

N° 151

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2006-2007

Annexe au procès-verbal de la séance du 11 janvier 2007

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, APRÈS DÉCLARATION D'URGENCE, relatif à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé,

Par Mme Marie-Thérèse HERMANGE,
Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, président ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gérard Dériot, Jean-Pierre Godefroy, Mmes Claire-Lise Campion, Valérie Létard, MM. Roland Muzeau, Bernard Seillier, vice-présidents ; MM. François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Anne-Marie Payet, Gisèle Printz, secrétaires ; Mme Jacqueline Alquier, MM. Jean-Paul Amoudry, Gilbert Barbier, Daniel Bernardet, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mmes Isabelle Debré, Christiane Demontès, Sylvie Desmarescaux, M. Claude Domeizel, Mme Bernadette Dupont, MM. Michel Esneu, Jean-Claude Etienne, Guy Fischer, Jacques Gillot, Francis Giraud, Mmes Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, Annie Jarraud-Vergnolle, Christiane Kammermann, MM. Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Mme Raymonde Le Texier, MM. Roger Madec, Jean-Pierre Michel, Alain Milon, Georges Mouly, Mmes Catherine Procaccia, Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, Patricia Schillinger, Esther Sittler, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Alain Vasselle, François Vendasi, André Vézinhét.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (12^{ème} législ.) : 3457, 3492 et T.A. 628

Sénat : 108 (2006-2007)

Crédit.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	5
I. UNE MÉTHODE CONVENTIONNELLE QUI A FAIT SES PREUVES	7
A. LA PRISE EN COMPTE D'UN PUBLIC NOMBREUX	7
1. <i>A l'origine, un public spécifique</i>	7
2. <i>La notion de risque aggravé de santé</i>	7
B. LA RECHERCHE D'UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ À L'EMPRUNT	9
1. <i>Faciliter l'accès au crédit</i>	9
2. <i>Un bilan encore mitigé</i>	9
C. DES INSUFFISANCES DANS L'APPLICATION DES RÈGLES CONVENTIONNELLES	10
1. <i>Un consensus sur les dysfonctionnements</i>	10
2. <i>Une évaluation difficile</i>	12
II. UNE NOUVELLE ÉTAPE FONDÉE SUR LA CONFIANCE	14
A. LES AVANCÉES DE LA CONVENTION AERAS	14
1. <i>Améliorer la convention Belorgey</i>	14
2. <i>Repousser les frontières de l'assurabilité</i>	15
B. LES CONDITIONS DE LA RÉUSSITE	16
1. <i>La consécration législative des principes conventionnels</i>	16
2. <i>Un contrôle parlementaire vigilant de l'application de la convention</i>	17
EXAMEN DES ARTICLES	19
• <i>Article premier (art. L. 1141-2 du code de la santé publique) Nature, signataires et objet de la convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé</i>	19
• <i>Article 2 (art. L. 1141-2-1 du code de la santé publique) Rubriques obligatoires de la convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé</i>	21
• <i>Article 3 (art. L. 1141-3 du code de la santé publique) Pérennité du dispositif conventionnel d'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé</i>	22
• <i>Article 4 (art. L. 1141-4 du code de la santé publique) Evaluation 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</i>	24
• <i>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</i>	25

- *Article 6 (nouveau) (art. L. 1111-7 du code de la santé publique)* **Accès des assurés aux éléments médicaux des questionnaires de santé des compagnies d'assurance** 26

- TRAVAUX DE LA COMMISSION** 27

- ANNEXE 1 - TABLEAU COMPARATIF ENTRE LA CONVENTION BELORGEY ET LA CONVENTION AERAS** 31

- ANNEXE 2 - LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES** 35

- TABLEAU COMPARATIF** 37

Mesdames, Messieurs,

Ce projet de loi a une ambition : améliorer l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé. Il consacre dans la loi les principes de la convention conclue entre l'Etat, les assureurs, les banquiers et les associations représentant les personnes malades et handicapées le 6 juillet 2006.

La signature de cette convention dite Aeras « s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé », a été permise grâce à l'impulsion donnée par le Président de la République qui, à l'occasion d'un discours sur la lutte contre le cancer le 27 avril dernier, avait indiqué « *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 pour trouver les solutions aux dossiers litigieux et rendre plus supportable le montant des surprimes qui sont liées à l'état de santé. 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.* »

Ce discours a conduit les partenaires concernés à se remettre autour d'une table. Les négociations ont été menées en mai et juin et la nouvelle convention a été signée le 6 juillet. Elle se substitue à la convention dite Belorgey du 19 septembre 2001.

Si le sujet couvert par ces dispositions comporte à l'évidence un aspect technique important, il n'en a pas moins avant tout une dimension humaine. L'évaluation des risques par les professionnels de l'assurance est en effet une matière complexe mais elle s'applique à des personnes qui croient en

la vie, qui ont des projets professionnels ou des projets immobiliers, qu'il faut pouvoir encourager et surtout ne pas décevoir.

C'est pourquoi la réussite du pari de la confiance fait par les associations parties prenantes à la convention nécessite une mise en œuvre rapide, et sous tous ses aspects, des nouvelles règles que ce projet de loi propose d'inscrire dans le code de la santé publique. Cette exigence fera l'objet d'un contrôle vigilant de la commission des affaires sociales.

I. UNE MÉTHODE CONVENTIONNELLE QUI A FAIT SES PREUVES

A. LA PRISE EN COMPTE D'UN PUBLIC NOMBREUX

La question de la difficulté d'accès à l'emprunt des personnes malades s'est posée de façon particulièrement manifeste avec l'apparition puis l'accroissement du nombre des personnes atteintes par le VIH. Les premières solutions recherchées ont donc concerné cette catégorie de malades. Mais il est aussi rapidement devenu évident que la difficulté n'était pas propre à cette pathologie et la méthode employée d'un traitement par la négociation d'une convention a donc été progressivement étendue.

1. A l'origine, un public spécifique

Une première convention relative à l'assurabilité des personnes séropositives et aux règles de confidentialité du traitement des informations médicales par l'assurance, spécifique aux personnes atteintes par le VIH, a été conclue le 3 septembre 1991 entre l'Etat et les professionnels de l'assurance. Elle concernait un public relativement restreint et n'a effectivement été utilisée que pour un petit nombre de dossiers, une cinquantaine environ.

La prise de conscience de la nécessité de faire évoluer la situation pour d'autres catégories de personnes malades et la constatation de l'importance de mettre en place des procédures adaptées a justifié que cette même démarche conventionnelle soit retenue pour élargir le champ des bénéficiaires du dispositif. Cela a abouti à la signature, le 19 septembre 2001, d'une convention visant à améliorer l'accès à l'emprunt et à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé, dite **convention Belorgey**.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a donné une base légale à cette convention en l'introduisant dans le code de la santé publique. 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 ajouté au champ de la convention précédemment défini, c'est-à-dire aux personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé, celles qui le sont du fait d'un handicap.

2. La notion de risque aggravé de santé

La notion de « risque aggravé de santé » est une notion relativement floue qui recouvre des situations très diverses. Le Gouvernement estime que le public concerné par un tel risque pourrait se chiffrer à dix ou douze millions de personnes. Ce calcul est assez simpliste car il consiste simplement à rapprocher les sept à huit millions de patients en affection de longue durée

(ALD) aux cinq millions de personnes handicapées. Mais il montre bien l'importance du nombre des personnes potentiellement concernées.

