifs », c'est-à-dire sans sélection médicale, tout en assortissant ce dispositif d'une incitation fiscale au travers de l'exonération de la taxe spéciale sur les contrats d'assurance (TSCA) dont le taux de droit commun est de 9 %.

Ce dispositif, travaillé durant de longs mois par plusieurs associations, en lien avec des actuaires et des professions du droit et de la médecine, n'entraînera pas la fragilisation de l'économie générale du secteur de l'assurance. En effet, la Fédération française de l'assurance indique que l'immense majorité des risques dits « aggravés de santé » s'assurent déjà sans exclusion de garantie ni majoration des primes d'assurance. Par ailleurs les coûts de la sélection médicale pour les assureurs constituent une « externalité négative » importante. Un tel contrat serait donc un facteur d'économies substantielles.

Enfin, l'article L. 132-29 du code des assurances dispose que les assurés doivent collectivement profiter des bénéfiques techniques et financiers réalisés par les entreprises d'assurance. Les marges

plus faibles potentiellement réalisées par ces entreprises sur ce nouveau type de contrats constituerait une modalité innovante et concrète de participation à ces bénéfices.