

2 0 2 2

Santé Info Droits PRATIQUE

— E.2 —

ASSURANCES ET EMPRUNTS

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

DE QUOI
S'AGIT-IL ?

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

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

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

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

Dans ce contexte, la convention AERAS, signée en 2006 entre les associations représentant les personnes malades et les consommateurs, les professionnels de la banque et de l'assurance et les pouvoirs publics, poursuit l'objectif de faciliter l'accès à l'Assurance et à l'Emprunt des personnes présentant un Risque Aggravé de Santé.

La convention a fait depuis l'objet de nombreuses améliorations. Des apports législatifs dont le dernier en date du 28 février 2022 sont venus également favoriser l'accès à l'emprunt et l'assurabilité des personnes concernées.

LES PRÊTS COUVERTS PAR LA CONVENTION AERAS

• Les prêts immobiliers ou à usage professionnel

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

- **Examen individualisé de niveau 2** pour toutes les demandes de prêts professionnels ou immobiliers, quels que soient leurs montants et durées de remboursement, en cas de refus de l'assurance de groupe (niveau 1).
- **Examen au niveau 3** (« pool des risques très aggravés ») - un assureur est alors attribué aléatoirement pour chaque dossier), en cas de refus au niveau 2. Ce 3^{ème} niveau n'est accessible qu'aux conditions suivantes : la part assurée de l'encours de prêt (somme restant à rembourser) ne doit pas dépasser 420 000 € et l'échéance des contrats d'assurance doit intervenir avant 70 ans révolus. Il n'est pas tenu compte des crédits relais pour l'examen de ce seuil d'éligibilité au

3^{ème} niveau quand il s'agit de l'acquisition d'une résidence principale.

• Les prêts à la consommation affectés ou dédiés

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

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

QUESTIONNAIRES DE SANTÉ, EXAMENS MÉDICAUX ET CONFIDENTIALITÉ

Sauf dans les situations visées par le droit à l'oubli (cf. point 3), les compagnies d'assurance, afin d'évaluer l'état de santé du candidat, peuvent poser toutes questions dès lors qu'elles sont compréhensibles, claires et précises. En outre, au-delà d'un certain montant, elles peuvent aussi demander de se soumettre à des examens et à des analyses médicales.

Ce principe comporte des exceptions importantes :

A partir du 1er juin 2022, en matière d'assurances couvrant les prêts immobiliers aucune information relative à l'état de santé ni aucun examen médical de l'assuré ne peut être sollicité lorsque la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit ne dépasse pas 200 000 euros et que l'échéance des contrats d'assurance intervient avant 59 ans révolus.

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

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

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

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

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

DROIT À L'OUBLI ET GRILLE DE RÉFÉRENCE

L'article L1141-5 du Code de la Santé publique prévoit que ne peuvent plus être recueillies les informations médicales relatives aux pathologies cancéreuses et à l'hépatite C datant **de plus de 5 ans à partir de la fin du protocole thérapeutique**. Pour le cancer, la fin du protocole thérapeutique est définie comme la date de la fin du traitement actif, en l'absence de rechute, par chirurgie,

radiothérapie, chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

Les dispositions relatives au droit à l'oubli ne s'appliquent qu'aux contrats d'assurance dont l'échéance intervient **avant 70 ans révolus**.

Les assureurs ne doivent plus poser la question au-delà de ces périodes et ne pas tenir compte des informations éventuellement recueillies. Ces dispositions s'appliquent également aux crédits à la consommation.

Des délais plus courts selon le type de cancer sont prévus sur la base d'une grille de référence élaborée dans le cadre des travaux de la Convention AERAS. Cette grille intègre d'**autres types de pathologies** pour lesquelles les données scientifiques disponibles permettent de proposer/d'obtenir une assurance sans surprimes ou exclusions ou se rapprochant des conditions standard. Cette grille de référence fait l'objet d'un réexamen régulier.

Les dispositions relatives à la grille de référence ne s'appliquent que lorsque la part assurée de l'emprunt ne dépasse pas 420 000 € (hors crédit relais lorsqu'il s'agit d'une résidence principale) et que l'échéance des contrats

d'assurance intervient avant les 70 ans révolus.