Pour être plus réaliste, notamment en ce qui concerne les ALD, il paraîtrait plus sérieux de ne retenir que les patients en ALD âgés de vingt à soixante ans, seuls réellement susceptibles d'avoir des besoins de crédit, soit 2,5 millions de personnes. Mais cette approche ne prend pas en considération certaines pathologies ou facteurs de risques susceptibles de rendre tout aussi difficile l'obtention d'une assurance, comme l'obésité, ni les personnes qui sont sorties de l'ALD mais peuvent avoir des difficultés d'emprunt à cause de leur passé médical, au titre notamment d'un cancer.

Estimation de la population à risque aggravé à partir des personnes bénéficiant du régime des affections de longue durée (ALD)

- D'après le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 7,5 millions de personnes sont en ALD en France.
- 60 % de ces personnes ont plus de soixante ans.
- 4,8 % ont moins de vingt ans.
- 35,2 %, soit 2,64 millions de personnes, ont entre vingt et soixante ans.

Eléments de discussion

- Les affections de longue durée semblent constituer la meilleure approximation possible de la population « à risque aggravé de santé » du point de vue de l'accès à l'assurance. Néanmoins, cette approche ne prend pas en compte d'une part les personnes qui ne demandent pas à bénéficier du régime de l'ALD, d'autre part certaines pathologies ou facteurs de risque qui, sans relever du régime de l'ALD, sont susceptibles de rendre difficile l'obtention d'une assurance (exemples : obésité, « mal de dos », etc.) et, enfin, les personnes qui sont sorties de l'ALD mais qui peuvent avoir des difficultés d'emprunt à cause de leur passé médical (pour mémoire, l'ALD cancer dure dix ans).

- En l'absence de données du régime général sur les « stocks » (c'est-à-dire l'ensemble des personnes en ALD), il est difficile de répartir les 2,6 millions de personnes de vingt à soixante ans sous ALD par pathologies.

- Si on considère les flux d'entrée en ALD, les principales pathologies sont : le cancer (24,4 %), le diabète (14,8 %), les psychoses (14,6 %), l'hypertension artérielle (11,6 %), l'insuffisance cardiaque grave (7,5 %), les artériopathies chroniques (5,1 %), les AVC (3,6 %). Le VIH représente 0,7 % des entrées en ALD.

Si on examine les données de la MSA et de la Canam (qui ne peuvent constituer qu'une approximation de celles du régime général compte tenu des caractéristiques différentes des publics concernés), les principales pathologies sont les maladies cardiaques (environ 20 %), suivies du cancer (15 % à 17 %), de l'hypertension artérielle sévère (environ 12 % à 15 %), du diabète (13 % à 15 %). Les psychoses représentent entre 7 % et 12 % des personnes sous ALD pour ces deux régimes et le VIH entre 0,1 % et 0,5 %.

Source : Rapport du Gouvernement au Parlement sur la mise en œuvre de la convention du 19 septembre 2001.

L'incertitude qui entoure la notion de « risque aggravé de santé » explique donc en grande partie pourquoi on ne dispose actuellement d'aucune statistique précise tant sur le public que sur les pathologies concernées.

B. LA RECHERCHE D'UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ À L'EMPRUNT

La convention Belorgey a incontestablement eu le mérite d'ouvrir l'assurance emprunteurs à des publics jusque là très largement ignorés des banquiers et des assureurs et de faciliter l'accès aux prêts en dépit de risques de santé.

1. Faciliter l'accès au crédit

Les choix des signataires de la convention de 1991 ont reposé sur quelques principes :

- éviter un traitement différencié des dossiers des personnes à risque de santé aggravé, c'est-à-dire maintenir les procédures habituelles des établissements de crédit mais assurer un traitement individualisé des dossiers ;
- assurer une véritable confidentialité des données médicales ;
- créer un dispositif spécifique et structuré avec trois niveaux d'assurance, pour les prêts au logement et les prêts professionnels ;
- mettre en place des formules innovantes pour certains prêts affectés à la consommation, en les dispensant notamment de questionnaire médical ;
- permettre la recherche de garanties alternatives ;
- instituer des lieux de débat et de dialogue à travers une commission de suivi et de propositions assistée d'une section de médiation.

2. Un bilan encore mitigé

Peu de chiffres précis sont disponibles sur le fonctionnement de la convention de 2001. Les seuls qui soient cités proviennent de la fédération française des sociétés d'assurance et concernent les prêts immobiliers.

Selon celle-ci, en 2004, sur les 2,3 millions de demandes d'assurance emprunteur immobilier, 35.000 dossiers ont été refusés dans le cadre du contrat groupe souscrit par la banque et ont été examinés au deuxième niveau. 26.250 d'entre eux, soit 75 %, ont reçu une proposition d'assurance. Parmi les dossiers refusés, 1.500 ont ensuite fait l'objet d'un nouvel examen individualisé au troisième niveau. Au total, ces dispositions ont permis **de ramener de 2 % à 0,3 % le taux de refus** de l'ensemble des demandes d'assurance pour un prêt immobilier.

En réalité, ce chiffre est ambigu car il se rapporte aux demandes effectuées par l'ensemble de la population française. Il serait donc plus conforme à l'esprit de la convention de retenir un chiffre de **24 % de refus** (calcul effectué sur la base des données précédentes) afin de mieux refléter les difficultés rencontrées par les personnes présentant des risques de santé aggravés.

Il est d'ailleurs conforté par une étude statistique de la Drees réalisée en 2004 : parmi les patients pris en charge à 100 % pour primo-diagnostic de pathologie cancéreuse et vivant deux ans plus tard à leur domicile, près de 12 % ont effectué une demande d'emprunt et 26 % des demandeurs ont essuyé un rejet.

C. DES INSUFFISANCES DANS L'APPLICATION DES RÈGLES CONVENTIONNELLES

Le fonctionnement de la convention Belorgey a fait apparaître plusieurs dysfonctionnements, dont la plupart des partenaires sont d'ailleurs convenus à l'occasion des négociations ayant abouti à la nouvelle convention Aeras. Elle a surtout pâti d'une évaluation très insuffisante.

1. Un consensus sur les dysfonctionnements

Une enquête menée par la Ligue contre le cancer ainsi que le rapport d'évaluation récemment transmis au Parlement faisant un bilan de la convention Belorgey montrent que la mise en œuvre de ce dispositif révèle encore **de grandes insuffisances**, sur trois points en particulier :

- **la méconnaissance de la convention.**

Tant les candidats à l'emprunt que les personnels des banques et établissements de crédit sont peu nombreux à connaître la convention. En outre, lorsque son existence est connue, le dispositif est peu ou mal appliqué.

Cette situation a pour conséquence que de nombreux projets ne peuvent aboutir ou butent sur des problèmes pratiques comme les délais, le dossier d'assurance nécessaire pour conclure une opération d'emprunt ne pouvant être finalisé dans les délais requis. Ce type de difficulté résulte essentiellement d'un manque d'anticipation par les personnes concernées lié, évidemment, à leur méconnaissance de la convention.

