N° 1772

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le mercredi 20 mars 2019.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA PROPOSITION DE LOI *relative au* **droit de résiliation sans frais** *de* **contrats** *de* **complémentaire santé**,

PAR M. DOMINIQUE DA SILVA,

Député.

Voir le numéro :

Assemblée nationale : **1660**.

SOMMAIRE

—

Pages

AVANT-PROPOS 5

COMMENTAIRES D'ARTICLES 33

Article 1er : Faculté de résilier sans frais et à tout moment après la première année de souscription les contrats de complémentaire santé proposés par les sociétés d'assurance 33

Article 2 : Faculté de dénoncer sans frais et à tout moment après la première année les garanties proposées par les institutions de prévoyance 40

Article 3 : Faculté de dénoncer sans frais et à tout moment après la première année les garanties proposées par les mutuelles 44

Article 3 bis : Communication annuelle du taux de reversement des contrats proposés par l'organisme complémentaire en lieu et place du montant et de la composition des frais de gestion et d'acquisition 48

Article 3 ter : Rapport de l'ACPR sur l'application par les organismes gestionnaires d'assurance complémentaire santé des engagements de lisibilité des garanties pris par leurs représentants 49

Article 4 : Entrée en vigueur de la faculté de résilier les garanties complémentaires en matière de santé 51

ANNEXES 57

ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR 57

ANNEXE N° 2 : LISTE DES CONTRIBUTIONS REÇUES 59

ANNEXE N° 3 : LISTE DES TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI 61

COMPTE RENDU DES TRAVAUX 63

AVANT-PROPOS

Si l'accès aux soins et à une médecine de qualité repose d'abord en France sur une assurance maladie obligatoire, cette dernière ne prend en charge que 76,6 % des frais médicaux des Français. Dans le cadre d'une logique de solidarité qui existait bien avant la sécurité sociale, les organismes complémentaires d'assurance maladie, assurance privée facultative pour la plupart des assurés sociaux, complète de manière significative ce remboursement. Il s'agit donc bien d'un second étage de notre protection sociale, qui couvre 95 % des assurés, soit la quasi-totalité de la population.

En 2016, les organismes gérant la couverture complémentaire santé ont collecté 35,88 milliards d'euros de cotisations et de primes [(1)]. Les contrats collectifs, souscrits essentiellement par les employeurs pour couvrir leurs salariés, représentent 46 % des cotisations collectées en santé. Aussi 16 milliards sont pris en charge par les entreprises au titre de la couverture de leurs salariés, soit 3 % de la masse salariale des entreprises privées [(2)]. Si on ajoute la prévoyance, c'est 29 milliards d'euros, soit 5 % de la masse salariale, qui sont consacrés par les entreprises pour couvrir leurs salariés.

Dans le même temps, malgré les dispositifs de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et d'aide à la complémentaire santé (ACS), la couverture complémentaire pèse de plus en plus sur les ménages qui ne sont pas couverts obligatoirement par leur employeur et qui doivent souscrire eux-mêmes une garantie ou un contrat auprès d'une mutuelle, d'une compagnie d'assurance ou d'une institution de prévoyance. En 2012, 54 % de la population était couverte par une complémentaire santé privée souscrite à titre individuel (dont 6,8 % des assurés bénéficiaires de la CMU-C et 2 % bénéficiaires de l'ACS) et 35 % par un contrat collectif : 16 % par le biais de leur propre employeur et 19 % en tant qu'ayant droit du fait de la couverture d'un membre de leur ménage. Selon une étude de l'UFC-Que choisir, la cotisation moyenne représente un coût de 688 euros par personne et par an, en hausse de 47 % depuis 2006 [(3)], alors que l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) n'a progressé que de 35 %. Aujourd'hui, la cotisation d'assurance maladie complémentaire peut représenter un poste de dépenses disproportionné, notamment pour certaines personnes parmi les plus âgées.

Le fait que l'ensemble de la population salariée soit couverte dans le cadre d'une garantie souscrite par l'employeur, les difficultés pour comparer et faire jouer la concurrence entre acteurs de ce marché aboutissent à une incompréhension entre les souscripteurs et bénéficiaires et les organismes

---

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) sous la direction de Muriel Barlet, Magali Beffy et Denis Raynaud, La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2016*, avril 2016* https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/oc2016.pdf

(2) https://www.acoss.fr/home/observatoire-economique/publications/acoss-stat/2016/acoss-stat-n238.html

(3) UFC-Que choisir, Complémentaires santé : une lisibilité en berne, des frais de gestion à la dérive*, juin 2018* https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-complementaires-sante-lisibilite-en-berne-grave-derive-des-frais-de-gestion-n55901/

gestionnaires. Selon un sondage réalisé par l'Ifop pour l'UFC-Que choisir, 37 % des Français trouvent leurs garanties santé difficiles à comprendre, et 48 % ne connaissent pas à l'avance le montant du remboursement qu'ils percevront pour des soins importants. Ce manque de lisibilité conduit à des incompréhensions et des méfiances entre les organismes complémentaires et leurs assurés, qui considèrent le service qu'ils rendent indispensables mais contraint et opaque.

Aussi la possibilité de résiliation des contrats et des garanties en matière de complémentaire santé correspond également à une véritable attente de nos concitoyens. Selon un sondage réalisé par l'Ifop pour Alan [(1)], seule la moitié (54 %) des Français sait qu'une complémentaire santé ne peut être résiliée qu'une fois par an par une lettre recommandée qui doit être envoyée au moins deux mois avant la date anniversaire du contrat ; 75 % trouvent les conditions de résiliation contraignantes ; 94 % des Français se déclarent favorables à *« la proposition d'une loi qui permettrait d'être libres de changer de complémentaire santé à tout moment, au bout d'un an de contrat, comme c'est déjà le cas pour les assurances auto ou habitation des particuliers »*.

C'est le sens de la présente proposition de loi : permettre, à compter du 1er décembre 2020, au souscripteur d'une assurance complémentaire en matière de santé – que ce soit l'employeur couvrant ainsi ses salariés ou l'assuré souscrivant un contrat individuel – de bénéficier d'une faculté de résiliation des contrats d'assurance ou de dénonciation des adhésions à une mutuelle ou une institution de prévoyance, dès lors que la garantie a été souscrite il y a plus d'un an.

*

Cependant, la présente proposition de loi n'est qu'une première étape. Le souhait du rapporteur est de pouvoir, dans les meilleurs délais, développer des actions coordonnées de rééquilibrage du marché de la couverture complémentaire en matière de santé :

– un marché rééquilibré et assaini, au moyen de l'ouverture du droit à résiliation prévu par le présent texte ;

– une concurrence loyale, fondée sur une lisibilité et une comparabilité accrue des offres, des garanties et des prestations proposées ;

– une baisse des frais de gestion, grâce à la sécurisation et la généralisation du tiers-payant dans une relation efficace entre assurance maladie obligatoire et organismes de couverture maladie complémentaires ;

– une équité fiscale, avec un rééquilibrage de la charge fiscale portant sur ces contrats, au profit de ceux qui couvrent les plus vulnérables et notamment les personnes âgées.

---

(1) https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-lassouplissement-des-conditions-de-resiliation-des-complementaires-sante/ et https://blog.alan.eu/assurance-sante-10-idees-fausses-sur-la-resiliation-a-tout-moment

I. LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ, UNE ASSURANCE MALADIE PRIVÉE COMPLÉTANT LA COUVERTURE OBLIGATOIRE POUR LA QUASI-TOTALITÉ DE LA POPULATION

A. UNE COUVERTURE POUR PRENDRE EN CHARGE LES FRAIS MÉDICAUX LAISSÉS À LA CHARGE DE L'ASSURÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

L'assurance maladie obligatoire couvre une partie des dépenses de santé, variable selon le type de soins. Pour se voir rembourser tout ou partie de ce qui reste à leur charge, les patients souscrivent fréquemment une couverture complémentaire santé, c'est-à-dire un contrat dont l'objet principal est le remboursement des frais médicaux. L'assurance santé privée est donc complémentaire, dans la mesure où elle intervient, la plupart du temps, sur le même panier de biens médicaux que l'assurance maladie obligatoire.

En application de l'article L.862-7 du code de la sécurité sociale, le secteur de l'assurance complémentaire en matière de santé et sa situation financière font l'objet de rapports annuels de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) [(1)], élaborés à partir de données recueillies par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (APCR) et le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU), rapports dont sont issus les chiffres cités dans la présente partie.

1. Le modèle français de sécurité sociale laisse une place éminente mais facultative et complémentaire à l'assurance privée

Ce type d'assurance existe dans d'autres pays comme l'Allemagne, la Belgique, le Luxembourg ou encore le Danemark. Aux Pays-Bas, en complément de l'assurance santé de base obligatoire, opérée par des assureurs privés, mais dans un cadre très contraint par la loi. Dans certains pays au fonctionnement beveridgien comme le Royaume-Uni, la Suède, l'Espagne ou l'Italie dans lesquels l'assurance maladie obligatoire est financée par l'impôt, l'assurance santé privée est duplicative. Elle permet à ceux qui en ont les moyens d'obtenir via le secteur privé un accès plus rapide aux soins, un choix plus large de prestataires, voire des soins de meilleure qualité. En Allemagne, les personnes qui ont des ressources suffisantes et qui le souhaitent peuvent sortir du système d'assurance maladie obligatoire et prendre une assurance santé privée qui peut alors être qualifiée de

---

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) sous la direction de Muriel Barlet, Magali Beffy et Denis Raynaud, La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2016*, avril 2016* https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/oc2016.pdf

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*, mai 2018* https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_2017_sur_la_situation_financiere_des_organismes_complementaires_assurant_une_couverture_sante-2.pdf

primaire. Le reste à charge des ménages est généralement plus élevé dans les pays où l'assurance santé est duplicative. Il est le plus faible en France et aux Pays-Bas où la couverture santé privée est de type complémentaire ou supplémentaire.

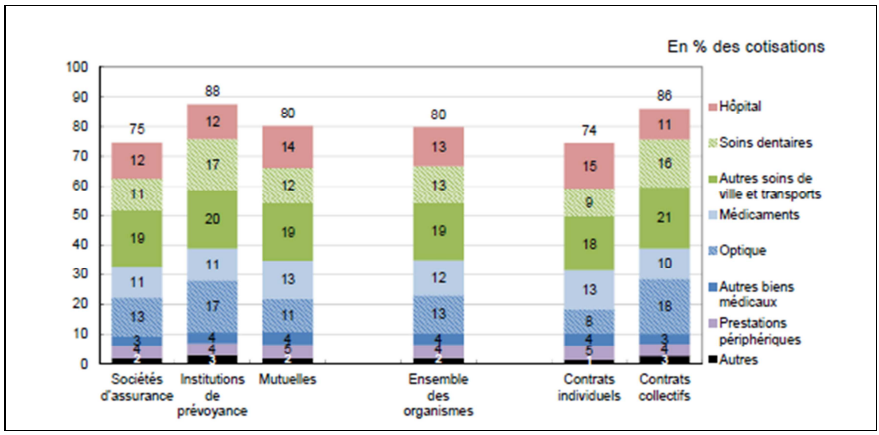
En 2014, les organismes de sécurité sociale restent les acteurs majeurs du financement des dépenses de santé, puisqu'ils prennent en charge 76,6 % de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM – soit les soins hospitaliers, consultations de médecins, de dentistes, médicaments, lunettes…). Entre 2006 et 2011, la part de la sécurité sociale dans le financement de la CSBM a régulièrement diminué en raison de mesures d'économies mises en place par l'assurance maladie. Depuis 2011, la part de la sécurité sociale augmente à nouveau. Cela s'explique par le dynamisme des dépenses les mieux prises en charge par l'assurance maladie (soins hospitaliers, médicaments coûteux…) et par la progression des effectifs d'assurés en affection de longue durée. Enfin, cette hausse s'explique aussi par la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP, supplément de rémunération attribué aux médecins pour les inciter à modérer les prescriptions, à encourager les médicaments génériques, à mieux suivre les patients en ALD…).

Les organismes complémentaires (OCAM) financent 13,5 % de la CSBM. Jusqu'en 2012, les organismes complémentaires ont financé une part toujours croissante de la CSBM (culminant à 13,7 %). Depuis 2013, la contribution des OC tend à reculer légèrement, en partie suite aux actions mises en place par ces organismes afin de modérer certaines dépenses, notamment en optique (baisse des garanties les plus avantageuses, mise en place de réseaux de soins aux tarifs négociés, de « bonus » pour inciter les assurés à modérer leur consommation…).