La grille de référence opposable et permettant une assurance sans surprimes ni exclusions (partie I de la grille) ou dans des conditions se rapprochant des conditions standard (partie II de la grille) est accessible sur le site de la Convention AERAS :

<https://www.aeras-infos.fr/sites/aeras/accueil/aeras-en-pratique/les-points-cles/le-droit-a-loubli-et-la-grille-d.html>

Cette grille a vocation à évoluer et intégrer de nouvelles pathologies au fur et à mesure des travaux. Ainsi, au 1^{er} janvier 2022, sont listées, par exemple, certains cancers du sein, certains lymphomes hodgkiniens, l'hépatite C, le VIH, la mucoviscidose, etc. mais sous réserve remplir les critères médicaux indiqués au sein de la grille.

Attention, ces pathologies sont à déclarer à l'assureur lors du remplissage du questionnaire de santé sous peine de sanctions.

4

DÉLAIS D'INSTRUCTION DES DEMANDES

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

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

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

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

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

BON A SAVOIR

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

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

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

5

LES RISQUES COUVERTS

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

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

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

Pour cette raison, la Convention AERAS instaure une « garantie inva-

lidité spécifique » plus restrictive dans sa définition que la garantie standard habituelle mais qui permettra à plus de candidats à l'assurance d'obtenir des propositions.

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

Lorsque cette garantie spécifique est proposée, les établissements



de crédit s'engagent à n'exiger aucune autre garantie s'agissant de la couverture du risque santé sauf si l'examen particulier du dossier ne permet pas de disposer d'une garantie raisonnable quant à la capacité de l'emprunteur de s'acquitter des annuités d'emprunt. Les personnes atteintes ou ayant été atteintes d'une pathologie

pour laquelle l'existence d'un risque aggravé de santé a été établi ne peuvent se voir appliquer conjointement, pour un même type de garantie une majoration de tarifs et une exclusion de garantie au titre de cette même pathologie.

6

MÉCANISME D'ÉCRÈTEMENT DES SURPRIMES D'ASSURANCE

Pour faire face aux surprimes d'assurance, souvent dissuasives, un mécanisme d'écrêtement a été mis en place par les professionnels de la banque et de l'assurance. Il a pour objet de diminuer la charge financière des primes en faveur des personnes disposant de revenus modestes. Il s'applique pour les prêts professionnels et les prêts immobiliers liés à l'acquisition

d'une résidence principale lorsque la part assurée de l'encours de prêt ne dépasse pas 320 000 euros et que l'échéance des contrats d'assurance intervient avant 70 ans révolus.

Les conditions de revenus

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

Nombre de parts	Revenus inférieurs à (basé sur le plafond de la Sécurité sociale au 01/01/2022)
1	41 136 € annuels
De 1,25 à 2,5	51 420 € annuels
3 et +	61 704 € annuels

Fonctionnement du mécanisme de l'écrêtement

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

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

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

7

LA DÉLÉGATION D'ASSURANCE OU DÉLIAISON

Habituellement, les établissements bancaires proposent leur propre assurance de groupe. Afin de permettre aux emprunteurs de pouvoir solliciter d'autres assurances, la Convention AERAS puis la Loi Lagarde, en 2010, ont prévu l'obligation pour les banques d'accepter des assurances autres que les assurances de groupe dès lors que les garan-

ties proposées sont équivalentes.

Des taux d'intérêt différenciés ne peuvent être appliqués selon que le candidat à l'assurance souscrit ou pas à l'assurance de groupe.

Dans ce contexte, il peut être utile d'avoir recours à des courtiers spécialisés en risques aggravés.

BON A SAVOIR

Aux termes des articles L113-12, L113-12-2 du Code des assurances et L313-30 du Code de la consommation, les assurés peuvent résilier leur contrat d'assurance à tout moment (dispositions en vigueur à partir du 1^{er} juin 2022).

Le prêteur ne peut pas refuser en garantie un autre contrat d'assurance dès lors que ce contrat présente un niveau de garantie équivalent au contrat d'assurance de groupe qu'il propose.