De même, les professionnels concernés ont rarement le réflexe de bâtir des solutions adaptées aux personnes à risque de santé aggravé et, en particulier, de rechercher des garanties alternatives.

- **le retard dans la prise en compte des progrès scientifiques et des avancées dans le traitement des différentes pathologies.**

Plusieurs associations citent, à titre d'exemple, le cas d'assureurs qui refusent encore d'assurer des personnes atteintes du VIH, sur la base d'une grille établie au début des années quatre-vingt-dix, alors que le nombre de décès dus à ce virus a baissé de plus de 90 % depuis cette date. D'une façon plus générale d'ailleurs, les auditions effectuées par votre rapporteur ont montré que les professionnels de la banque et de l'assurance utilisent régulièrement ce motif de l'absence de travaux scientifiques ou de référentiels médicaux pour ne pas avancer aussi vite que souhaitable dans la mise en œuvre de leurs engagements.

Cette difficulté est en fait directement liée au travail très nettement insuffisant de la section scientifique mise en place par la convention de 2001. Présidée par un médecin conseil des assurances, elle s'est peu réunie et n'a pas, comme elle aurait dû le faire, contribué à valoriser les progrès enregistrés dans le traitement des pathologies. Le rapport d'évaluation rendu au mois de décembre 2006 invoque un manque de moyens.

Votre commission en prend acte mais elle estime extrêmement regrettable que l'on n'ait pu remédier à cette difficulté au cours des cinq années de mise en œuvre de la convention Belorgey.

- **la couverture du risque invalidité**

Plus difficile à garantir et plus complexe à évaluer que le risque décès, la couverture du risque invalidité est actuellement très inégalement traitée par les assureurs. Certains établissements de crédit exigent même cette garantie invalidité, ce qui n'était pas prévu dans la convention de 2001 et créé un nouvel obstacle pour nombre de candidats à l'emprunt. Or, il paraît difficilement admissible que les règles conventionnelles puissent être contournées d'une telle manière.

Enquête sur l'accès aux prêts bancaires et à l'assurance emprunteur

réalisée par la Ligue contre le cancer du 15 février au 15 avril 2005

Objectif et méthodologie de l'enquête

Près de quatre ans après la signature de la « convention Belorgey », la direction générale de la santé du ministère de la santé a souhaité mieux connaître le parcours des personnes présentant un risque de santé aggravé et candidates à l'emprunt bancaire.

A cet effet, la Ligue contre le cancer a été chargée de coordonner une enquête auprès des diverses populations représentées par les membres du CISS.

La méthodologie retenue a été la diffusion d'un questionnaire anonyme. L'ensemble des partenaires associatifs membres du CISS a été mobilisé pour que ce questionnaire bénéficie d'une large diffusion. Au total, 184 questionnaires ont été exploités statistiquement et de manière qualitative.

Conclusions

Après quatre ans d'application de la convention, le bilan provisoire effectué lors de l'enquête coordonnée par la Ligue contre le cancer montre que le dispositif présente de **graves insuffisances**, en particulier :

- le dispositif est peu connu des candidats à l'emprunt comme des professionnels des banques et des autres établissements de crédit ;
- il est peu ou mal appliqué quand il est connu ;
- l'accueil réservé par les banques aux demandeurs entraîne un sentiment de culpabilité et de frustration ;
- l'opacité des décisions prises par les compagnies d'assurance engendre des sentiments d'arbitraire et d'injustice.

Par ailleurs, l'enquête fait ressortir une problématique particulièrement aiguë en ce qui concerne les prêts à la consommation : les trois seuils d'exigibilité pour les prêts à la consommation, inchangés depuis 2001, excluraient aujourd'hui d'office quatre demandeurs sur cinq.

Cette observation vaut aussi pour les prêts immobiliers et les prêts professionnels, un demandeur sur deux ne pouvant prétendre au réexamen de sa situation au troisième niveau prévu par la convention.

Par ailleurs, l'accès au prêt est encore plus aléatoire pour les demandeurs qui vivent seuls.

Enfin, l'enquête fait clairement apparaître **le rôle majeur de l'information** et de l'accompagnement des candidats à l'emprunt, le plus en amont possible, en particulier pour les prêts immobiliers en raison des montants et des durées de remboursement en jeu. L'enjeu est, en effet, de permettre aux personnes concernées de mieux anticiper les délais de traitement de leur dossier, d'ajuster les contours de leur prêt et, le cas échéant, de mobiliser d'autres assurances ou des garanties alternatives.

2. Une évaluation difficile

L'une des principales difficultés rencontrées par la convention Belorgey a été **l'insuffisance de son évaluation**. Entre la profonde méconnaissance de la convention par la majorité des personnes concernées et l'application relativement opaque par les assureurs et les banquiers, peu d'éléments sont disponibles pour apprécier sa mise en œuvre effective.

Cela est évidemment très regrettable et ne peut que contribuer à engendrer des frustrations. Les associations auditionnées par votre rapporteur s'en sont d'ailleurs largement fait l'écho.

En effet, s'il ne peut y avoir de droit à l'assurance, comme d'ailleurs il ne peut y avoir de droit au crédit, on ne peut tolérer que des personnes qui ont réussi, malgré la maladie ou le handicap, à s'insérer dans la société et ont décidé d'emprunter pour mener à bien un projet de vie se voient opposer un refus non motivé, en ayant de surcroît le sentiment que toutes les solutions adaptées n'ont pas vraiment été examinées.

Pour autant, et malgré ces dysfonctionnements, la plupart des partenaires sont convenus du fait que la convention Belorgey a permis d'instaurer une réelle volonté de rechercher des solutions efficaces. Elle a en particulier renouvelé la vision des uns et des autres et mobilisé les assureurs et banquiers qui ont dû revoir leurs procédures, notamment pour examiner de façon individualisée les dossiers.

II. UNE NOUVELLE ÉTAPE FONDÉE SUR LA CONFIANCE

Si les associations de personnes malades et handicapées regrettent que les choses ne soient pas allées plus vite, elles ont tout de même décidé de poursuivre dans la voie conventionnelle et de faire le **pari de la confiance**.

Les assureurs et les banquiers, de leur côté, ont également pris toute la mesure de leur responsabilité sociale sur un tel dossier. Cette double attitude a permis que de nouvelles négociations soient engagées. Elles ont abouti à la signature d'une convention, la **convention Aeras**, le 6 juillet dernier, entrée en vigueur six mois plus tard, soit le 6 janvier 2007.

A. LES AVANCÉES DE LA CONVENTION AERAS

Cette convention a deux objectifs principaux : remédier aux insuffisances de la convention Belorgey et innover dans un certain nombre de domaines.