La part financée par les organismes complémentaires est très variable selon les postes de soins : elle est notamment significative pour l'optique (73,1 % de la dépense) et les soins dentaires (40,9 % de la dépense). Les biens médicaux (optique, orthèses, prothèses, véhicules pour personnes handicapées physiques, petits matériels et pansements) sont le poste pour lequel les organismes complémentaires interviennent proportionnellement le plus. En 2014, ils en financent 38,9 %. Par ailleurs, ils financent 21,7 % des soins de ville (soins de médecins, d'auxiliaires, soins dentaires et dépenses de laboratoire) et 13,7 % de la dépense de médicaments. La participation des organismes complémentaires aux soins hospitaliers, en moyenne très fortement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (91,1 % en 2014), est nettement plus réduite (5,3 % des dépenses en 2014), mais correspond en volume à 13 % des cotisations.

Les « prestations périphériques », telles que prestations de médecine alternative (ostéopathe, psychologue, etc.), de prévention (patchs anti-tabac, vaccinations internationales, etc.), prestations de confort à l'hôpital ou en cures thermales (chambre particulière, lit accompagnant, télévision, etc.) représentent 4 % des cotisations. Les prestations « autres » comportent les variations de provisions pour sinistres restant à payer (qui ne peuvent être ventilées par poste de soins) ainsi que des prestations d'action sociale accessoires à la santé (prime de naissance, garde d'enfant, aide-ménagère, décès, etc.) représentent 2 % des cotisations.

PRESTATIONS PAR POSTES DE SOINS EN 2016



Source : Drees.

2. Des garanties quasi-généralisées parmi la population française

Avec 95 % de la population couverts, selon les chiffres de la Drees, la France est, parmi les principaux pays de l'OCDE, celui où la couverture santé privée est la plus répandue [(1)].

Cependant, selon les résultats d'un sondage publiés en janvier 2019 par la Fédération nationale indépendante des mutuelles (Fnim) [(2)], le champ de personnes couvertes diminue : les Français étaient ainsi 90 % à déclarer être couverts en 2018, contre 93 % en 2017. Alors qu'une grande partie de la population est désormais obligatoirement assurée *via* un contrat collectif, le taux d'équipement diminue chez les plus jeunes. Seuls les deux-tiers des 18-24 ans disaient en 2018 être couverts par une complémentaire santé, contre 75 % en 2017. Ce n'était plus le cas aussi de 69 % des étudiants, contre 85 % un an plus tôt. Depuis la rentrée universitaire 2019, les nouveaux étudiants sont directement inscrits à la sécurité sociale, alors qu'ils devaient auparavant s'affilier à une mutuelle étudiante pour bénéficier du régime étudiant de sécurité sociale.

Au-delà des jeunes, le renoncement à la complémentaire santé est aussi marqué dans les ménages aux revenus les plus modestes (moins de 20 000 euros par an). En 2018, ils n'étaient plus que 80 % à déclarer disposer d'une couverture, contre 84 % dans l'édition précédente du baromètre.

Deux dispositifs en faveur des plus modestes ont permis d'atteindre ce niveau de couverture : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS).

---

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*, mai 2018* https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_2017_sur_la_situation_financiere_des_organismes_complementaires_assurant_une_couverture_sante-2.pdf

(2) https://www.fnim.fr/IMG/pdf/fnim_barometre_confpresse_8_janvier_2019.pdf

La CMU-C, instaurée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, est entrée en application le 1er janvier 2001. La CMU-C permet l'accès à une protection complémentaire de santé gratuite pour les personnes disposant de ressources inférieures à un plafond (8 810 euros pour une personne seule et 13 215 euros pour un couple). Elle couvre un panier de dépenses restant à la charge de l'assuré après l'intervention des régimes de base de la sécurité sociale. En juillet 2018, 5,59 millions de personnes, soit 6,9 % de la population en métropole, bénéficiaient de la CMU-C selon le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (fonds CMU) (1).

Mise en place en 2005, l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) est une aide financière destinée à l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel. Elle s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35 %. Les bénéficiaires de l'ACS sont dispensés de l'avance des frais. De plus, depuis février 2013, ils bénéficient de tarifs sans dépassement d'honoraires. En novembre 2018, le dispositif comptait 1,66 million de bénéficiaires selon le fonds CMU. Malgré l'existence des dispositifs de la CMU-C et de l'ACS ciblant les publics précaires et modestes, l'absence de complémentaire santé concerne d'abord les populations les plus pauvres. Le manque de moyens financiers ou le coût trop élevé des contrats représente le premier motif d'absence de complémentaire santé (53 % des personnes sans complémentaire évoquent ce motif).

La CMU-C comme l'ACS n'ont pas un caractère obligatoire : les personnes remplissant les conditions doivent en demander le bénéfice, ce qui induit un taux élevé de non-recours en raison notamment de la non-connaissance des dispositifs et de la complexité des démarches administratives à engager.

Comme le relève un rapport remis au Parlement en juillet 2018 concernant sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité (2) :

– entre 24 et 36 % des personnes qui seraient éligibles à la CMU-C n'y ont pas recours (soit entre 1,5 et 2,8 millions de personnes) ;

– ce taux de non-recours est évalué entre 49 à 64 % des personnes éligibles à l'ACS (soit entre 1 et 2,3 millions de personnes).

Pour l'ACS, l'un des facteurs de non-recours est financier : les restes à charge demeurent importants pour des soins coûteux et, pour certaines populations, les montants de prime de contrat restant à payer demeurent prohibitifs. Les bénéficiaires de l'ACS participent encore en moyenne à hauteur de 38 % au

---

(1) http://www.cmu.fr/statistiques.php

(2) *Marianne Cornu-Pauchet et Philippe Denormandie,* L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité, *juillet 2018* https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite/article/precarite-acces-aux-soins .

paiement de leur prime annuelle de contrat, même si ce montant a diminué de 11 % environ depuis la réforme engagée en 2015 ; en 2016, le reste à payer moyen sur le contrat C (offrant la meilleure protection) varie de 151 euros par an pour les 16-29 ans à 363 euros pour les 70-79 ans ou 481 euros pour les 80-89 ans.

Ainsi, en 2017, près de 20 % des personnes ayant reçu une attestation ACS ne l'ont pas utilisée pour souscrire un contrat de complémentaire santé.

La loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a entrepris de refondre les deux dispositifs en un seul en étendant la CMU-C aux actuels bénéficiaires de l'ACS, sans toutefois en modifier les principales caractéristiques. Cette réforme permettra d'aligner les garanties offertes aux actuels bénéficiaires de l'ACS sur celles attachées à la CMU-C le 1er novembre 2019, le temps de permettre, dans l'intervalle, l'adaptation des procédures de gestion et des systèmes d'information. Cette date se rapproche en outre de celle prévue pour le renouvellement de la mise en concurrence en vue de la sélection de contrats éligibles au dispositif ACS, qui devait intervenir d'ici la fin de l'année 2019 après avoir été repoussée d'une nouvelle année.

La problématique du coût de la complémentaire santé pour les retraités et le projet de contrat de contrats labellisés seniors

En 2012, selon l'Enquête santé et protection sociale (ESPS), 93 % des retraités étaient couverts par un contrat individuel ; 2 % étaient couverts par un contrat collectif, et 5 % n'avaient pas de couverture complémentaire santé. Or, les garanties des contrats individuels sont en moyenne moins importantes que celles des contrats collectifs. Par ailleurs, les primes sont entièrement prises en charge par les assurés, contrairement aux contrats collectifs dont les primes sont en partie prises en charge par l'employeur. Pour la majorité des contrats individuels, les primes augmentent avec l'âge des assurés.

Pour ces raisons, les retraités paient des primes plus élevées que les non-retraités et le taux d'effort des ménages, c'est-à-dire la part des dépenses de santé dans le revenu disponible, est plus élevé pour les ménages retraités (5,6 %) que pour les ménages non retraités (2,9 %). Le taux d'effort des ménages retraités appartenant aux 20 % des ménages les plus modestes atteint même 10,8 %.

Actuellement, les retraités ne bénéficient pas d'aides spécifiques pour recourir à une complémentaire santé. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 avait prévu, pour les personnes de 65 ans ou plus, la mise en place d'une labellisation des contrats de complémentaire santé sur des critères de prix et de qualité. Cette labellisation aurait permis aux organismes complémentaires de bénéficier d'un crédit d'impôt et aurait visé à contribuer à limiter les primes versées par les retraités.

Cependant, les critiques qui se sont manifestées sur les projets de décrets d'application ont conduit à l'abandon de leur publication. Le dispositif n'est ainsi jamais entré en vigueur. L'article 52 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a donc procédé à l'abrogation du dispositif législatif, concomitamment à la refonte de l'aide à la complémentaire santé.

3. Des contrats collectifs, le plus souvent obligatoires, et des contrats individuels facultatifs

Les contrats souscrits auprès des organismes complémentaires sont, soit des contrats individuels, c'est-à-dire conclus directement par un individu auprès d'un organisme soit des contrats collectifs, c'est-à-dire conclus par un employeur pour ses salariés.

Avant 2016, il n'était pas obligatoire à l'employeur de proposer une couverture complémentaire santé à ces salariés. Cependant, en 2013, 48 % des entreprises de 10 salariés ou plus, qui emploient 70 % des salariés du privé, faisait bénéficier leurs salariés d'une couverture complémentaire d'entreprise. Les complémentaires santé étaient plus fréquentes dans les grandes entreprises : 46 % des entreprises de 10 à 49 salariés contre 76 % des entreprises de 250 à 499 salariés et 90 % des entreprises de 1 500 salariés ou plus. En 2013, 61 % des contrats résultaient d'une décision unilatérale de l'employeur, 28 % d'un accord de branche ou d'une convention collective et 11 % d'un accord d'entreprise avec les représentants du personnel. En 2013, les entreprises de 10 salariés ou plus participaient au financement de la complémentaire santé de leurs salariés à hauteur de 57 % de la cotisation en moyenne, soit 675 euros par an et par salarié bénéficiaire.

Depuis le 1er janvier 2016, l'ensemble des salariés doit désormais être couvert par un contrat collectif. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a été introduite par l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013. La loi de sécurisation de l'emploi nécessaire à sa mise en œuvre a été promulguée le 14 juin 2013, prévoyant une mise en application au 1er janvier 2016. L'employeur est tenu de garantir un panier de soins minimal à ses salariés (décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014) mais peut proposer des garanties plus couvrantes que les garanties minimales. Il participe au financement de la couverture collective mise en place à hauteur d'au moins 50 % de la cotisation (article L. 911-7 du code de la sécurité sociale).

Dans sa rédaction originale, l'article 1er de la loi sur la sécurisation de l'emploi du 11 janvier 2013 avait instauré des clauses de désignation. Ces clauses permettaient aux partenaires sociaux des branches professionnelles de désigner un organisme de complémentaire santé, qui s'imposait aux entreprises de chaque branche concernée. Cependant, le Conseil constitutionnel a censuré les clauses de désignation dans sa décision du 13 juin 2013, les jugeant contraires à la liberté contractuelle et à la liberté d'entreprendre. Désormais, la loi prévoit que les accords de branche peuvent recommander un ou plusieurs organismes (article L. 912-1 du code de la sécurité sociale) si les garanties collectives présentent un haut degré de solidarité, le choix du ou des organismes recommandés devant également être précédé d'une procédure de mise en concurrence au niveau de la branche. L'entreprise demeure *in fine* libre de choisir l'organisme qui assurera la couverture de ses salariés.

En principe, l'adhésion au contrat collectif de complémentaire santé conclu par l'employeur est obligatoire. Toutefois, il existe de nombreux cas d'exception, dispensant le salarié d'affiliation à la complémentaire santé d'entreprise. Parmi ceux-ci, figurent :

– les salariés en contrat à durée déterminée de moins de 3 mois [(1)],

– les salariés déjà couverts, à titre obligatoire en tant qu'ayant droit par l'assurance complémentaire d'entreprise de leur conjoint,

– les salariés déjà couverts par une complémentaire santé individuelle au moment de la mise en place de la couverture obligatoire santé dans l'entreprise ou de son embauche : cette dispense d'affiliation est possible jusqu'à l'échéance annuelle du contrat santé individuel ;

– les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à la complémentaire santé (ACS).

D'après une enquête menée par l'IRDES (l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé), plus d'un établissement sur deux a mis en place ou modifié une couverture existante du fait de l'ANI. En 2017, 84 % des établissements regroupant 96 % des salariés proposent une mutuelle obligatoire, contre la moitié des établissements avant l'accord.

En 2016, les contrats collectifs représentent 46 % des cotisations collectées en santé, contre 44 % des cotisations en 2015. Les contrats collectifs gagnaient du terrain sur les contrats individuels depuis plusieurs années déjà. Cette hausse de la part des contrats collectifs, certes la plus forte des dernières années, *« n'est toutefois pas signe d'une transformation massive du marché »*, selon la Drees [(2)].

4. Des contrats collectifs en moyenne plus couvrants que les contrats individuels

Les contrats collectifs profitent surtout aux 25-59 ans. En effet, 49 % des assurés des contrats les plus souscrits de cette classe d'âges bénéficient d'une couverture collective, dont le niveau de garanties est en général élevé.

