

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

18 mars 2019

---

**DROIT DE RÉSILIATION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ - (N° 1660)**

Adopté

**AMENDEMENT**

N° AS42

présenté par  
M. Da Silva, rapporteur

-----

**ARTICLE ADDITIONNEL****APRÈS L'ARTICLE 3, insérer l'article suivant:**

Au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre 2020, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution remet au Parlement et au Gouvernement un rapport sur l'application par les mutuelles, les entreprises d'assurance, les institutions de prévoyance, ainsi que leurs courtiers et intermédiaires, des engagements pris par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et ses membres en matière de lisibilité des contrats et garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Les auditions menées par le rapporteur ont montré qu'outre le fait de donner plus de souplesse dans la résiliation de leur couverture complémentaire en matière de santé, l'amélioration des relations entre organismes d'assurance maladie complémentaire et leurs bénéficiaires doit reposer sur plus de lisibilité, plus de transparence et plus de comparabilité dans les contrats et garanties proposées par les différents organismes. Malgré plusieurs initiatives normatives, cette question reste encore en chantier et fondée sur l'autorégulation et la bonne volonté des acteurs du secteur.

En application de l'article 64 de la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation, les organismes complémentaires d'assurance maladie sont en effet tenus de publier dans leurs brochures de garanties « les conditions de prise en charge, de façon simple et normalisée, chiffrée en euros, pour les frais de soins parmi les plus courants ou pour ceux pour lesquels le reste à charge est le plus important ». Pourtant, cinq ans plus tard, cette disposition est restée lettre morte, en l'absence de publication de l'arrêté ministériel chargé d'en préciser les modalités.

Le 14 février 2019, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) et les principales fédérations d'organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM), la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), la Fédération française de l'assurance (FFA) et le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) ont signé, en présence de la Ministre des Solidarités et de la Santé, Mme Agnès Buzyn, un engagement pour la lisibilité des garanties de complémentaire santé. Ce document prévoit notamment, à compter de

2020, une harmonisation des libellés des principaux postes de garanties ainsi qu'une liste d'exemples concrets de remboursements en euros que les organismes complémentaires d'assurance maladie sont invités à diffuser dès 2019. Il participera ainsi à l'accompagnement de la réforme dite « 100 % santé » et, de façon générale, à une meilleure information des assurés et des adhérents. L'UNOCAM et les principales familles d'organismes complémentaires d'assurance maladie inciteront leurs membres à respecter cet Engagement et assureront un suivi de sa mise en œuvre. A cette fin, elles mettront à disposition de leurs membres différents outils pédagogiques (exemples, glossaire ...).

Cependant, cet engagement des fédérations ne constitue pas une obligation applicable juridiquement aux organismes qui en sont membres. Comme les associations de consommateurs l'ont rappelé, ce document fait suite à de multiples engagements souscrits par les fédérations et notamment la Déclaration commune portant engagement de bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties de complémentaires santé, signée en octobre 2010. Selon une étude réalisée par UFC-Que choisir en juin 2018, « en moyenne, seulement 55 % des termes utilisés étaient conformes au glossaire recommandé par la profession ». Par ailleurs, les organismes se doivent de bien préciser ce qui est remboursé par l'Assurance Maladie et ce qui est remboursé au titre de la couverture souscrite : or « trop souvent, la répartition n'est pas détaillée : seulement 27 % des OCAM distinguent le remboursement public de leur propre remboursement, en présentant la prise en charge de la sécurité sociale dans une colonne dédiée. A l'inverse, près de 7 OCAM sur 10 mélangent les deux remboursements, en précisant simplement, au-dessus ou en-dessous du tableau que le remboursement indiqué additionne les deux. Et dans la moitié des cas, la lisibilité de cette mention laisse très nettement à désirer ! ». La charte contenait un engagement de toujours préciser à quoi se rapportent les pourcentages utilisés pour l'expression des garanties : « cet engagement a minima est tenu dans la quasi-totalité des cas. Mais trop peu souvent de manière satisfaisante ! Dans seulement 41 % des contrats, l'information sur ce à quoi les pourcentages se rapportent se trouve dans le tableau lui-même ». Résultat, 37 % des Français déclarent ainsi que leurs garanties santé sont difficiles, voire très difficiles, à comprendre, d'après un sondage Ifop pour l'UFC - Que choisir.

L'ouverture d'une faculté de résiliation infra-annuelle des complémentaires santé va conduire à une stimulation de la concurrence et des actions de démarchage de la part des organismes complémentaires et de leurs intermédiaires. Dans ce cadre, il apparaît nécessaire que la lisibilité et la comparabilité des offres soient renforcées, pour que les consommateurs puissent juger de l'intérêt des garanties et des tarifs proposés. Cela ne sera possible que si tous les acteurs jouent le jeu, et proposent des offres conformes au modèle proposé.

Cet engagement des fédérations ne constitue pas une obligation applicable juridiquement aux organismes qui en sont membres, certaines fédérations signataires prévoyant de diffuser des « recommandations » à leurs membres pour leur demander de le respecter. Par ailleurs, certains acteurs du secteur ne sont signataires du document du 14 février 2019, et notamment les représentants des intermédiaires et courtiers.

Aussi le présent amendement charge l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, qui possède parmi ses missions la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires, d'évaluer l'application par les organismes complémentaires d'assurance maladie de ces engagements, applicables à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020. Ce rapport devra être remis avant l'entrée en vigueur du présent texte, de manière à ce que le Parlement et le Gouvernement puissent juger de l'opportunité

de donner une valeur contraignante à l'engagement de place du 14 février 2019, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.