1. Améliorer la convention Belorgey

Les améliorations de la convention de 2001 se font dans six directions :

- **renforcer l'information** afin de mieux faire connaître la convention tant auprès du public concerné que des professionnels. Dans ce but, de nombreux engagements ont été pris sur la diffusion d'affiches et de plaquettes, la mise au point de sites internet et de lignes téléphoniques dédiées, la formation des personnels et même, ce qui paraît très important à votre commission, sur un développement de l'information en amont par une mobilisation des caisses d'assurance maladie et des réseaux de soins. En outre, des référents doivent être désignés dans les établissements de crédit, auxquels les candidats emprunteurs auront un accès direct ;

- **mieux respecter la confidentialité** des données médicales, notamment dans les procédures suivies par les établissements bancaires ;

- **réduire les délais** de traitement des demandes d'emprunt et permettre **l'instruction en amont** des demandes d'assurance. Désormais, la durée globale de traitement des dossiers de demande de prêts immobiliers par les établissements de crédit et les assureurs ne pourra excéder cinq semaines à compter de la réception d'un dossier complet ;

- **développer les garanties alternatives**, en particulier la délégation d'assurance en lieu et place de l'assurance de groupe ;

- **mettre en place un mécanisme pérenne d'évaluation** de la convention Aeras : des enquêtes spécifiques et objectives seront menées pour mieux évaluer le nombre des personnes accédant aux deuxième et troisième niveaux de la convention, en distinguant les pathologies couvertes ou encore en analysant le montant des surprimes imposées par les assureurs ;

- **renforcer la connaissance des pathologies pour améliorer l'évaluation des risques par les assureurs.** Cela permettra de garantir aux malades que les progrès médicaux seront désormais pris en compte. A cet effet, une commission des études et des recherches disposant de moyens propres, capable d'obtenir l'appui d'équipes de recherche ainsi que l'accès à l'ensemble des données scientifiques pertinentes, sera mise en place. La convention stipule expressément que les assureurs prendront en compte les conclusions des études qu'elle produira.

Votre commission estime particulièrement indispensable que cette commission des études et recherches soit rapidement mise en place et dotée de moyens d'action. Son président devra être une personnalité reconnue et indépendante, aux compétences polyvalentes, qui puisse faire avancer les dossiers, en lien avec les organismes de recherche, le corps médical, les associations de malades et en s'appuyant sur les travaux déjà menés par les professionnels de la réassurance au niveau international.

2. Repousser les frontières de l'assurabilité

Par rapport à la convention Belorgey, les innovations de la convention Aeras interviennent dans cinq domaines :

- **l'intégration du risque invalidité dans le champ de la convention**, ce qui était une demande prioritaire des associations. Lorsque l'assurance invalidité s'avèrera nécessaire à l'aboutissement d'une demande de prêt, les assureurs se sont engagés à proposer une assurance couvrant au minimum le risque de perte totale et irréversible d'autonomie ainsi qu'une couverture additionnelle d'invalidité dans des cas déterminés par contrat. L'objectif est de couvrir les personnes relevant de la troisième catégorie d'invalidité au sens de la sécurité sociale ainsi qu'environ un tiers des personnes relevant de la deuxième catégorie ;

- **le relèvement des seuils en termes d'âge et de montant des prêts contractés.** Pour les emprunts immobiliers et professionnels, la durée des prêts est déplafonnée dès lors que l'âge ne dépasse pas soixante-dix ans et le montant de l'encours est porté de 250.000 à 300.000 euros. Pour les crédits à la consommation exonérés de questionnaires de santé, l'âge est porté de quarante-cinq à cinquante ans et l'encours passe de 10.000 à 15.000 euros ;

- **la création d'un mécanisme de mutualisation** pour instaurer une solidarité en direction des personnes à revenu modeste. Il s'agit, à l'initiative des assureurs et des établissements de crédit, de mutualiser les primes d'assurance afin de permettre un écrêtement des primes en faveur des

personnes disposant de revenus modestes. Ce dispositif est réservé, sous condition de ressources des emprunteurs, aux prêts immobiliers liés à l'acquisition d'une résidence principale et aux prêts professionnels ;

- **la fixation à quatre mois de la durée de validité d'une proposition d'assurance** afin, notamment, de permettre une anticipation du règlement de la question de l'assurance par les personnes susceptibles de déposer des demandes de prêt ;

- **la motivation des refus d'assurance.** Les établissements de crédit devront motiver les refus de prêt ayant pour origine un problème d'assurabilité. Les assureurs se sont engagés à informer par courrier le candidat à l'emprunt de façon claire et explicite des décisions de refus d'assurance, d'ajournement, d'exclusion de garantie ou de surprime. Sur ce courrier, les coordonnées du médecin de l'assureur seront précisées afin de permettre, soit de façon directe, soit par l'intermédiaire d'un médecin, de prendre connaissance des raisons médicales à l'origine des décisions de l'assureur. L'existence et les coordonnées de la commission de médiation seront également mentionnées.

Pour votre commission, l'ensemble de ces dispositions constitue indéniablement de réelles améliorations qui justifient amplement que les partenaires concernés aient décidé de croire à ce nouveau dispositif conventionnel.

B. LES CONDITIONS DE LA RÉUSSITE

La responsabilité du législateur est de faire en sorte que le pari de la confiance fait par les différentes associations représentant les personnes malades et handicapées parties prenantes à la convention devienne celui de la réussite.

Or, ce choix de la réussite passe d'une part, par **l'adoption du cadre législatif** proposé par le projet de loi, d'autre part, par **un suivi très attentif du fonctionnement de la convention.**

1. La consécration législative des principes conventionnels

Le présent projet de loi a pour objet d'inscrire les grands principes de la convention Aeras dans le code de la santé publique.

L'article premier définit l'objet de la convention et ses parties prenantes. L'article 2 fixe la liste des rubriques obligatoires de la convention. L'article 3 assure la publicité de la convention et garantit la pérennité du dispositif conventionnel ; en particulier, si la convention n'était pas prorogée ou renouvelée, un décret en Conseil d'Etat pourrait édicter les règles applicables, de façon à éviter tout vide juridique. L'article 4 prévoit les modalités d'évaluation de la convention par le dépôt d'un rapport dans les six

mois précédant son renouvellement. L'article 5 rend le texte de loi applicable à la convention déjà signée et prévoit un rapport intermédiaire d'évaluation au 1^{er} juillet 2008.

L'Assemblée nationale a très peu modifié ce dispositif. Outre des aménagements de portée essentiellement rédactionnelle, elle a précisé qu'en cas de vide conventionnel, l'intervention du pouvoir réglementaire devait se faire dans les six mois, ce qui constitue un ajout tout à fait opportun. Elle a également rétabli, dans le code de la santé publique, l'avis préalable de la Cnil sur les dispositions de la convention relatives aux données à caractère personnel de nature médicale.

Votre commission ne proposera pas de modification de ce texte. En effet, il apporte la sécurité juridique nécessaire pour, à la fois, pérenniser les avancées obtenues dans le cadre de la nouvelle convention et garantir l'existence d'un dispositif en cas de dénonciation ou de non-renouvellement de la convention.

Certaines associations auraient souhaité que les principes inscrits dans le code de la santé publique le soient également dans le code de la consommation et dans le code des assurances. Cette préoccupation est naturellement compréhensible mais elle entraînerait une forme de redondance législative qui n'apparaît pas souhaitable. De même, il n'est pas certain que de tels ajouts législatifs aient une réelle efficacité pour faire évoluer les pratiques des assureurs et des banquiers. En effet, la question essentielle est avant tout celle de l'application et de la mise en œuvre rapide et, sous tous ses aspects, de la nouvelle convention.

2. Un contrôle parlementaire vigilant de l'application de la convention

Ayant fait le choix d'une adoption rapide et définitive du projet de loi, votre commission n'en estime pas moins indispensable de maintenir son attention sur le sujet.