En comparaison, seule une faible partie des assurés de 60 ans ou plus (12 %) bénéficient d'une couverture collective : il s'agit pour l'essentiel des salariés âgés [(3)].

---

(1) Pour les salariés en contrats courts (CDD de moins de 3 mois) ou de mission ou à temps partiel (moins de 15 heures par semaine), la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a instauré le versement santé, une aide monétaire de l'employeur pour que ces salariés financent la souscription d'un contrat individuel.

(2) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, mai 2018, op. cit.

(3) Malgré la loi Évin qui prévoit la portabilité des contrats collectifs et limite les hausses de primes lors du passage à la retraite, ce dernier se traduit tout de même mécaniquement par un renchérissement de la couverture complémentaire santé. Dans la plupart des cas, le montant des cotisations augmente et la

Les contrats individuels concernent donc les non-salariés : étudiants, fonctionnaires, indépendants, retraités, inactifs.

Les tarifs des contrats peuvent varier selon certains critères comme l'âge, la situation familiale, le lieu de résidence, les revenus ou l'ancienneté dans le contrat. L'encadrement des critères de fixation des tarifs diffère selon les types de contrats, individuels ou collectifs. La tarification selon l'âge concerne uniquement les contrats individuels, les contrats collectifs n'étant pas autorisés à utiliser l'âge comme critère individuel de tarification.

En 2013, 91 % des bénéficiaires d'un contrat individuel disposent de tarifs augmentant avec l'âge (la quasi-totalité pour les sociétés d'assurance, 89 % pour les mutuelles). Trois quarts des bénéficiaires de contrats collectifs bénéficient d'un forfait famille (gratuité à partir du premier enfant) contre seulement 7 % des bénéficiaires d'un contrat individuel.

Les bénéficiaires de contrats collectifs ont en général des contrats plus couvrants que les bénéficiaires de contrats individuels. Ainsi, les prises en charge des contrats collectifs sont supérieures à celles des contrats individuels, notamment pour les dépassements d'honoraires.

Selon les études de la Drees, plusieurs raisons sont susceptibles d'expliquer ce résultat. Tout d'abord, les entreprises ont souvent de meilleures capacités de négociations que les particuliers, ce qui leur permet d'obtenir des contrats avec un meilleur rapport qualité-prix. Ensuite, dans le cas des contrats collectifs, employé et employeur se partagent le paiement de la prime. De plus, leurs participations au paiement de la prime bénéficient chacune d'exonérations fiscales et sociales, dès lors qu'il s'agit d'un contrat respectant les critères dits des contrats solidaires et responsables.

Ainsi, à niveau de couverture donné, les primes des contrats individuels à la charge des assurés sont donc en général plus élevées. Au cours des années 2006 à 2010, les contrats collectifs comme individuels sont montés en gamme. Puis de 2010 à 2013, la répartition des bénéficiaires par classes de garanties n'a plus évolué de manière significative.

5. Trois catégories d'acteurs pour un marché de 36 milliards d'euros

En 2016, les organismes gérant la couverture complémentaire santé ont collecté 35,88 milliards d'euros de cotisations et de primes. Entre 2015 et 2016, la masse totale des cotisations collectées en santé a augmenté de 638 millions d'euros, soit 1,8 %, d'après les données de l'ACPR (cotisations hors taxe). Les cotisations collectées ont augmenté en collectif (+ 912 millions d'euros, soit + 5,8 %) et reculé en individuel (– 274 millions, soit – 1,4 %).

---

participation financière de l'employeur n'est pas maintenue. En conséquence, de nombreux retraités renoncent à leur ancien contrat collectif et choisissent des contrats individuels offrant de moins bonnes garanties.

Mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance se partagent le marché.

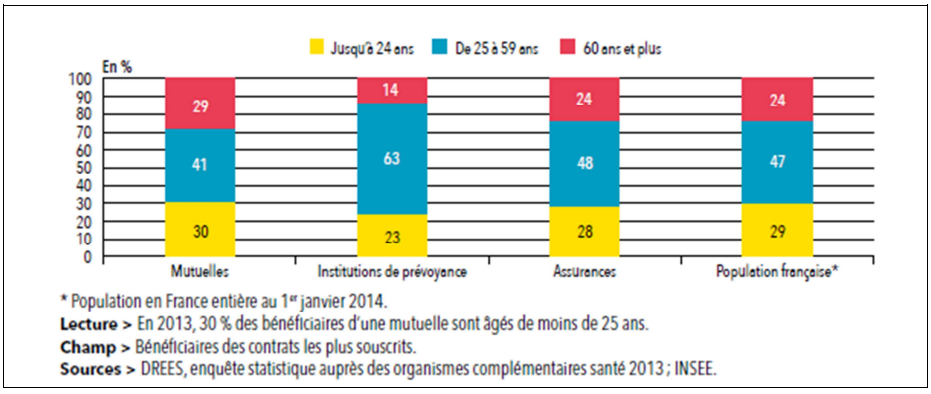
Les mutuelles, régies par le code de la mutualité, sont des sociétés de personnes à but non lucratif appartenant à leurs assurés. Elles sont surtout actives sur le marché de l'assurance individuelle, qui représente sept dixièmes de leurs bénéficiaires. Parmi les trois types d'organismes complémentaires, les mutuelles ont la part la plus élevée de bénéficiaires de 60 ans ou plus (29 %).

Les institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale sont des personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif. Organismes paritaires, elles opèrent essentiellement sur le secteur de la prévoyance collective des salariés. Du fait de leur spécialisation en collectif, elles couvrent surtout des bénéficiaires actifs ou jeunes.

Les sociétés d'assurance sont régies par le code des assurances. Ce sont des sociétés anonymes à but lucratif, à l'exception des sociétés d'assurance mutuelles à but non lucratif, et dont les actionnaires sont les assurés. La répartition par âge de leurs bénéficiaires est semblable à celle de la population française.

En l'espace de quelques années, le marché de la complémentaire santé s'est fortement concentré. En 2014, 573 organismes exercent une activité d'assurance complémentaire santé. Ces dernières années, le nombre d'organismes complémentaires a fortement reculé. En particulier, le nombre de mutuelles a été divisé par trois et le nombre d'institutions de prévoyance par deux depuis 2001. Les exigences réglementaires, notamment en termes de solvabilité, et la concurrence ont contraint les organismes à se restructurer pour atteindre une taille critique.

RÉPARTITION PAR ÂGE DES PERSONNES COUVERTES, SELON LE TYPE D'ORGANISMES EN 2013



* Population en France entière au 1er janvier 2014.
Lecture > En 2013, 30 % des bénéficiaires d'une mutuelle sont âgés de moins de 25 ans.
Champ > Bénéficiaires des contrats les plus souscrits.
Sources > DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé 2013 ; INSEE.

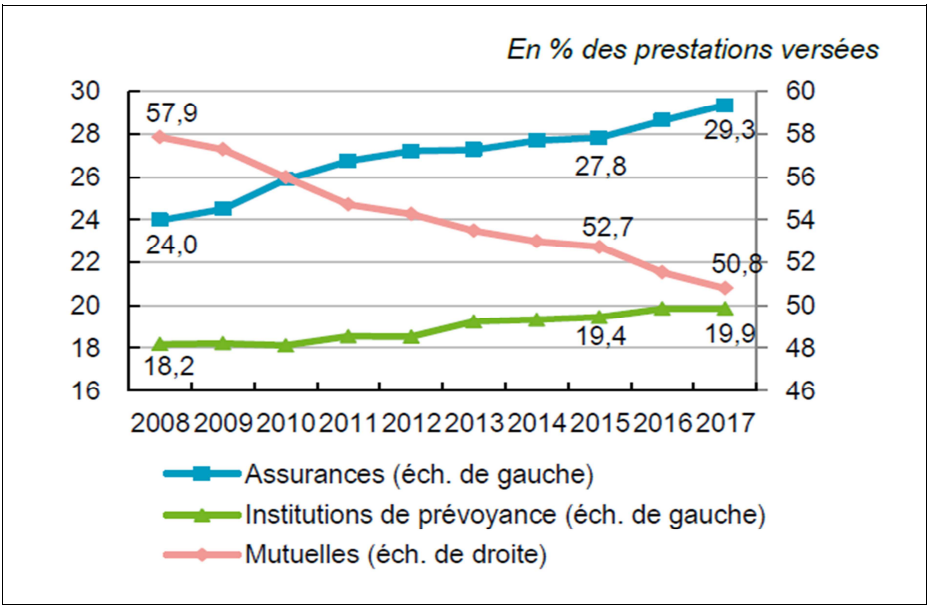
Source : Drees.

Les mutuelles restent l'acteur principal de ce marché. En nombre ou en chiffre d'affaires, elles devancent les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Leur chiffre d'affaires en santé, qui correspond aux cotisations collectées auprès des souscripteurs au titre des contrats de complémentaire santé,

s'élève à 18 milliards d'euros en 2014, ce qui représente 53 % de ce marché, contre 9,6 milliards d'euros pour les sociétés d'assurance (28 % du marché) et 6,3 milliards d'euros pour les institutions de prévoyance (19 %).

Depuis de nombreuses années, les mutuelles et, dans une moindre mesure, les institutions de prévoyance perdent des parts de marché au profit des sociétés d'assurance : alors que les sociétés d'assurance ne détenaient que 19 % du marché de la complémentaire santé en 2001, elles en gèrent 28 % en 2013.

PARTS DE MARCHÉ PAR TYPE D'ORGANISMES ENTRE 2008 ET 2017



Répartition du marché en 2017 : les mutuelles représentaient 50,8 % des prestations versées par les OCAM, les assureurs 29,3 % et les institutions de prévoyance 19,9 %. Source : Drees, Les dépenses de santé en 2017 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2018.

La complémentaire santé représente 53 % de l'activité des organismes complémentaires sur le champ des risques sociaux en 2013. Elle constitue donc l'activité principale, devant la retraite (20 %), les autres dommages corporels (17 %) et l'assurance décès (10 %). Toutefois, la part de l'activité complémentaire santé dans l'ensemble des risques sociaux s'est légèrement réduite au cours des dernières années au profit de l'activité retraite qui est devenue le deuxième risque en termes de cotisations collectées en 2013, devant les autres dommages corporels.

Sur le seul champ des risques sociaux, les mutuelles sont spécialisées dans la complémentaire santé, puisque l'activité « frais de soins » représente 84 % des cotisations qu'elles collectent sur ce champ. La complémentaire santé constitue également l'activité principale des institutions de prévoyance (48 % des cotisations collectées en 2013 sur le champ des risques sociaux) même si ces dernières ont une activité plus diversifiée que les mutuelles. En revanche, la complémentaire santé ne

représente que 33 % des cotisations collectées par les sociétés d'assurance sur le champ des risques sociaux, soit autant que l'activité retraite (33 %).

B. UN PAYSAGE CONCURRENTIEL AVANTAGEANT LES CONTRATS COLLECTIFS AU DÉTRIMENT DES CONTRATS INDIVIDUELS

1. Des comptes à l'équilibre, mais au détriment des contrats individuels

Selon les chiffres détaillés par le rapport de la Drees [(1)], le marché de l'assurance santé reste très légèrement excédentaire.

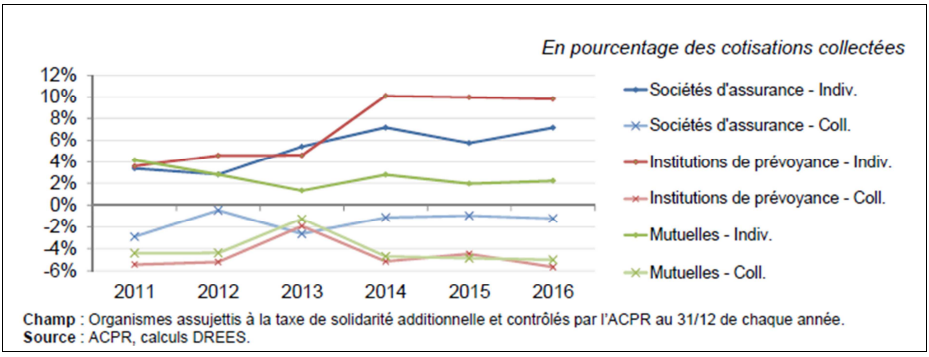
En 2016, les organismes complémentaires ont dans leur ensemble dégagé de légers excédents sur leur activité santé (résultat technique global positif). Ces excédents représentent au total 104 millions d'euros, soit 0,3 % des cotisations collectées hors taxes en 2016, soit du même ordre de grandeur qu'en 2015. Toutes familles d'organismes complémentaires confondues, l'activité santé est légèrement excédentaire depuis plusieurs années.

Cependant, une différence importante existe entre les contrats individuels et les contrats collectifs.

Depuis 2011, les contrats collectifs sont techniquement en moyenne déficitaires, *« ce qui contraint les organismes à compenser ce déficit technique par des produits financiers afin de maintenir leur rentabilité globale »* comme le note le rapport 2016 l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

En 2016, les contrats individuels ont dégagé 4,0 % d'excédents et les contrats collectifs 4,0 % de déficit. Ces excédents et déficits sont du même ordre de grandeur qu'en 2014 et 2015.