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

LE RECOURS AUX GARANTIES ALTERNATIVES

Bien que l'assurance emprunteur ne soit pas juridiquement obligatoire en France, son obtention conditionne souvent l'accord du prêt par la banque.

Il est donc toujours possible et à tout moment de présenter des garanties alternatives à l'assurance telles que :

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

Ces garanties alternatives peuvent permettre l'octroi d'un prêt sans le recours à une assurance et donc à d'éventuelles surprimes importantes voire de compléter les garanties d'une assurance partielle. Lorsque ces garanties présentent la même sécurité pour le prêteur et l'emprunteur, les établissements de

crédit s'engagent, aux termes de la Convention AERAS, à les accepter.

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

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

LE RÈGLEMENT DES DYSFONCTIONNEMENTS : LE PROCESSUS DE MÉDIATION

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

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

Commission de médiation AERAS

4, place de Budapest

CS 92459

75436 Paris cedex 09

Pendant la crise sanitaire, il est possible de saisir la commission par voie dématérialisée : <https://www.aeras-infos.fr/cms/sites/aeras/accueil/aeras-en-pratique/qui-contacter/la-commission-de-mediation.html>

LE DISPOSITIF DE SUIVI D'APPLICATION DE LA CONVENTION AERAS

La commission de suivi et de propositions

Une commission de suivi et de propositions veille à la bonne application de la Convention et formule des recommandations. Elle est chargée de vérifier l'effectivité de la convention. Elle débat de toute mesure susceptible d'améliorer le dispositif conventionnel et rend un rapport tous les deux ans.

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

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

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

La commission des études et recherches

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

Est rattaché à cette commission un groupe de travail ayant plus spécifiquement pour mission d'améliorer la rapidité de prise en compte par les assureurs, des avancées thérapeutiques pour les personnes dont l'état de santé est consolidé et stabilisé ou en voie de l'être dans la tarification des risques. La Convention prévoit que les assureurs doivent tenir compte des conclusions produites par cette commission après validation par la commission de suivi.

Le groupe de travail « Droit à l'oubli »

Ce groupe est chargé de la mise en œuvre du « Droit à l'oubli » et de l'évolution de la grille de référence AERAS, au fur et à mesure de la publication des données scientifiques attestant des progrès thérapeutiques et jugées de nature à changer l'ap-

POINT DE VUE

Signataires de la Convention AERAS et donc engagées résolument dans ce processus conventionnel, les associations signataires n'ont eu de cesse de rappeler que l'intérêt de cette convention devrait être mesuré à l'aune de sa mise en œuvre et de son effectivité.

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

Pour autant, et les multiples sollicitations reçues par Santé Info Droits en témoignent, l'impossibilité d'accès à l'assu-

préciation des risques attachés aux pathologies considérées. Ces mises à jour sont soumises, pour approbation, à la Commission de suivi et de propositions.

rance et à l'emprunt reste encore une réalité pour de nombreuses personnes tout comme les exclusions de garanties et l'application de surprimes élevées. D'importants combats restent donc à mener.

Dans ce contexte la disparition partielle des questionnaires de santé est assurément une bonne nouvelle pour les personnes concernées. Il va cependant être crucial d'examiner les conséquences de cette mesure sur la nature des garanties proposées par les assureurs dans ce nouveau cadre.

Nous entendons continuer à rester d'une grande vigilance sur ce point et maintenir notre implication forte afin d'optimiser la mise en œuvre pratique de cette convention et en améliorer son contenu, en particulier par l'intégration rapide d'un plus grand nombre de pathologies.

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

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- La Convention AERAS
- Articles L1141-1 à L1141-5 du Code de la Santé publique
- Articles L113-2, L113-2-1 et L113-2-2 du Code des assurances
- Article L313-30 du Code de la consommation

EN SAVOIR PLUS

Santé Info Droits 01 53 62 40 30

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

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h

Mardi, jeudi : 14h-20h



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

ÉVALUEZ NOTRE DOCUMENTATION !

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

<https://www.france-assos-sante.org/documentation/evaluer-la-qualite-de-linformation/>

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