Elle a donc décidé de **s'engager activement dans le suivi de l'application de la convention**. Cela signifie notamment qu'elle souhaite maintenir une forme de pression sur les divers acteurs concernés, de façon à permettre une application exhaustive et satisfaisante des nouvelles règles le plus rapidement possible.

Aussi, par la voix de son rapporteur, elle se tiendra informée de l'état d'avancement du dossier à chaque fois que cela pourra être utile et décidera des moyens de faire entendre ses observations : audition, éventuellement ouverte au public, devant la commission, communiqué de presse, dépôt d'une question orale avec débat, élaboration d'un rapport d'information, etc.

Pour la mise en œuvre de ce contrôle, elle a d'ores et déjà retenu trois échéances :

- avant la fin du mois de mars 2007, elle vérifiera la mise en place de l'ensemble des structures prévues par la convention (commission de suivi, commission des études et de la recherche, commission de médiation), ainsi que l'aboutissement des négociations sur la prise en compte du risque invalidité ;

- avant la fin de l'année 2007, elle fera le point avec les associations de malades et de personnes handicapées, les banques et les assurances sur la mise en place et le fonctionnement de l'ensemble des nouvelles procédures ;

- avant le 1^{er} juillet 2008, date à laquelle une première évaluation doit être transmise au Parlement, elle effectuera un nouveau tour d'horizon avec l'ensemble des acteurs concernés pour déterminer, notamment, si des mesures législatives plus contraignantes doivent être imposées.

Le rôle du Parlement est de faire en sorte que la nouvelle convention soit réellement effective et remplisse pleinement ses objectifs. Le législateur, qui a compris l'ampleur de l'attente et l'urgence de la demande, ne doit décevoir ni les associations, ni toutes les personnes qui peinent à accéder au crédit du fait d'un risque aggravé de santé.

EXAMEN DES ARTICLES

Article premier

(art. L. 1141-2 du code de la santé publique)

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

Objet : Cet article fixe la nature et l'objet de la convention ainsi que la liste des parties signataires.

I - Le dispositif proposé

Le présent article propose une nouvelle rédaction de l'article L. 1141-2 du code de la santé publique, résultant de l'article 98 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Celui-ci avait pour objet, à la demande des associations de malades, de conférer une base légale à la convention Belorgey du 19 septembre 2001 et posait donc le principe d'une convention déterminant les modalités particulières d'accès à l'assurance des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé.

Il prévoyait en outre 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.

L'article 91 de 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 élargi le champ de cet article en ajoutant aux personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé celles qui le sont du fait d'un handicap.

La réécriture de l'article L. 1141-2, proposée par cet article, a pour objet d'inscrire de façon plus précise dans le code de la santé publique la nature de la convention, les parties signataires et l'objet qu'elle poursuit.

• Nature de la convention

La convention, qui devient « nationale », est relative à l'accès au crédit - et non plus à l'assurance - des personnes présentant, du fait de leur état

de santé ou de leur handicap, un risque aggravé. Cette évolution terminologique n'a en réalité qu'une faible portée tant les questions d'accès au crédit et d'assurance sont étroitement liées.

• **Parties signataires**

La convention est conclue entre trois catégories de signataires :

- l'Etat, représenté par les ministres chargés de l'économie et de la santé,

- les organisations professionnelles représentant les établissements de crédit, les entreprises d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance,

- des organisations nationales représentant les malades et les usagers du système de santé agréées en vertu de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique¹ ou représentant les personnes handicapées.

• **Objet de la convention**

La convention a un triple objet :

- faciliter l'assurance des prêts demandés par les personnes présentant un risque aggravé ;

- permettre la prise en compte complète par les établissements de crédit des garanties alternatives à l'assurance ;

- définir des modalités particulières d'information des demandeurs, d'instruction de leur dossier et de médiation.

Enfin, il est précisé que toute personne présentant, du fait de son état de santé ou de son handicap, un risque aggravé peut se prévaloir de la convention.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre l'adoption d'un amendement rédactionnel, l'Assemblée nationale a modifié le dernier alinéa de l'article afin de rendre plus explicite le caractère automatique de l'application de la convention.

III - La position de votre commission

Votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

¹ La procédure d'agrément des associations de malades et d'usagers du système de santé a été introduite par l'article 20 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Article 2

(art. L. 1141-2-1 du code de la santé publique)

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

Objet : Cet article insère un nouvel article dans le code de la santé publique afin d'énumérer la liste des rubriques que la convention nationale doit impérativement inclure. Cette liste reprend les thèmes contenus dans la convention signée le 6 juillet 2006.

I - Le dispositif proposé

Le présent article insère un nouvel article dans le code de la santé publique, l'article L. 1141-2-1, afin de définir la liste des rubriques que la convention doit contenir. Cette liste, qui n'est pas exhaustive, recouvre dix matières qui reprennent les thèmes traités par la convention signée le 6 juillet 2006, à savoir :

- les conditions d'âge des emprunteurs, l'objet, le montant et la durée des projets ;

- les modalités d'information des demandeurs d'emprunt sur les dispositions relatives à l'accès au crédit et à l'assurance ;

- les conditions dans lesquelles un demandeur d'emprunt peut se prévaloir, pendant un délai déterminé, d'une offre d'assurance ;

- la couverture des risques décès et invalidité ;

- les garanties de confidentialité des données à caractère personnel et de nature médicale ;

- un mécanisme de mutualisation des surprimes d'assurance : mis en œuvre par les entreprises d'assurance, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les établissements de crédit, il doit permettre, pour les emprunteurs à revenus modestes, 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 ;

- 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, afin de fournir les éléments statistiques nécessaires à la tarification du risque ;

- la procédure d'instruction des demandes d'emprunt et les modalités selon lesquelles la personne est informée des motifs des refus d'assurance ;

- un dispositif de médiation entre, d'un côté, les personnes présentant un risque aggravé de santé et, de l'autre, les organismes d'assurance et les établissements de crédit ;

- 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 des engagements de la convention.

Cette liste est l'un des apports essentiels du projet de loi. En effet, elle détermine de façon précise les sujets devant impérativement être traités par la convention et les procédures et structures devant être mises en place. Elle permet donc de sécuriser juridiquement l'ensemble des avancées de la convention Aeras.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a précisé que l'instance chargée d'évaluer régulièrement la réalisation des objectifs et engagements de la convention est non seulement un organisme de suivi mais également « de propositions ».

III - La position de votre commission

Votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 3

(art. L. 1141-3 du code de la santé publique)

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

Objet : Cet article, d'une part, fixe la durée de la convention et les modalités de sa publication, d'autre part, habilite le pouvoir réglementaire à intervenir pour assurer le fonctionnement et la pérennité de la convention.

I - Le dispositif proposé

Cet article propose une nouvelle rédaction de l'article L. 1141-3 du code de la santé publique. Celui-ci, introduit par l'article 98 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, avait un double objet : définir la liste des signataires de la convention et instaurer un comité de suivi chargé de veiller à l'application du dispositif conventionnel.