RÉSULTAT TECHNIQUE EN SANTÉ SELON LE TYPE D'ORGANISME ET DE CONTRAT



Source : Drees.

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, *mai 2018* https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_2017_sur_la_situation_financiere_des_organismes_complementaires_assurant_une_couverture_sante-2.pdf

La concurrence accrue sur les contrats collectifs, déficitaires, est ainsi compensée par les excédents réalisés sur les contrats individuels.

2. Une rentabilité de l'activité de complémentaire santé

Comme le note la Drees, *« la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ne semble pas avoir eu à ce stade d'effet sur la rentabilité des contrats »*.

En 2016, les institutions de prévoyance sont déficitaires sur leur activité santé (244 millions d'euros de pertes, soit 3,8 % des cotisations collectées hors taxes). Les institutions de prévoyance sont déficitaires depuis plusieurs années en raison de leur spécialisation sur l'activité collective. Toutefois, leurs déficits en santé peuvent être contrebalancés par des excédents sur d'autres activités d'assurance.

Les mutuelles sont en léger excédent en 2016 (18 millions d'euros, soit 0,1 % des cotisations). Elles sont très proches de l'équilibre depuis plusieurs années.

Enfin, les sociétés d'assurance sont excédentaires en 2016 (+ 330 millions d'euros, soit 3 % des cotisations) et ce depuis plusieurs années également.

Entre 2011 à 2016, les contrats collectifs des sociétés d'assurance ont été en moyenne déficitaires, mais moins que ceux des mutuelles et des institutions de prévoyance.

Selon les études citées par la Drees, *« Il semble y avoir un effet de structure des portefeuilles, les sociétés d'assurance vendant relativement plus de contrat haut de gamme, sur lesquels les frais d'acquisition et d'administration sont mieux amortis. À qualité comparable des contrats gérés, les sociétés d'assurance ne semblent pas significativement plus rentables que les mutuelles et les institutions de prévoyance ».*

En individuel, les contrats des sociétés d'assurance ont été eux aussi en moyenne plus rentables que ceux des mutuelles (ceux des institutions de prévoyance, peu nombreux et spécifiques, sont difficilement comparables). Cela s'explique par le fait que les sociétés d'assurance sont majoritairement des organismes de grande taille tandis que les mutuelles sont majoritairement de petite taille, les grands organismes ayant tendance à dégager en moyenne un meilleur résultat technique en individuel que les petits. À taille d'organisme comparable, une société d'assurance ne semble pas significativement plus rentable sur son activité santé individuelle qu'une mutuelle ou une institution de prévoyance.

Enfin, les compagnies d'assurance sont des sociétés d'assurance à but lucratif qui appartiennent à leurs actionnaires, tandis que les sociétés d'assurance mutuelles, les mutuelles et les institutions de prévoyance, à but non lucratif, doivent réinvestir leurs excédents dans l'organisme au bénéfice des adhérents. Les

organismes à but lucratif ne semblent toutefois pas dégager un meilleur résultat technique en santé que leurs concurrents à but non lucratif.

3. 80 % des cotisations hors taxes sont reversées en prestations et 20 % sont destinées à couvrir les charges de gestion des organismes

Dans les comptes de l'activité d'assurance santé, les frais de gestion des sinistres correspondent au traitement des feuilles de soins. Les charges liées à l'obtention de nouveaux contrats sont les frais d'acquisition (publicité, réseau commercial, frais d'ouverture de dossiers, etc.). Enfin, les frais d'administration et autres charges techniques nettes, parfois nommés par la suite par souci de simplicité « frais d'administration », retracent la gestion courante des contrats (recouvrement des cotisations, contractualisation avec des professionnels de santé ou avec des réseaux de soins, changement d'adresse ou de compte bancaire de l'assuré, administration du portefeuille, etc.) ainsi que d'autres charges techniques liées à l'activité d'assurance et à la réglementation (évolution des systèmes d'informations, conséquences des réformes réglementaires, etc.). L'ensemble de ces frais constituent les charges de gestion.

En 2016, les organismes reversent aux assurés 80 % de leurs cotisations (hors taxe) sous forme de prestations. Les organismes complémentaires ont dépensé 7,2 milliards d'euros en 2016 pour leurs frais de gestion, soit 20 % des cotisations hors taxes. Sur ce total, plus de 2,8 milliards d'euros ont été consacrés aux frais d'acquisition, notamment en publicité et communication. L'UFC-Que Choisir a noté une très grande variabilité des frais de gestion des contrats santé individuels, qui s'étalent de 9 % à 42 % des cotisations [(1)] . Depuis 2010, ces frais ont augmenté deux fois plus vite que les remboursements et prestations accordés aux assurés. Alors que le nombre d'organismes a fortement diminué – le nombre de mutuelles a été divisé par trois et le nombre d'institutions de prévoyance par deux depuis 2001 – les gains de productivité rendus possibles par les rapprochements ne sont pas traduits pas des économies de frais de gestion.

Les contrats collectifs offrent un meilleur retour sur cotisation que les contrats individuels. Les institutions de prévoyance offrent le meilleur retour sur cotisations (88 %), devant les mutuelles (80 %) et les sociétés d'assurance (75 %).

Cette hiérarchie entre les trois familles d'organismes s'explique avant tout par le poids des contrats collectifs dans leur activité.

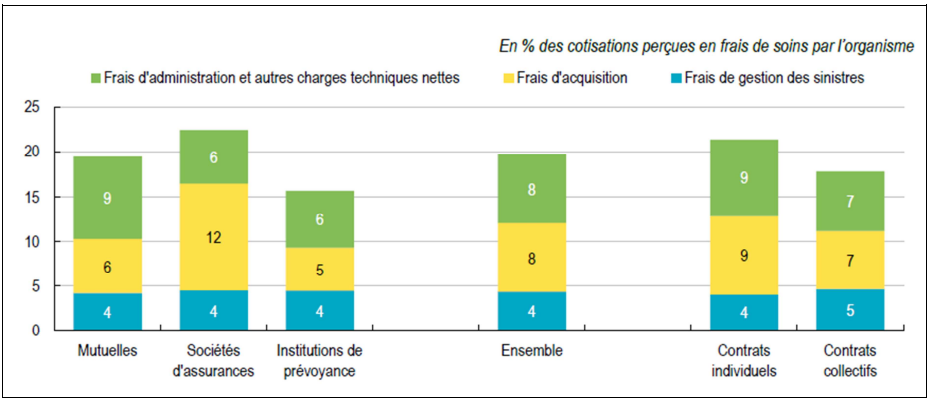
En 2017, les charges de gestion représentent 20 % des cotisations hors taxe des organismes d'assurance. Les charges de gestion sont plus faibles en collectif (19 %) qu'en individuel (22 %).

---

(1) UFC-Que choisir, Complémentaires santé : une lisibilité en berne, des frais de gestion à la dérive, *juin 2018* https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-complementaires-sante-lisibilite-en-berne-grave-derive-des-frais-de-gestion-n55901/

Les institutions de prévoyance affichent les charges les plus faibles (15 %), devant les mutuelles (19 %) puis les sociétés d'assurance (22 %).

PART DES CHARGES DE GESTION DANS LES COTISATIONS EN SANTÉ EN 2017



Source : Drees, Les dépenses de santé en 2017 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2018.

Ces différences entre familles d'organismes s'expliquent d'abord là aussi par le poids du collectif dans l'activité. Les mutuelles se caractérisent également par des frais liés à la gestion courante des contrats et des systèmes d'informations plus élevés tandis que les sociétés d'assurance se distinguent par des frais liés à la publicité, au marketing et à la rémunération des intermédiaires plus importants.

Cependant, lorsque l'on prend en compte le poids des taxes supportées par les assurés sur les contrats de complémentaire santé, ce ratio peut être plus faible.

Le poids des taxes supportées par les assurés sur les contrats de complémentaire santé

Les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé paient, en plus des cotisations du contrat, une taxe dite de solidarité additionnelle (TSA), qui s'élève en 2016, dans le cas général (contrats solidaires et responsables « classiques », c'est-à-dire à destination du grand public), à 13,27 % des cotisations collectées en santé. Une partie du produit de cette taxe (6,27 % des cotisations, dans le cas des contrats responsables classiques) permet de financer la CMU-C et l'ACS *via* le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU). L'autre partie (7 %) est en revanche affectée à la CNAM-TS et à la CNAF. Cette taxe est prélevée par les organismes d'assurance car ceux-ci sont les mieux placés pour le faire, mais elle est ensuite intégralement reversée aux URSSAF. Elle rapporte de l'ordre de 4,8 milliards d'euros chaque année.

Si les organismes reversent aux assurés 80 % de leurs cotisations hors taxes en santé sous forme de prestations, les assurés supportent le poids de la taxe TSA. De leur point de vue, le rapport prestations sur cotisations TTC apparaît donc différent, dans un sens ou dans l'autre selon les cas.

Les assurés qui ont les moyens de payer eux-mêmes leur contrat de complémentaire santé ont un ratio prestations sur cotisations TTC moindre, qui avoisine 70 % en

moyenne (80 euros de prestations reçues pour 100 euros de cotisations payés à l'organisme assureur, auxquels s'ajoutent 13,27 euros de taxes environ).

Les assurés qui bénéficient de l'aide à la complémentaire santé (ACS) ont un rapport prestations sur cotisations TTC plus élevé, puisqu'ils bénéficient du chèque santé qui leur permet de réduire le coût de leur contrat. Ce chèque prendrait en charge en moyenne 63 % de la cotisation TTC d'un assuré en 2016 d'après le rapport 2016-2017 du Fonds CMU sur les bénéficiaires, le contenu et le prix des contrats ayant ouvert droit à l'ACS. Sous l'hypothèse que les bénéficiaires de l'ACS se situent dans la moyenne de la population, leur ratio prestations sur cotisations TTC moyen serait proche de 190 %.

Quant aux personnes couvertes par la CMU-C, elles reçoivent des prestations sans devoir régler de cotisations en contrepartie.

Au global, les Français ont perçu 28,6 milliards d'euros de prestations en 2016 (y compris bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C lorsque leur couverture est gérée par un organisme complémentaire) auxquels s'ajoutent 2 milliards de prestations de la part du régime général pour les personnes à la CMU-C ayant choisi leur régime de base comme gestionnaire (comptes 2016 du Fonds CMU). Les Français ont par ailleurs versé 35,9 milliards d'euros de cotisations hors taxes aux organismes complémentaires, auxquels s'ajoutent 4,8 milliards de taxe TSA. Le ratio prestations sur cotisations de l'ensemble des Français s'élève donc, si l'on prend en compte la taxation, à 75 %, contre 80 % hors taxes.

II. UNE PROPOSITION DE LOI POUR FLUIDIFIER LE MARCHÉ ET LE RÉÉQUILIBRER AU PROFIT DES ASSURÉS LES PLUS VULNÉRABLES

A. UNE DÉPENSE CROISSANTE QUI APPARAÎT DE PLUS EN PLUS COMME CONTRAINTE PAR LA DIFFICULTÉ DE CHANGER D'ORGANISME

1. Un marché peu fluide, du fait de l'absence des difficultés existantes pour résilier les assurances complémentaires

Le législateur a d'ores et déjà prévu que les contrats ou garanties souscrites auprès des assureurs, institutions de prévoyance ou mutuelles doivent pouvoir être résiliés chaque année.

En application des dispositions prévues par l'article L. 113-12 code des assurances pour les contrats des compagnies d'assurances, l'article L. 932-12 du code de la sécurité sociale, pour les adhésions aux institutions de prévoyance, et l'article L. 221-10 du code de la mutualité, pour les adhésions et contrats aux mutuelles, le souscripteur (soit l'employeur, pour les contrats collectifs, ou l'assuré directement, pour les contrats individuels) disposent d'une possibilité annuelle de résiliation du contrat.

Depuis la loi n° 2005-67 du 28 janvier 2005 tendant à conforter la confiance et la protection du consommateur dite « loi Chatel », les assureurs (l'article L. 113-15-1 du code des assurances) et les mutuelles (article L. 221-10-1 du code de la mutualité) ont l'obligation de prévenir les souscripteurs de la

possibilité de ne pas reconduire leur contrat à tacite reconduction couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles, ou leur adhésion à une garantie individuelle, avec chaque avis d'échéance annuelle de prime ou de cotisation, au moins 15 jours avant la date limite de résiliation. Si l'assureur ne respecte pas ce délai, le souscripteur dispose d'une nouvelle période de 20 jours pour faire part de son souhait de résiliation. Si la société d'assurance ou la mutuelle ne prévient pas du tout l'assuré de la date d'anniversaire du contrat avant sa reconduction, il lui est loisible de résilier à tout moment et sans pénalité la garantie souscrite, dès la date de reconduction passée.