La mesure proposée remplace cet article par quatre nouvelles dispositions :

- la durée de la convention est fixée à trois ans ;
- la convention et ses avenants doivent être publiés au Journal officiel ;

- au cas où la convention ne serait pas signée par l'une des organisations professionnelles mentionnées à l'article L. 1141-2 (organisations représentant les établissements de crédit, les entreprises d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance), un décret pourra, 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 seront fixées par décret en Conseil d'Etat.

Ces deux derniers alinéas constituent un mécanisme de sauvegarde et de garantie de la pérennité du dispositif conventionnel. Ils visent à empêcher soit un blocage du fonctionnement de la convention, soit un vide juridique qui seraient particulièrement néfastes pour les demandeurs d'emprunt.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre un amendement rédactionnel, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements tendant :

- d'une part, à rétablir l'avis préalable de la Cnil sur les dispositions de la convention relatives aux données à caractère personnel de nature médicale ;

- d'autre part, à enserrer le mécanisme de sauvegarde par voie réglementaire prévu en cas d'échec du mode conventionnel dans un délai de six mois, de façon à éviter une inertie du pouvoir réglementaire.

III - La position de votre commission

Votre commission se félicite de la possibilité donnée par cet article au pouvoir réglementaire d'intervenir en cas de défaillance du mode conventionnel. Elle estime également tout à fait opportune la fixation par l'Assemblée nationale d'un délai de six mois pour l'intervention du pouvoir réglementaire.

Elle vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 4

(art. L. 1141-4 du code de la santé publique)

**Evaluation 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**

Objet : Cet article vise à préciser, dans le code de la santé publique, les modalités de l'évaluation de la convention.

I - Le dispositif proposé

Cet article introduit un nouvel article dans le code de la santé publique, l'article L. 1141-4, afin de déterminer les modalités de l'évaluation de la convention.

Celle-ci sera conduite par la commission de suivi prévue par la convention. Elle prendra la forme d'un rapport d'évaluation qui devra être adressé au Gouvernement et au Parlement dans les six mois qui précèdent l'échéance de la convention.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements :

- d'une part, en cohérence avec la modification apportée à l'article 2, elle a précisé que l'instance chargée d'élaborer le rapport d'évaluation est non seulement un organisme de suivi mais également un organisme « de propositions » ;

- d'autre part, elle a imposé que le rapport d'évaluation soit adressé au Gouvernement et au Parlement au plus tard trois mois avant l'échéance normale de la convention afin d'éviter une remise du rapport la veille de la signature avec un délai trop bref pour permettre la mise au point des adaptations nécessaires pour améliorer le fonctionnement de la convention.

III - La position de votre commission

Votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

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**

Objet : Cet article a un double objet : préciser que la présente loi sera applicable à la convention signée le 6 juillet 2006 et prévoir une évaluation intermédiaire de cette convention au 1^{er} juillet 2008.

I - Le dispositif proposé

Cet article comporte deux dispositions transitoires :

- d'une part, il précise que la possibilité pour le pouvoir réglementaire d'étendre l'application de la convention aux organismes représentés par une organisation professionnelle non signataire et de fixer par décret, en cas de défaillance du mode conventionnel, les règles qui devraient en principe figurer dans la convention, est applicable à la convention en vigueur au moment de la publication de la présente loi, c'est-à-dire à la convention Aeras signée le 6 juillet dernier ;

- d'autre part, il prévoit un rapport d'évaluation à mi-parcours de la convention, soit au 1^{er} juillet 2008 ; comme pour le rapport final, le document devra être élaboré par la commission de suivi et transmis au Gouvernement et au Parlement.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Comme aux articles 2 et 4, l'Assemblée nationale a précisé que l'instance chargée de l'évaluation est une instance « de suivi et de propositions ».

III - La position de votre commission

Votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 6 (nouveau)
(art. L. 1111-7 du code de la santé publique)
**Accès des assurés aux éléments médicaux
des questionnaires de santé des compagnies d'assurance**

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, vise à permettre la communication d'informations sur la santé, même en dehors de situations de soins ou de prévention.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article a pour objet de 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 leur 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.

Aussi, pour rendre effective cette communication d'information, le présent article modifie le premier alinéa de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique afin de rendre applicable la communication d'informations sur la santé à toute situation dans laquelle un professionnel produit ou détient des informations sur la santé d'une personne, même en dehors des situations de soins ou de prévention.

II - La position de votre commission

Votre commission partage la préoccupation qui a conduit à l'ajout de cette disposition et **vous demande d'adopter cet article sans modification.**

*

* *

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission vous demande d'adopter le projet de loi relatif à l'accès des personnes présentant un risque aggravé de santé.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le **jeudi 11 janvier 2007**, sous la **présidence de M. Nicolas About, président**, la commission a procédé à l'examen du rapport de **Mme Marie-Thérèse Hermange**, sur le **projet de loi n° 108 (2006-2007)**, adopté par l'Assemblée nationale, après déclaratif d'urgence, relatif à l'accès au crédit des personnes présentant un **risque aggravé de santé**.

Mme Marie-Thérèse Hermange, rapporteur, a indiqué que l'ambition du projet de loi est de faciliter l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé. Il met en œuvre une promesse du Président de la République qui, à l'occasion d'un discours sur la lutte contre le cancer le 27 avril dernier, avait souhaité que la convention Belorgey de 2001 soit améliorée et qu'un projet de loi consacre les avancées de la négociation sur ce sujet. Cette négociation a été conduite en mai et juin 2006 et une nouvelle convention dite Aeras, pour « s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé », a été signée le 6 juillet dernier.

Elle a insisté sur la dimension profondément humaine de la question qui comporte aussi des aspects très techniques. L'effectif des personnes concernées par un risque aggravé de santé est difficile à cerner de façon précise. Le Gouvernement l'estime à dix ou douze millions, grâce au rapprochement du nombre de patients en affection de longue durée (ALD), soit 7 à 8 millions, et du nombre de personnes handicapées, soit 5 millions. De façon plus réaliste, si l'on ne retient que les patients en ALD âgés de vingt à soixante ans, seuls réellement susceptibles d'avoir des besoins de crédit, le public concerné au titre des ALD ne dépasse pas 2,5 millions de personnes. Mais cette approche ne prend pas en considération des facteurs de risques qui peuvent rendre difficile l'obtention d'une assurance, comme l'obésité ou un passé médical lourd, lié par exemple à un cancer, pour lequel l'ALD dure dix ans.

La convention Belorgey de 2001 a eu le grand mérite d'ouvrir l'assurance emprunteur à des publics jusque là très largement ignorés des banquiers et des assureurs. Le dispositif spécifique mis en place, avec un deuxième et un troisième niveaux d'assurance, a permis un examen individuel des dossiers et la prise en charge des risques les plus élevés par un pool d'assureurs et de réassureurs. De ce fait, selon la Fédération française des sociétés d'assurance, le taux de refus de l'ensemble des demandes d'assurance pour un prêt immobilier a été ramené de 2 % à 0,3 %.