L'article 61 de la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation dite « loi Hamon » a introduit un nouvel article L. 113-15-2 dans le code des assurances afin d'autoriser la résiliation des contrats d'assurance tacitement reconductibles à l'issue d'une période d'un an, sans frais ni pénalités pour l'assuré. Ce droit à résiliation s'applique aux contrats couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles et relevant de branches définies par décret en Conseil d'État : le décret n° 2014-1685 du 29 décembre 2014 a rendu ces dispositions applicables aux assurances de véhicules terrestres et de dommages aux biens, ainsi qu'à la responsabilité civile associée.

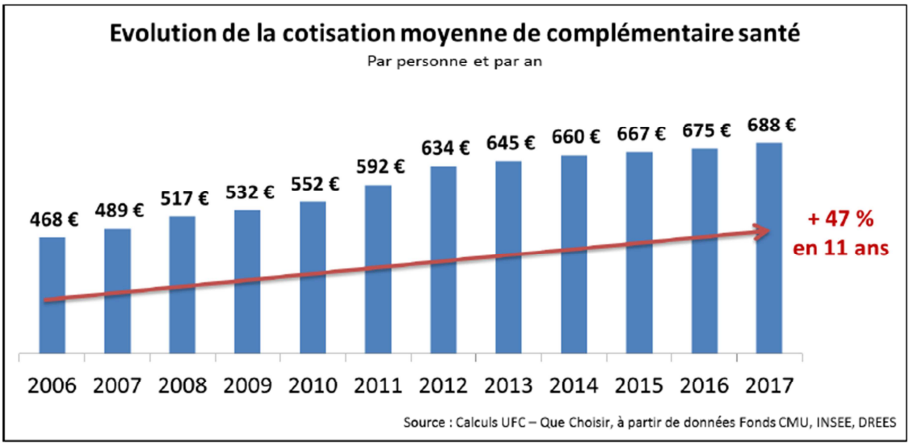
Dans les faits, le souscripteur de couverture complémentaire santé (l'employeur dans le cadre d'un contrat collectif, le bénéficiaire dans le cadre d'un contrat individuel) dispose le plus souvent d'un délai limité à deux ou trois semaines, courant octobre, pour disposer de la tarification proposée par son organisme gestionnaire de complémentaire santé pour l'année suivante et pouvoir, le cas échéant, étudier des offres concurrentes, avant que le contrat ne soit reconduit tacitement pour une année supplémentaire.

Des exemples obtenus par le rapporteur à l'occasion de ces auditions ont également montré que certains organismes utilisaient des méthodes peu loyales voire abusives pour s'opposer à cette résiliation en déclarant non valables des lettres pourtant explicites sur la volonté du souscripteur de mettre fin aux garanties à l'échéance annuelle. On pourra observer que cette résiliation ou dénonciation doit être signifiée par le souscripteur par lettre recommandée avec accusé de réception, alors que l'appel de prime ou de cotisation et les informations faisant courir les délais légaux sont communiqués par les organismes par lettre simple, rendant difficile la preuve de leur envoi tardif.

Ceci explique que la communication des acteurs de ce marché est concentrée sur quelques semaines ce taux de résiliation annuelle serait de l'ordre de 3 à 4 % – alors qu'elle serait de l'ordre de 14 ou 15 % pour les assurances habitation ou automobile. Le rapporteur regrette l'extrême frilosité des représentants des organismes, qui n'ont pas apporté de réponse et de données statistiques claires permettant au Parlement de juger objectivement de l'ampleur du *turnover* existant sur ce marché.

2. Un poste de dépenses de plus en plus important, notamment pour les plus âgés

Selon une étude réalisée par UFC-Que choisir en juin 2018 (1), la cotisation moyenne à une complémentaire santé s'élève en 2017 à 688 euros par an, soit 47 % de plus qu'en 2006, alors que l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) n'a progressé que de 35 % sur la même période. Si des hausses de fiscalité sur les contrats sont intervenues, elles ne justifient que moins du tiers de la progression des cotisations.



Ce constat est particulièrement applicable aux retraités. En 2012 selon l'Enquête santé et protection sociale (ESPS), 93 % des retraités étaient couverts par un contrat individuel ; 2 % étaient couverts par un contrat collectif, et 5 % n'avaient pas de couverture complémentaire santé. Or, les garanties des contrats individuels sont en moyenne moins importantes que celles des contrats collectifs.

Malgré les dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « loi Évin », qui prévoit la portabilité des contrats collectifs et limite les hausses de primes pendant les trois premières années suivant le passage à la retraite, ce dernier se traduit tout de même mécaniquement par un renchérissement de la couverture complémentaire santé. Comme les primes sont entièrement prises en charge par les assurés, contrairement aux contrats collectifs dont les primes sont en partie prises en charge par l'employeur et que le montant des cotisations augmente avec l'âge, de nombreux retraités renoncent à leur ancien contrat collectif et choisissent des contrats individuels offrant de moins bonnes garanties.

---

(1) UFC-Que choisir, Complémentaires santé : une lisibilité en berne, des frais de gestion à la dérive, *juin 2018* https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-complementaires-sante-lisibilite-en-berne-grave-derive-des-frais-de-gestion-n55901/

Pour ces raisons, les retraités paient des primes plus élevées que les non-retraités et le taux d'effort des ménages, c'est-à-dire la part des dépenses de santé dans le revenu disponible, est plus élevé pour les ménages retraités (5,6 %) que pour les ménages non retraités (2,9 %). Le taux d'effort des ménages retraités appartenant aux 20 % des ménages les plus modestes atteint même 10,8 %.

Leur contribution est en effet maximisée par plusieurs effets cumulatifs :

– quel que soit le statut de l'organisme complémentaire, les cotisations augmentent fortement passés un certain âge, avec la consommation médicale des seniors ;

– les retraités qui ne bénéficient ni de la CMU-C ni de l'ACS doivent assumer l'intégralité de la cotisation, alors que la moitié était prise en charge lorsqu'ils étaient salariés ;

– ils sont couverts par des contrats individuels, sur lesquels les organismes complémentaires font des excédents pour être plus compétitifs et déficitaires sur le marché plus compétitifs des contrats collectifs ;

– ils sont soumis à une taxation proportionnelle à la cotisation versée, aboutissant à des niveaux de taxation en volume inéquitables.

Le rapporteur appelle ainsi de ces vœux la mise en place une taxation plus modulée, afin de ne plus pénaliser les contrats individuels des personnes âgées les plus vulnérables ne bénéficiant pas de la CMU-C ou de l'ACS.

B. UNE PROPOSITION DE LOI POUR PERMETTRE AUX ASSURÉS DE BÉNÉFICIER PLUS AISÉMENT DE LA CONCURRENCE

1. Une extension aux complémentaires santé du dispositif introduit par la loi Hamon

L'article premier de la présente proposition de loi propose d'étendre aux contrats de complémentaire santé la faculté de résilier les contrats proposés par les sociétés d'assurance tacitement reconductibles sans frais ou pénalités au-delà de la première année de souscription, faculté introduite pour les contrats couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles par l'article 61 de la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation.

Il n'institue pas en soi la faculté de résiliation aux contrats d'assurance complémentaire santé, mais il ouvre la possibilité à un décret en Conseil d'État d'élargir cette faculté aux contrats souscrits pour la couverture des risques en matière de santé.

La résiliation serait ainsi effective un mois après sa notification, par lettre simple ou *« tout autre support durable »,* soit, dans le cas présent, d'un message électronique transmis de l'assuré à son assureur ou intermédiaire, voire d'un formulaire rempli en ligne, permettant à l'assuré de ne pas devoir supporter les frais d'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (5,33 euros) ou d'un courrier recommandé en ligne (7,20 euros).

L'assureur disposera alors d'un mois pour rembourser le montant de la prime correspondant à la période annuelle pour laquelle il n'assure plus le risque.

L'article 2 applique le même principe aux garanties souscrites auprès des institutions de prévoyance, par adhésion à leur règlement ou souscription à d'un contrat collectif ou individuel.

L'article 3 transpose ce principe aux garanties souscrites auprès des mutuelles, par adhésion à leur règlement ou souscription à d'un contrat collectif ou individuel.

Les directives européennes applicables au secteur de l'assurance, que ce soit en termes de solvabilité des organismes comme en termes de distribution et de droits des consommateurs, ne prévoient pas de traitement spécifique pour les organismes à but non lucratif assurant des prestations d'assurance : aussi le présent texte se doit d'appliquer les mêmes règles aux assureurs, mutuelles et institutions de prévoyance.

2. Une évolution des rapports contractuels entre consommateurs et organismes complémentaires plutôt qu'une révolution

Aujourd'hui, les organismes complémentaires sont d'ores et déjà amenés à gérer des résiliations de garanties souscrites :

– soit à l'échéance annuelle du contrat ou de la garantie souscrite,

– soit en cours d'année, en cas de changement de la situation personnelle d'un bénéficiaire de cette couverture complémentaire : par exemple, changement d'employeur ou départ à la retraite d'un salarié couvert par un contrat collectif, changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession ou retraite pour une personne ayant souscrit un contrat individuel.

RÉCAPITULATIF DES FACULTÉS DE RÉSILIATION EXISTANTES DANS LE CODE DES ASSURANCES

Faculté de résiliation	Délai pour l'assuré	Formalité de notification	Délai de prise d'effet
Résiliation à l'échéance annuelle (article L. 113-12)	Au moins deux mois avant la date d'échéance	Lettre recommandée ou envoi recommandé électronique	À l'échéance
Résiliation à réception d'avis d'échéance annuelle de prime ou de cotisation (article L. 113-15-1)	Vingt jours	Lettre ou horodatage électronique	Lendemain de l'envoi de la notification
Résiliation en cas d'absence ou de non-respect par l'assureur de l'information de l'assuré sur les conditions de résiliation à l'échéance (article L. 113-15-1)	À tout moment au-delà de la première année de souscription	Lettre recommandée ou envoi recommandé électronique	Lendemain de l'envoi de la notification
Résiliation en cas de changement de certaines situations personnelles (article L. 113-16)	Dans les trois mois suivant l'événement	Lettre recommandée ou envoi recommandé électronique	Un mois après notification
Résiliation au-delà de la première année de souscription des assurances habitation et automobile (article L. 113-15-2)	À tout moment au-delà de la première année de souscription	Lettre simple ou courrier électronique	Un mois après notification

La présente proposition de loi ne fait qu'élargir et simplifier les possibilités de recours à une résiliation du contrat ou une dénonciation de l'adhésion en cours d'année qui existent aujourd'hui et pour lesquelles les organismes gestionnaires ont dû mettre en place des procédures adaptées.

Ce changement de contrat complémentaire nécessite un certain nombre d'opérations, de la part des deux organismes :

● pour l'organisme précédemment gestionnaire des garanties en santé :

– arrêt des droits à la date d'effet de la résiliation, que ce soit de manière physique ou électronique, notamment en modifiant l'organisme payeur dans le cadre de la procédure NOÉMIE (norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs) permettant la télétransmission des dossiers de remboursement entre la caisse d'assurance maladie et l'organisme complémentaire ;

– arrêt des prélèvements et remboursement de la prime ou de la cotisation correspondant à la période postérieure à la résiliation du contrat, ou à la dénonciation de la garantie ;

● pour le nouvel organisme gestionnaire :

– émission des droits et des nouvelles cartes d'assuré complémentaire ;

– encaissement des nouvelles cotisations.

Aucune de ces opérations n'est nouvelle pour les organismes gestionnaires de complémentaire santé.

L'article 4 introduit une entrée en vigueur au 1er décembre 2020, de manière à ce que les dispositions du présent texte s'appliquent aux contrats conclus ou renouvelés tacitement le 1er janvier 2021.

Cette entrée en vigueur différée a pour objectif de permettre aux acteurs du secteur – gestionnaire de l'assurance-maladie, gestionnaires de garanties complémentaires, professionnels et établissements de santé – d'avancer sur le déploiement de solutions adaptées à la consultation en temps réel des droits des assurés. Elle est compatible avec les dates de déploiement des dispositifs nécessaires, qui ont fait l'objet de concertations et d'engagements avec les acteurs et notamment les organismes d'assurance maladie complémentaire.

L'objectif du présent texte est ainsi moins de conduire à une multiplication des résiliations et des frais d'acquisition de nouveaux clients que de conduire à assainir le marché en limitant les comportements abusifs de certains organismes, notamment au détriment des titulaires de contrats individuels, qui sont moins en capacité de négocier efficacement les contrats et garanties proposées.

3. Des craintes de déstabilisation du marché invoquées sans fondement

Lors des auditions organisées par le rapporteur, certains acteurs ont peint de manière dramatique et parfois caricaturale les enjeux d'une réforme qui allait déstabiliser le marché, au profit de certains acteurs. Aucun élément objectif ne permet d'étayer ces craintes.

Le rapporteur rappelle qu'en 2014, avant le vote du projet de loi Hamon, les assureurs et mutuelles avaient prédit que cette faculté de résiliation conduirait à déstabiliser le marché de l'assurance automobile et le marché de l'assurance habitation : cinq ans plus tard, ils reconnaissent qu'après une augmentation de quelques points du taux annuel de résiliation, celui-ci a retrouvé un taux de l'ordre de 14 à 15 % par an, sans avoir bousculé les équilibres du marché.

De la même manière, des avancées normatives importantes ont ouvert le marché de l'assurance emprunteur ces dernières années (loi n° 2010-737 du 1er juillet 2010 portant réforme du crédit à la consommation, dite loi Lagarde, ouvrant la possibilité de s'adresser à l'assureur de son choix ; loi Hamon, permettant de résilier son contrat initial pour une offre plus intéressante dans l'année suivant la conclusion du prêt ; loi n° 2017-203 du 21 février 2017, contenant l'amendement dit Bourquin permettant de substituer au contrat d'assurance de groupe proposé par le prêteur un autre contrat d'assurance, en faisant usage du droit de résiliation annuel). Elles ont contribué à transformer le marché de l'assurance emprunteur avec l'apparition de nombreux acteurs et des baisses de tarifs pouvant atteindre 30 %, tout en procurant les mêmes garanties pour l'organisme de crédit.

La présente proposition de loi ne vise donc pas à faire baisser le taux de recours aux complémentaires en matière de santé. Car même si cette assurance reste facultative pour les non-salariés, grâce au dispositif de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et d'aide à la complémentaire santé (ACS), elle est quasiment universelle en France avec 95 % de la population couverte. Alors que seuls les salariés sont soumis à une obligation de couverture – 19 millions de personnes représentant un tiers de la population, les deux tiers de la population sont librement et volontairement affiliés à une complémentaire santé, comme assurés ou comme ayants droit.

Les mesures prises, et notamment le plan « 100 % santé », ont montré que la majorité de notre Assemblée est attachée à une prise en charge mutualisée de l'ensemble des soins de santé des Français, y compris en optique, en orthodontie et en audioprothèse. Pendant plusieurs années, s'est en effet développée sur le marché de la complémentaire santé une concurrence exercée sans contrôle, notamment sur le marché du remboursement des équipements d'optique, avec des niveaux de remboursement exagérés conduisant à une prise en charge mutualisée de frais ne relevant plus de la santé.

Elle ne vise pas ni à bouleverser ni à renforcer une segmentation du marché entre des assurés qui seraient des « bons risques » et des « mauvais risques » : dans les faits, les catégories qui le sont susceptibles d'être exposées à des dépenses de santé importantes sont aujourd'hui aussi bien couvertes par le secteur lucratif que par le secteur non lucratif.

Elle n'ouvre pas la porte à une guerre commerciale pour acquérir de nouveaux clients, aboutissant à une hausse des frais de publicité et de commercialisation.

Elle vise avant tout à assainir et fluidifier un marché, en laissant les assurés libres de changer d'organismes lorsqu'ils estiment que les garanties proposées et le service rendu ne sont pas à la hauteur de leurs attentes.

Elle sera favorable aux retraités, dont les contrats individuels dégagent des bénéfices notables et permettent ainsi aux organismes de proposer des tarifs agressifs sur le marché concurrentiel des contrats collectifs destinés aux salariés. Il n'est donc pas surprenant que 95 % des plus de 65 ans soutiennent le principe de la proposition de loi, car 74 % d'entre eux jugent aujourd'hui contraignantes les conditions de résiliations d'une complémentaire santé, selon le sondage précité réalisé par l'Ifop pour Alan [(1)].

Elle ne pourra pas susciter des comportements opportunistes : les engagements du plan « 100 % santé », prévoyant une durée minimale

---

(1) https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-lassouplissement-des-conditions-de-resiliation-des-complementaires-sante/ *et* https://blog.alan.eu/assurance-sante-10-idees-fausses-sur-la-resiliation-a-tout-moment

pluriannuelle avant la prise en charge d'un nouvel équipement, devront être contrôlés à partir des données recueillies par l'assurance maladie obligatoire.

Le choix d'une complémentaire santé reste une décision essentielle. Les entreprises ont l'obligation de couvrir leurs salariés et changer de couverture est pour elles une décision importante, prise en concertation avec les salariés. Les assurés individuels eux aussi cherchent avant tout une protection pérenne face à leurs dépenses de santé.

4. La juste concurrence entre acteurs du marché de la complémentaire santé passe également par un renforcement de la lisibilité et de la comparabilité des garanties proposées

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.

En application de la directive (UE) 2016/97 du Parlement européen et du Conseil du 20 janvier 2016 sur la distribution d'assurances, transposée par l'ordonnance n° 2018-361 du 16 mai 2018 relative à la distribution d'assurances, les organismes complémentaires doivent désormais fournir avant conclusion d'un contrat un document d'information normalisé sur le produit d'assurance élaboré par le concepteur du produit, présentant uniquement *« un résumé de la couverture d'assurance, y compris les principaux risques assurés, les plafonds de garantie et, le cas échéant, la couverture géographique et un résumé des risques non couverts »*.

En outre, comme les associations de consommateurs l'ont rappelé, à plusieurs reprises les organismes d'assurance maladie complémentaire, représenté par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) se sont engagés à améliorer la transparence et la lisibilité sur leurs garanties, notamment dans le cadre de la Déclaration commune portant

engagement de bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties de complémentaires santé, signée en octobre 2010.

Cependant, selon une étude réalisée par UFC-Que choisir en juin 2018 (1), *« 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 obligatoire 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. À 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 »*.

Aussi 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, le rapporteur estime 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.

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, pour les documents contractuels émis à compter du 1er janvier 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.

---

(1) UFC-Que choisir, Complémentaires santé : une lisibilité en berne, des frais de gestion à la dérive, *juin 2018* https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-complementaires-sante-lisibilite-en-berne-grave-derive-des-frais-de-gestion-n55901/

L'UNOCAM et les principales familles d'organismes complémentaires d'assurance maladie se sont engagées à *« inciter leurs membres à respecter cet engagement et assureront un suivi de sa mise en œuvre. À 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, 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 pas signataires du document du 14 février 2019, et notamment les représentants des intermédiaires et courtiers. En l'absence de norme générale applicable à tous, les engagements pris par les fédérations ne seront pas opposables à l'ensemble des acteurs.

C. DES AMÉLIORATIONS APPORTÉES AU DISPOSITIF PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

À l'occasion de son examen, la commission des affaires sociales a adopté la présente proposition de loi, en modifiant et en enrichissant le dispositif proposé par plusieurs amendements présentés par le rapporteur.

Outre diverses améliorations rédactionnelles, ces amendements poursuivent des objectifs de sécurisation et de simplification du dispositif de résiliation, ainsi que d'amélioration de la lisibilité et de la comparabilité des garanties proposées par les organismes complémentaires.

1. Préciser et sécuriser le délai de prise d'effet de la résiliation, porté à la fin du mois suivant la notification

Afin de rendre certaine la date d'effet de la résiliation de la couverture complémentaire santé, mais également afin de faciliter les opérations de prélèvements des cotisations dues sur le bulletin de salaire ou le compte bancaire, trois amendements du rapporteur, modifiant de manière similaire les articles 1er, 2 et 3, ont prévu que la résiliation ou la dénonciation prenne effet non plus un mois après réception de la notification, mais à la fin du mois suivant la réception de sa notification.

Ce délai facilitera les opérations à réaliser par l'assuré, par les organismes complémentaires et par les caisses d'assurance maladie pour assurer une couverture complémentaire sans interruption.

2. Donner mandat au nouvel organisme complémentaire pour procéder à la résiliation des garanties existantes

Afin de simplifier les démarches pour l'assuré et à lui garantir une couverture complémentaire pendant toute la procédure de changement d'organisme, mais également afin de faciliter les transferts d'informations

nécessaires à la télétransmission, au tiers payant et aux engagements pluriannuels, une seconde série d'amendements, adoptés par la commission à l'initiative du rapporteur, prévoit la possibilité pour le nouvel organisme complémentaire de procéder aux opérations de résiliation, par mandat donné par l'assuré.

3. Améliorer la transparence des garanties en communiquant le taux de reversement des contrats proposés par l'organisme complémentaire en lieu et place du montant et de la composition des frais de gestion et d'acquisition

Introduit par la commission des affaires sociales à l'initiative du rapporteur, l'article 3 *bis* propose de substituer à la communication annuelle obligatoire du montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties en matière de santé la communication avant conclusion du contrat puis annuelle du taux de redistribution de la catégorie de contrat souscrit, déterminé en divisant les prestations versées par les cotisations et primes reçues, dans un objectif de simplification et d'amélioration de la lisibilité des offres.

4. Confier à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution un rapport d'évaluation du respect par les organismes gestionnaires d'assurance complémentaire santé des engagements de lisibilité des garanties pris par leurs représentants

Inséré par la commission des affaires sociales à l'initiative du rapporteur, l'article 3 *ter* confie à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (APCR), qui possède parmi ses missions la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires des assureurs, mutuelles et instituts de prévoyance, la tâche d'élaborer avant octobre 2020 un rapport d'évaluation du respect par les organismes gestionnaires d'assurance complémentaire santé et leurs intermédiaires des engagements de lisibilité des garanties pris par leurs représentants le 14 février dernier en présence de la ministre des solidarités et de la santé.

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 ces engagements, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

*

* *

COMMENTAIRES D'ARTICLES

La commission des affaires sociales a adopté la proposition de loi modifiée. En conséquence, elle demande à l'Assemblée nationale de l'adopter dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport (http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/ta-commission/r1772-a0.pdf)

Article 1er

Faculté de résilier sans frais et à tout moment après la première année de souscription les contrats de complémentaire santé proposés par les sociétés d'assurance

Adopté par la commission avec modifications

Le présent article propose d'étendre aux contrats de complémentaire santé la faculté de résilier les contrats proposés par les sociétés d'assurance tacitement reconductibles sans frais ou pénalités au-delà de la première année de souscription, faculté introduite pour les contrats couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles par l'article 61 de la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation.

Le présent article applique le principe de la résiliation sans frais à l'issue de la première année de souscription à des catégories de contrats proposés par les entreprises d'assurances à but lucratif ou non lucratif, déterminées par décret en Conseil d'État.

Les sociétés anonymes d'assurance sont des personnes morales de droit privé régies par le code des assurances. Contrairement aux institutions de prévoyance, aux mutuelles et aux sociétés d'assurance mutuelles, les sociétés anonymes d'assurance sont des personnes morales commerçantes. Elles sont constituées selon les procédures applicables aux sociétés commerciales. Les organismes assureurs régis par le code des assurances ont une compétence étendue à l'ensemble des risques assurables (assurance de dommages, de responsabilité et assurance de personnes) sous réserve du respect des principes de séparation des risques et de spécialité.

Les sociétés d'assurance mutuelles sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif également régies par le code des assurances. Elles ont un objet non commercial. Les sociétés d'assurance mutuelles sont constituées pour assurer les risques apportés par leurs sociétaires. Elles interviennent notamment dans le domaine de la protection sociale complémentaire qui recouvre la garantie des risques liés à la personne (maladie, maternité, incapacité de travail, invalidité, décès, dépendance).

1. Les possibilités de résiliation des contrats d'assurance existantes avant la loi du 17 mars 2014

La loi du 17 mars 2014 est venue ajouter une faculté de résiliation par l'assuré aux trois cas préexistants au sein du code des assurances, obéissant chacun à des conditions spécifiques de fond et de forme :

– la résiliation à l'échéance annuelle ;

– la résiliation en cas d'absence ou de non-respect par l'assureur de l'information de l'assuré sur les conditions de résiliation à l'échéance ;

– la résiliation en cas de changement de certaines situations personnelles.

a. La résiliation à l'échéance annuelle

L'article L. 113-12 du code des assurances, qui constitue une des règles communes aux assurances de dommages et aux assurances de personnes, pose le principe selon lequel *« la durée du contrat et les conditions de résiliation sont fixées par la police »*. Cet article prévoit cependant que l'assuré, tout comme l'assureur, ont le droit de résilier le contrat à l'expiration d'un délai d'un an, en envoyant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance. Le droit de résilier le contrat tous les ans doit être rappelé dans chaque police et le délai de résiliation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

L'article L. 113-12 précise enfin qu'il peut être dérogé à cette règle pour les contrats individuels d'assurance maladie et pour la couverture des risques autres que ceux des particuliers.

b. La résiliation en cas d'absence ou de non-respect par l'assureur de l'information de l'assuré sur les conditions de résiliation à l'échéance

Depuis la loi dite « Chatel » du 28 janvier 2005 tendant à conforter la confiance et la protection du consommateur, l'article L. 113-15-1 du même code prévoit, pour les contrats à tacite reconduction couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles, que la date limite d'exercice par l'assuré du droit à dénonciation du contrat doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou après cette date, l'assuré est informé qu'il dispose d'un délai de vingt jours pour dénoncer la reconduction du contrat.