Toutefois, une enquête menée par la Ligue contre le cancer ainsi qu'un rapport d'évaluation récemment transmis au Parlement montrent que la

mise en œuvre de la convention Belorgey révèle encore de grandes insuffisances : elle reste mal connue, tant par les candidats à l'emprunt que par les personnels des établissements de crédit, ce qui pénalise la gestion de nombreux projets professionnels ou immobiliers portés par des personnes présentant un risque aggravé de santé ; les assureurs n'ont pas toujours pris en compte les progrès scientifiques et de traitements des différentes pathologies, notamment du Sida, car la section scientifique mise en place par la convention n'a pas disposé des moyens nécessaires ; la couverture du risque invalidité n'existe pas, contrairement à celle du risque décès. Il est d'ailleurs paradoxal que les établissements de crédit encouragent les prêts à la consommation et alimentent les situations de surendettement et, parallèlement, refusent des prêts à des personnes qui peuvent présenter un risque de santé mais dont la situation financière est parfois bien plus saine et stable que le reste de la population dite en bonne santé ; enfin, le dispositif Belorgey n'est pas suffisamment évalué en raison de la méconnaissance de la convention par la majorité des personnes concernées et de l'application relativement opaque qui en est faite par les assureurs et banquiers. Cette situation crée des frustrations et le sentiment d'être traité de façon injuste.

Néanmoins, malgré ces dysfonctionnements, la plupart des partenaires sont convenus des progrès obtenus grâce à cette convention et ont décidé de poursuivre dans la voie conventionnelle, en faisant le pari de la confiance. Cette attitude, tant des assureurs et des banquiers que des associations concernées, a permis la signature de la convention Aeras le 6 juillet 2006. Celle-ci poursuit deux objectifs principaux : remédier aux insuffisances de la convention de 2001 et innover dans un certain nombre de domaines.

Elle organise une meilleure information des parties, la confidentialité des données médicales, une réduction des délais de traitement des demandes d'emprunts et la possibilité d'instruire en amont les dossiers d'assurance, le développement de garanties alternatives, la mise en place d'un mécanisme pérenne d'évaluation de la convention avec notamment des enquêtes indépendantes, enfin un renforcement de la connaissance des pathologies pour améliorer l'évaluation des risques par les assureurs. A cet égard, il conviendra de nommer une personnalité reconnue et polyvalente, comme un interniste, à la tête de la commission scientifique, afin de mener à bien, sur les différentes pathologies, des études dont les assureurs pourront se servir pour l'évaluation des risques.

Les innovations de la convention Aeras interviennent dans quatre domaines : l'intégration du risque invalidité dans le champ de la convention, ce qui était une demande prioritaire des associations, le relèvement des seuils en termes d'âge et de montant des prêts contractés, la création d'un mécanisme de mutualisation en faveur des personnes à revenus modestes souhaitant acquérir leur résidence principale avec un plafonnement des surprimes, enfin, la fixation à quatre mois de la durée de validité des propositions d'assurance.

Mme Marie-Thérèse Hermange, rapporteur, a souligné l'importance des avancées réalisées par cette nouvelle convention et félicité les partenaires qui ont fait le choix de ce nouveau dispositif conventionnel et du pari de la confiance. Il importe maintenant que celui-ci devienne un pari de la réussite, ce qui passe, d'une part, par l'adoption du cadre législatif proposé par le projet de loi, d'autre part, par un suivi très attentif du fonctionnement de la convention.

Le projet de loi a pour objet d'inscrire dans le code de la santé publique les grands principes de la convention. En outre, il en garantit la pérennité en permettant l'intervention du pouvoir réglementaire en cas de dénonciation ou de non-renouvellement de la convention. L'Assemblée nationale a adopté quelques aménagements bienvenus au projet de loi. Il ne paraît pas souhaitable de le modifier ni de transcrire dans le code de la consommation et dans le code des assurances les principes qu'il intègre dans le code de la santé publique. En effet, la question n'est pas tant celle de la multiplication des dispositions législatives que celle, essentielle, de l'application et de la mise en œuvre rapide, et sous tous ces aspects, de la nouvelle convention.

Aussi, il serait souhaitable que la commission des affaires sociales s'engage dès à présent et publiquement à effectuer un suivi très régulier et détaillé de l'application de la convention. Trois échéances peuvent d'ores et déjà être identifiées : d'ici à la fin du mois de mars, la mise en place de l'ensemble des structures prévues par la convention et l'achèvement des négociations sur la prise en compte du risque invalidité ; avant la fin de l'année 2007, une vérification sur la mise en place de l'ensemble des nouvelles procédures prévues par la convention ; enfin, au 1^{er} juillet 2008, un tour d'horizon complet avec les différents partenaires pour déterminer si des mesures législatives plus contraignantes apparaissent nécessaires. A l'issue de ces actions de contrôle, la commission pourrait décider de relayer ses observations suivant le cas par des auditions publiques, des communiqués de presse, le dépôt d'une question orale avec débat, un rapport d'information, etc. Il est important que le Parlement s'empare complètement du dossier afin de ne pas décevoir les associations et les personnes concernées.

M. Nicolas About, président, s'est déclaré favorable aux propositions de suivi et de contrôle de l'application de la convention Aeras, qui pourraient, le cas échéant, déboucher sur une question orale avec débat comme cela a été fait sur la loi handicap.

M. Alain Gournac a reconnu les défauts de communication et d'information dans la mise en œuvre de la convention Belorgey. Il a insisté sur la nécessité d'une évolution de l'état d'esprit dans le secteur bancaire. Il est également important de se soucier du respect de la confidentialité des dossiers. Enfin, il a soutenu l'idée d'organiser un suivi précis et régulier de l'application de la nouvelle convention.

M. Jean-Pierre Michel a souligné que le projet de loi est l'aboutissement d'un processus de plus de dix ans engagé par les malades du Sida puis étendu à d'autres maladies et à d'autres risques et aujourd'hui absolument indispensable. Il s'est déclaré prêt à participer et à être associé au suivi de l'application de la convention. Sur la question de la confidentialité, grâce à la commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), de grands progrès ont été réalisés, en particulier la suppression d'informations superfétatoires demandées par les banques et les assurances. La demande des associations d'inscrire le texte de la convention dans d'autres codes n'est pas nécessaire. En effet, le code de la santé publique est généraliste et la loi s'applique naturellement à tous. Plus encore, une inscription dans le code pénal ne paraît pas souhaitable car elle signifierait l'échec de la convention. Il convient plutôt de faire appel à la responsabilité des acteurs et à la force de la loi.

Mme Catherine Procaccia a insisté sur le caractère essentiel d'une bonne connaissance par les assureurs des pathologies, des évolutions des traitements et des progrès scientifiques car celle-ci détermine les grilles sur lesquelles sont calculés les risques. Elle a reconnu que les médecins conseils dans les sociétés d'assurance n'ont sans doute pas un poids suffisant mais ils exercent leurs fonctions de manière indépendante. Par ailleurs, le métier de la banque et le métier de l'assurance sont très différents, ce qui peut créer des difficultés de compréhension supplémentaires qui peuvent être mal ressenties par les personnes présentant un risque aggravé de santé.

M. Guy Fischer a souligné que le problème du surendettement est toujours au devant de l'actualité. Il a constaté que les banques trouvent toujours des prétextes et des délais pour rendre plus difficile l'accès au crédit à ceux qui présentent un risque de santé aggravé. L'important est aujourd'hui que les textes soient appliqués et que les réponses attendues par les personnes concernées soient réellement mises en œuvre.