Si cette information ne lui a pas été adressée l'assuré peut mettre un terme au contrat, sans pénalités en envoyant une lettre recommandée à l'assureur. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

c. La résiliation en cas de changement de certaines situations personnelles

L'article L. 113-16 du code des assurances prévoit également que le contrat d'assurance peut être résilié par chacune des parties sans préavis dans des hypothèses strictement définies : changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession ou retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

La résiliation anticipée de l'assurance automobile est également possible en cas de vente, de cession gratuite ou de mise à la casse du véhicule.

La résiliation anticipée ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ; elle prend effet un mois après que l'autre partie au contrat en a reçu notification. Celle-ci doit être effectuée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception, en application de l'article R. 113-6 du code des assurances.

2. La faculté de résiliation au-delà de la première année de souscription introduite par certains contrats par la loi du 17 mars 2014

L'article 61 de la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation dite « loi Hamon » a introduit un nouvel article L. 113-15-2 dans le code des assurances afin d'autoriser la résiliation des contrats d'assurances tacitement reconductibles à l'issue d'une période d'un an, sans frais ni pénalités pour l'assuré.

Ce droit à résiliation s'applique aux contrats couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles et relevant de branches définies par décret en Conseil d'État : le décret n° 2014-1685 du 29 décembre 2014 a rendu ces dispositions applicables aux assurances de véhicules terrestres et de dommages aux biens, ainsi qu'à la responsabilité civile associée.

Il prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification, *« par lettre ou tout autre support durable »*. Cette dernière notion de « *support durable* », issue du droit européen de la consommation [(1)], n'a reçu une définition légale que par l'ordonnance n° 2017-1433 du 4 octobre 2017 relative à la dématérialisation des relations contractuelles dans le secteur financier, qui a introduit l'article L. 111-9 au sein du code des assurances qui prévoit que *« constitue un support durable, au sens du présent code, tout instrument offrant la possibilité à l'assuré, à l'assureur, à l'intermédiaire ou au souscripteur d'un contrat d'assurance de groupe de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement, afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de*

(1) Par exemple, la directive 2002/65/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 concernant la commercialisation à distance de services financiers auprès des consommateurs ou la directive 2011/83/UE du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2011 relative aux droits des consommateurs.

temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées ». Il peut donc ainsi s'agir d'une clé USB, d'un CD-Rom ou DVD-Rom, d'une carte mémoire, d'un disque dur, mais plus vraisemblablement dans le cas présent, d'un message électronique transmis de l'assuré à son assureur ou intermédiaire, voire d'un formulaire rempli en ligne.

Cette disposition précisant un mode de notification spécifique se surajoute aux dispositions de l'article L. 113-14 du code des assurances qui prévoit que *« dans tous les cas où l'assuré a la faculté de demander la résiliation, il peut le faire à son choix, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège social ou chez le représentant de l'assureur dans la localité, soit par acte extrajudiciaire, soit par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, soit par tout autre moyen indiqué dans la police. »*.

RÉCAPITULATIF DES FACULTÉS DE RÉSILIATION EXISTANTES

Faculté de résiliation	Délai pour l'assuré	Formalité de notification	Délai de prise d'effet
Résiliation à l'échéance annuelle (article L. 113-12)	Au moins deux mois avant la date d'échéance	Lettre recommandée ou envoi recommandé électronique	À l'échéance
Résiliation à réception d'avis d'échéance annuelle de prime ou de cotisation (article L. 113-15-1)	Vingt jours	Lettre ou horodatage électronique	Lendemain de l'envoi de la notification
Résiliation en cas d'absence ou de non-respect par l'assureur de l'information de l'assuré sur les conditions de résiliation à l'échéance (article L. 113-15-1)	À tout moment au-delà de la première année de souscription	Lettre recommandée ou envoi recommandé électronique	Lendemain de l'envoi de la notification
Résiliation en cas de changement de certaines situations personnelles (article L. 113-16)	Dans les trois mois suivant l'événement	Lettre recommandée ou envoi recommandé électronique	Un mois après notification
Résiliation au-delà de la première année de souscription (article L. 113-15-2)	À tout moment au-delà de la première année de souscription	Lettre simple ou courrier électronique	Un mois après notification

Dans le cas où l'assuré aurait versé un montant de prime supérieur à celui dû pour la période effectivement couverte par l'ancien contrat, l'assureur serait tenu de rembourser ce surplus dans un délai de trente jours au *prorata temporis*. À défaut, les sommes dues à l'assuré produiraient intérêts au taux légal.

Cette faculté de résiliation est mentionnée à la fois dans le contrat d'assurance et dans les avis d'échéance.

Enfin, pour les assurances obligatoires en matière de responsabilité civile automobile et de risques locatifs du logement, il est prévu que le nouvel assureur reçoive mandat de l'assuré pour procéder à la résiliation auprès de l'ancien assureur en évitant toute interruption de la couverture assurancielle.

3. Les apports de la version initiale du présent article

Le 1° du présent article modifie l'article L. 113-15-2 du code des assurances en prévoyant que la faculté de résiliation sans frais ni délai après la première année d'assurance s'exerce pour certaines branches, mais également certaines catégories de contrats d'assurance couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles.

Il n'institue pas en soi la faculté de résiliation aux contrats de complémentaire santé, mais il ouvre la possibilité à un décret en Conseil d'État d'élargir cette faculté aux contrats souscrits pour la couverture des risques en matière de santé.

Les 2° et 3° du présent article organisent le dispositif applicable aux adhésions obligatoires à un contrat souscrit par l'employeur aux salariés.

L'obligation des salariés d'adhérer à la complémentaire santé de l'entreprise

En application de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, mis en œuvre par la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, les employés doivent mettre en place une couverture en matière de remboursement de frais de santé pour les salariés au moins égale à la couverture socle définie par décret et financée au moins pour moitié par l'employeur, conformément à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

En principe, la complémentaire santé de l'entreprise est obligatoire pour tous les salariés. Mais en application des articles L. 911-7 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale, un salarié peut refuser d'y adhérer dans l'un des cas suivants :

– s'il bénéficie de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ;

– s'il a souscrit un contrat individuel, jusqu'à l'échéance de ce contrat ;

– s'il bénéficie déjà d'une des couvertures collectives suivantes : un autre régime de frais de santé collectif obligatoire, un contrat d'assurance de groupe dit « Madelin », la mutuelle des agents de l'État ou des collectivités territoriales, le régime local d'Alsace-Moselle ou le régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;

– en cas de contrat à durée déterminée de moins de trois mois et que la couverture collective obligatoire ne prévoit pas d'adhésion d'une durée d'au moins 3 mois, ou en cas de contrat à durée déterminée de plus de 3 mois, si le dispositif de prévoyance dans l'entreprise prévoit cette faculté : le salarié peut alors demander à bénéficier du dispositif des chèques santé afin d'obtenir une aide de l'employeur pour financer un contrat individuel ;

– si le salarié était déjà employé par l'entreprise lors de la mise en place de la couverture collective obligatoire, si le dispositif prévoit cette faculté ou si la complémentaire a été mise en place par décision unilatérale de l'employeur avec participation financière du salarié.

Le 2° du présent article prévoit ainsi que cette faculté de résiliation n'est pas offerte à l'assuré *« lorsque le lien qui l'unit à l'employeur rend obligatoire l'adhésion au contrat »* : les salariés concernés par l'obligation d'adhésion à la couverture santé obligatoire ne pourront donc pas utiliser cette disposition pour résilier leur adhésion.

Cependant, le 3° du présent article prévoit que cette faculté sera ouverte à l'employeur, qui pourra ainsi à tout moment dénoncer le contrat collectif conclu pour couvrir ses salariés.

Dans les faits, cette faculté restera cependant soumise à plusieurs conditions :

– l'employeur devra souscrire une couverture collective répondant aux conditions fixées par le législateur ainsi que, le cas échéant, par la convention collective de branche et par un accord collectif d'entreprise ;

– cette couverture devra prévoir les mêmes garanties que le contrat précédent, l'employeur ne pouvant les remettre en cause sans respecter le formalisme prévu par le droit du travail pour la dénonciation d'un accord collectif à durée indéterminée (1) ou d'une décision unilatérale de l'employeur.

Les possibilités de dénoncer un accord collectif

Lorsque la protection sociale repose sur une convention ou un accord collectif, sa dénonciation est régie par les dispositions des articles L. 2222-6 et L. 2261-9 à L. 2261-13 du code du travail, lesquelles organisent, à défaut de dispositions conventionnelles différentes, une procédure légale de dénonciation comportant les éléments suivants :

– préavis de trois mois ;

– délai de survie des termes de l'accord pendant une durée d'un an, permettant l'ouverture d'éventuelles négociations en vue du remplacement de l'accord ;

– à défaut de nouvel accord applicable, maintien des avantages individuels acquis au bénéfice des salariés précédemment concernés par l'accord ; les tribunaux devront alors préciser la notion d'« avantages individuels acquis » en matière de protection sociale complémentaire, selon que le risque assuré s'est réalisé ou non à la date de cessation de la convention ou de l'accord collectif (cf. Cass. soc., 18 mars 2009, n° 07-43.324).

En revanche, s'agissant d'une couverture sociale reposant sur un référendum ou un engagement unilatéral de l'employeur, les dispositions des articles L. 2222-6 et L. 2261-9 à L. 2261-13 du code du travail ne sauraient être appliquées. Il convient par conséquent de se référer à la procédure de dénonciation organisée par les dispositions de l'accord lui-même et, à défaut de telles dispositions, à la jurisprudence relative à la mise en cause des usages d'entreprise et des accords atypiques, laquelle exige les éléments de procédure suivants :

– information préalable des instances représentatives du personnel ;

(1) Seuls les accords d'entreprise à durée indéterminée peuvent être dénoncés.

– dénonciation individuelle adressée à chaque salarié concerné par les avantages remis en cause par l'employeur ;

– respect par l'employeur d'un préavis suffisant pour permettre l'ouverture d'éventuelles négociations avec la collectivité des salariés concernés.

Au terme du préavis, et à défaut de nouvel accord avec l'employeur, le système de protection sociale précédemment applicable est anéanti, l'entreprise ne pouvant être contrainte de maintenir les avantages individuellement acquis par chaque salarié (Cass. soc., 25 févr. 1988, n° 85-40.820).

4. Les améliorations apportées par la commission des affaires sociales

À l'occasion de son examen, la commission des affaires sociales a adopté plusieurs amendements du rapporteur, apportant diverses améliorations rédactionnelles.

Toujours à l'initiative du rapporteur, elle a modifié le dispositif initial en y apportant deux améliorations essentielles, concernant la date d'effet de la résiliation et l'instauration d'un mandat donné au nouvel organisme complémentaire pour procéder à la résiliation.

a. Un délai de prise d'effet de la résiliation porté à la fin du mois suivant la notification

En prévoyant que la garantie prend fin un mois après réception de la notification, la rédaction de l'article L. 113-15-2 du code des assurances laisse planer une incertitude, liée au délai de transmission, sur la date à laquelle la garantie résiliée sera résiliée et donc sur la date à laquelle la nouvelle garantie doit entrer en vigueur.

En outre, pour les contrats collectifs, il apparaît nécessaire que le changement de contrat correspond à la fin d'un mois calendaire, afin de faciliter les opérations de prélèvements sur le bulletin de salaire des cotisations dues. Pour les contrats individuels faisant l'objet d'un paiement par prélèvement mensuel, le remboursement des éventuels trop-perçus n'aura pas à avoir lieu si l'organisme n'a qu'à mettre fin au prélèvement mensuel de la cotisation.

L'amendement adopté par la commission prévoit que la résiliation ou la dénonciation prenne effet non plus un mois après réception de la notification, mais à la fin du mois suivant la réception de sa notification. Cette rédaction permet de rendre certaine et prévisible la date de fin du contrat résilié ou de l'adhésion dénoncée par le consommateur, et ainsi la date de fin de ses garanties de sa couverture complémentaire santé.

Ce délai facilitera les opérations à réaliser par l'assuré, par les organismes complémentaires (ancien et nouveau) et par les caisses d'assurance maladie pour assurer une couverture complémentaire sans interruption.

b. Un mandat donné au nouvel organisme complémentaire pour procéder à la résiliation des garanties existantes

Un second amendement adopté par la commission prévoit la possibilité pour le nouvel assureur de procéder aux opérations de résiliation, par mandat donné par l'assuré. La « loi Hamon » avait ouvert cette même facilité aux garanties obligatoires en matière d'assurance automobile et d'assurance locative.

Il vise ainsi à simplifier les démarches pour l'assuré et à lui garantir une couverture complémentaire pendant toute la procédure, sans se retrouver en situation de double couverture ou d'interruption de cette même couverture.