Mme Isabelle Debré a rappelé que le texte du projet de loi est attendu depuis longtemps par nombre de personnes. Elle a cité le cas d'une personne, guérie d'un cancer et disposant de biens pouvant garantir son emprunt, à laquelle on refuse néanmoins un crédit. Elle a enfin relevé la plus grande facilité d'obtention d'une assurance chômage que d'une assurance en cas de risque aggravé de santé.

Mme Marie-Thérèse Hermange, rapporteur, est convenue de la nécessité de faire évoluer les esprits. Les équilibres sont fragiles et difficiles à trouver entre la souffrance des personnes concernées et les chiffres statistiques des risques pris en charge par les assureurs. Il est important de préserver l'équilibre de la convention et de le faire vivre, avec comme objectif sa réussite.

A l'issue de ce débat, **la commission a adopté sans modification le projet de loi relatif à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.**

ANNEXE 1

TABLEAU COMPARATIF ENTRE LA CONVENTION BELORGEY ET LA CONVENTION AERAS

	Convention du 19 septembre 2001	Convention AERAS <i>(stipulations remplaçant les stipulations existantes ou les complétant)</i>
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 euros ; - âge maximum : soixante ans à la souscription ; - durée maximale de remboursement : quinze ans. 	<ul style="list-style-type: none"> - montant maximum de l'emprunt : 300.000 euros ; - âge maximum : soixante-dix 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 euros ; - âge maximum : quarante-cinq ans à la souscription ; - durée maximale de remboursement : quatre ans. 	<ul style="list-style-type: none"> montant : 15.000 euros ; âge maximum : cinquante ans à la souscription ; durée maximale de remboursement : quatre 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 troisième catégorie de la sécurité sociale et du tiers des personnes relevant de la deuxième catégorie (incapacité à exercer une activité professionnelle).

	Convention du 19 septembre 2001	Convention AERAS <i>(stipulations remplaçant les stipulations existantes ou les complétant)</i>
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.	Cinq semaines.
Traitement en amont des dossiers	Aucune stipulation.	- engagement des assureurs à instruire les demandes d'assurance avant même la signature du compromis de vente ; - validité pendant un délai de quatre mois d'une proposition d'assurance, pour un emprunt d'un montant et d'une durée inférieurs ou égal à la précédente demande.
Confidentialité	- code de bonne conduite ; - principes applicables aux questionnaires de santé.	- 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.
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	- Section de médiation ; - prend toutes dispositions de nature à favoriser un règlement amiable et diligent des dossiers dont elle est saisie.	- 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.

	Convention du 19 septembre 2001	Convention AERAS <i>(stipulations remplaçant les stipulations existantes ou les complétant)</i>
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 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 deux 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

ANNEXE 2

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **Gérard de la Martinière**, président, **Gilles Cossic**, directeur des assurances de personnes, et **Jean-Paul Laborde**, conseiller parlementaire, de la fédération française des sociétés d'assurance
- **Ariane Obolensky**, directrice générale, **Françoise Palle-Guillabert**, directeur du département banque de détail et banque à distance, et **Frédérique Cayron**, attachée parlementaire, de la fédération bancaire française
- **Christian Saout**, président de l'association Aides
- **Marie-Sophie Desaulle**, présidente, et **Michel Delcey**, conseiller national, de l'association des paralysés de France
- **Arnaud de Broca**, secrétaire général adjoint, et **Karim Felissi**, conseiller, de la fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés
- **Marc Morel**, directeur, et **Marie-Annick Lambert**, vice-présidente, du collectif interassociatif sur la santé (CISS)
- **Jean-Louis Davet**, directeur, conseiller auprès du directeur général, et **Vincent Figureau**, responsable du département des relations extérieures, de la fédération nationale de la mutualité française
- **Eric Rance**, conseiller, et **Sophie Herpe-Gaugain**, conseiller parlementaire, du cabinet de Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités

TABLEAU COMPARATIF

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
Code de la santé publique	Projet de loi relatif à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé	Projet de loi relatif à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé	Projet de loi relatif à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé
	Article 1 ^{er}	Article 1 ^{er}	Article 1 ^{er}
<p>Art. L. 1141-2. - 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>L'article L. 1141-2 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Art. L. 1141-2. - 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 existantes ;</p> <p>« - de définir des modalités particulières d'information des demandeurs, d'instruction de leur</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 par les établissements de crédit des garanties alternatives à l'assurance ;</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>Toute personne représentant, 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 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.</p> <p>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.</p>	<p>dossier et de médiation.</p> <p>« Toute personne représentant, du fait de son état de santé ou de son handicap, un risque aggravé, peut se prévaloir de cette convention. »</p> <p>Article 2</p> <p>Il est inséré au code de la santé publique, après l'article L. 1141-2, un article L. 1141-2-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 1141-2-1. - La convention prévue à l'article L. 1141-2 définit notamment :</p> <p>« 1° Les conditions d'âge des emprunteurs,</p>	<p>—</p> <p>« Toute ...</p> <p>... aggravé, bénéfice de plein droit de cette convention. »</p> <p>Article 2</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 1141-2-1. -</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« 1° Non modifié</p>	<p>—</p> <p>Article 2</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
—	<p>l'objet, le montant et la durée des prêts ;</p> <p>« 2° Les modalités d'information des demandeurs d'emprunt sur les dispositions relatives à l'accès au crédit et à l'assurance emprunteur ;</p> <p>« 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 ;</p> <p>« 4° La couverture des risques décès et invalidité, dans les cas où elle est requise ;</p> <p>« 5° Les garanties de confidentialité des données à caractère personnel et de nature médicale ;</p> <p>« 6° 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 ;</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</p>	« 2° Non modifié	
		« 3° Non modifié	
		« 4° Non modifié	
		« 5° Non modifié	
		« 6° Non modifié	
		« 7° Non modifié	
		« 8° Non modifié	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Art. L. 1141-3. - 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 style="text-align: center;">—</p> <p>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 style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">—</p> <p>« 9° Non modifié</p> <p>« 10° La ...</p> <p>... suivi et de propositions associant ...</p> <p>... convention. »</p> <p style="text-align: center;">Article 3</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« La convention et ses avenants sont publiés au <i>Journal officiel</i>.</p> <p>« Pour celles de ses dispositions qui prévoient les conditions de collecte et d'utilisation, ainsi que les ga-</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 3</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
—	<p>« 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.</p> <p>« 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. »</p>	<p>ranties 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 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 ».</p> <p>« 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 et les garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale sont fixées dans les six mois par décret en Conseil d'État, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« À ...</p> <p>... fixées dans les six mois par décret en Conseil d'État. Ce décret prend effet ...</p> <p>...convention. »</p>	—

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
—	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 de suivi et de propositions mentionnée au Parlement au plus tard trois mois avant l'échéance de la convention. »	Article 4 Sans modification
—	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 Alinéa sans modification L'instance de suivi et de propositions mentionnée loi.	Article 5 Sans modification
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		Article 6 (<i>nouveau</i>) Le premier alinéa de l'article L.1111-7 du code de la santé publique est ainsi modifié : 1° Après le mot : « détenues », sont insérés les mots : « , à quelque titre que ce soit, » ; 2° Les mots : « et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, » sont supprimés.	Article 6 Sans modification

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des proto- coles et prescriptions théra- peutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, cor- respondances entre profes- sionnels 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.</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p>