Il vise également à faciliter les transferts d'information nécessaires à la télétransmission et au tiers payant, en modifiant l'organisme payeur dans le cadre de la procédure NOÉMIE (norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs) permettant la télétransmission des dossiers de remboursement entre la caisse d'assurance maladie et l'organisme complémentaire, ainsi que la vérification des durées minimales pluriannuelles avant la prise en charge d'un nouvel équipement prévue par les contrats responsables dans le cadre du plan « 100 % santé ».

*

* *

Article 2

Faculté de dénoncer sans frais et à tout moment après la première année les garanties proposées par les institutions de prévoyance

Adopté par la commission avec modifications

Le présent article transpose aux garanties souscrites auprès des institutions de prévoyance, par adhésion à leur règlement ou souscription à d'un contrat collectif ou individuel, la faculté de résiliation sans frais ou pénalités au-delà de la première année de souscription.

Il n'institue pas en soi la faculté de résiliation des garanties de complémentaire santé proposée par ces institutions, mais il ouvre la possibilité à un décret en Conseil d'État d'élargir cette faculté aux opérations organisant la couverture des risques en matière de santé.

1. Les spécificités des institutions de prévoyance

Les institutions de prévoyance (IP) sont des organismes paritaires à but non lucratif qui gèrent les garanties de retraite supplémentaire, de prévoyance complémentaire et de complémentaire santé dans le cadre de contrats collectifs pour les salariés. Les institutions peuvent également mettre en œuvre une action sociale au profit de leurs membres participants.

Les institutions sont créées par une convention collective ou par un accord collectif et recouvrent soit une branche professionnelle, soit une profession, soit une catégorie professionnelle. Les institutions interprofessionnelles sont créées par des représentants des entreprises et des salariés pour intervenir dans plusieurs entreprises, branches et professions. Les institutions d'entreprise sont issues de la conclusion d'un accord collectif ou d'une convention au sein de l'entreprise.

Les institutions de prévoyance sont régies par le titre 3 du livre 9 du code de la sécurité sociale. Elles sont dirigées par un conseil d'administration constitué à parts égales des membres adhérents – à savoir les entreprises ayant adhéré à un contrat d'assurance proposé par l'IP – et des membres participants – les salariés et anciens salariés affiliés à l'IP.

Elles proposent trois types de couverture :

– des opérations collectives à adhésion obligatoire, par laquelle une entreprise, dénommée l'adhérent, adhère par la signature d'un bulletin au règlement d'une institution de prévoyance ou souscrit auprès de celle-ci un contrat au profit de ses salariés en vue d'assurer, la couverture d'engagements ou de risques, lorsque les salariés concernés sont obligatoirement affiliés à ladite institution, dont ils deviennent membres participants ; la couverture complémentaire santé obligatoire relève de cette catégorie ;

– des opérations collectives à adhésion facultative, lorsque les salariés ou les membres concernés sont libres de s'affilier à ladite institution ;

– des opérations individuelles, lorsque le salarié ou l'ancien salarié d'un adhérent ou un de ses ayants droit adhère par la signature d'un bulletin à un règlement de cette institution ou souscrit un contrat auprès de celle-ci en vue de s'assurer la couverture d'engagements ou de risques.

2. Les possibilités existantes de dénonciation de l'adhésion ou de résiliation des garanties des institutions de prévoyance

L'article L. 932-12 du code de la sécurité sociale, applicable aux opérations collectives à adhésion obligatoire, prévoit que l'adhérent et l'institution de prévoyance peuvent dénoncer l'adhésion ou résilier le contrat tous les ans – par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, au moins deux mois avant la date d'échéance, en application de l'article R. 932-1-6 du même code.

L'article L. 932-19 du même code rend ces dispositions applicables aux opérations collectives à adhésion facultative et aux opérations individuelles.

Toutefois, la faculté de dénonciation ou de résiliation n'est pas offerte à l'adhérent lorsque l'adhésion à l'institution résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux *« opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui comportent une valeur de rachat »*, c'est-à-dire aux opérations d'assurance-vie.

3. Les apports du présent article

Le 1° du présent article modifie l'article L. 932-12 du code de la sécurité sociale afin de supprimer l'interdiction pour l'adhérent de résilier la garantie lorsqu'elle résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel.

Le 2° introduit un nouvel article L. 932-12-1 régissant la faculté de dénonciation de l'adhésion reprenant les dispositions de l'article L. 113-15-2 du code des assurances, telles que prévues par la loi et modifiées par l'article 1er de la présente proposition de loi :

– il ouvre à l'adhérent – l'entreprise souscriptrice, pas le salarié membre participant – la faculté de résiliation sans frais ni délai après la première année d'assurance des contrats couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles et relevant de branches ou catégories de contrats définies par décret en Conseil d'État ; ce faisant, il ne prévoit pas le cas où l'employeur adhérent n'a pas fait qu'adhérer au règlement d'une institution de prévoyance, mais souscrit auprès de celle-ci un contrat prévoyant des conditions spécifiques ;

– il prévoit que cette dénonciation prend effet un mois après que l'institution en a reçu notification, *« par lettre ou tout autre support durable »* ;

– cette faculté de dénonciation doit être mentionnée à la fois dans le contrat et dans les avis d'échéance ;

– dans le cas où l'assuré aurait versé un montant de prime supérieur à celui dû pour la période effectivement couverte par l'ancien contrat, l'institution serait tenu de rembourser ce surplus dans un délai de trente jours au *prorata temporis*. À défaut, les sommes dues à l'assuré produiraient intérêts au taux légal.

Les 3° et 4° modifient l'article L. 932-19 pour rendre le nouvel article L. 932-12-1 applicable aux opérations individuelles, pour laquelle le salarié participant se voit reconnaître la possibilité de procéder à la dénonciation de son adhésion.

Pour les opérations collectives à adhésion facultative, le 5° complète l'article L. 932-21 régissant la faculté de dénonciation de l'affiliation, en reprenant également les dispositions de l'article L. 113-15-2 du code des assurances, telles que prévues par la loi et modifiées par l'article 1er de la présente proposition de loi :

– il ouvre à l'adhérent – l'entreprise souscriptrice – comme au participant – le salarié affilié membre participant – la faculté de résiliation sans frais ni délai après la première année d'assurance des contrats couvrant les personnes physiques

en dehors de leurs activités professionnelles et relevant de branches ou catégories de contrats définies par décret en Conseil d'État ; ce faisant, il ne prévoit pas le cas où l'employeur adhérent n'a pas fait qu'adhérer au règlement d'une institution de prévoyance, mais souscrit auprès de celle-ci un contrat prévoyant des conditions spécifiques ;

– il prévoit que cette dénonciation prend effet un mois après que l'institution en a reçu notification, *« par lettre ou tout autre support durable »* ;

– cette faculté de dénonciation doit être mentionnée à la fois dans le contrat, la notice d'information et dans les avis d'échéance ;

– dans le cas où le participant ou l'adhérent aurait versé un montant de prime supérieur à celui dû pour la période effectivement couverte par l'ancienne garantie, l'institution serait tenu de rembourser ce surplus dans un délai de trente jours au *prorata temporis*. À défaut, les sommes dues au participant ou à l'adhérent produiraient intérêts au taux légal.

Un décret précisera les modalités et conditions d'application de ces dispositions.

4. Les améliorations apportées par la commission des affaires sociales

À l'occasion de son examen, la commission des affaires sociales a adopté plusieurs amendements du rapporteur, apportant diverses améliorations rédactionnelles.

Par parallélisme avec les améliorations adoptées à l'article 1er, elle a adopté les mêmes améliorations essentielles proposées par le rapporteur :

– la fixation du délai de prise d'effet de la résiliation du contrat ou de la dénonciation de l'adhésion à la fin du mois suivant la notification – en lieu et place du délai d'un mois prévu par le texte initial – afin de faciliter les opérations techniques de basculement du contrat résilié vers le contrat souscrit ;

– le mandat donné au nouvel organisme complémentaire pour résilier l'ancien contrat ou l'ancienne adhésion, afin de simplifier les démarches pour l'adhérent, de lui garantir le maintien d'une couverture complémentaire pendant toute la procédure et de faciliter les transferts d'information nécessaires à la télétransmission, au tiers payant et au respect des règles applicables aux contrats responsables dans le cadre du plan « 100 % santé ».

*

* *

Article 3

Faculté de dénoncer sans frais et à tout moment après la première année les garanties proposées par les mutuelles

Adopté par la commission avec modifications

Le présent article transpose aux garanties souscrites auprès des mutuelles, par adhésion à leur règlement ou souscription à d'un contrat collectif ou individuel, la faculté de résiliation sans frais ou pénalités au-delà de la première année de souscription.

Cet article n'institue pas en soi la faculté de résiliation aux contrats de complémentaire santé proposée par ces mutuelles, mais il ouvre la possibilité à un décret en Conseil d'État d'élargir cette faculté aux contrats souscrits pour la couverture des risques en matière de santé.

1. Les spécificités des mutuelles

Les mutuelles sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif, régies par le code de la mutualité. Elles sont directement gérées par leurs assurés et leurs représentants. Elles réalisent notamment des opérations d'assurance de personnes (engagement lié à la durée de la vie humaine, incapacité de travail, invalidité, décès et couverture des frais de santé…). Les mutuelles se caractérisent par l'existence de principes mutualistes qui impliquent notamment l'interdiction de la pratique des questionnaires de santé et de la détermination de cotisations en fonction de l'état de santé, à l'égard des personnes assurées et des candidats à l'assurance. Les mutuelles peuvent mettre en œuvre une action sociale pour les personnes assurées. Créée en application de l'article L. 111-2 du code de la mutualité, l'union de mutuelles constitue une *« personne morale de droit privé à but non lucratif créée par plusieurs mutuelles ou unions »* permettant le regroupement de moyens matériels et opérationnels.

Contrairement aux mutuelles santé, les mutuelles d'assurance ne proposaient à l'origine que des contrats d'assurance automobile ou habitation. Elles se sont progressivement diversifiées, notamment dans la santé et dans des produits d'épargne et de prévoyance. Elles partagent avec les mutuelles santé les règles de fonctionnement démocratique et l'absence de caractère lucratif, mais elles s'en distinguent par leur régime réglementé par le code des assurances. Certaines mutuelles d'assurance ont créé des filiales réglementées par le code de la mutualité.

Comme le rappelle l'article L. 221-1 du code de la mutualité, *« L'engagement réciproque du membre participant ou du membre honoraire et de la mutuelle ou de l'union résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou, le cas échéant, de la souscription d'un contrat collectif. »*

Elles proposent trois types d'engagements, prévus par l'article L. 221-2 du même code :

– des opérations individuelles, lorsqu'une personne physique adhère à une mutuelle ou une union de mutuelles, en tant que membre participant, si elle bénéficie des garanties du règlement mutualiste, ou de membre honoraire, si elle n'en bénéficie pas ;

– des opérations collectives à adhésion facultative lorsque, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé ou d'un contrat collectif souscrit par un employeur, des salariés d'une entreprise adhèrent librement à une mutuelle en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques liés à la personne humaine, à la protection juridique, à l'assistance ou au chômage, pour lesquels la mutuelle est agréée ou présente des garanties assurées par une mutuelle ou une union agréée pour elles ; les salariés deviennent membres participants de la mutuelle ou de l'union ; la personne morale souscriptrice peut devenir membre honoraire ;

– des opérations collectives à adhésion obligatoire lorsque, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé ou d'un contrat collectif souscrit par un employeur, l'ensemble des salariés de l'entreprise ou une ou plusieurs catégories d'entre eux sont tenus de s'affilier à une mutuelle en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques liés à la personne humaine ou au chômage pour lesquels cette mutuelle ou cette union est agréée ou présente des garanties assurées par une mutuelle ou une union agréée pour elles ; les salariés deviennent membres participants de la mutuelle ; la personne morale souscriptrice peut devenir membre honoraire de la mutuelle ou de l'union dans les conditions définies par les statuts. La couverture complémentaire santé obligatoire relève de cette catégorie.

En application de l'article L. 221-6 du code de la mutualité, dans le cadre des opérations collectives, la mutuelle ou l'union établit une notice qui définit les garanties prévues par les opérations collectives et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

2. Les possibilités existantes de dénonciation de l'adhésion ou de résiliation des contrats des institutions de prévoyance

L'article L. 221-10 du code de la mutualité prévoit que peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique à la mutuelle ou à l'union au moins deux mois avant la date d'échéance :

– pour les opérations individuelles, le membre participant ;

– pour les opérations collectives à adhésion facultative, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale ;

– pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, la personne morale souscriptrice.

Des dispositions spécifiques relatives à la résiliation des contrats d'assurance emprunteur sont également prévues.

L'article L. 221-10-1 du même code, introduit par la loi dite « Chatel » du 28 janvier 2005 tendant à conforter la confiance et la protection du consommateur, prévoit, pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, que la date limite d'exercice par l'assuré du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou après cette date, l'assuré est informé qu'il dispose d'un délai de vingt jours pour mettre un terme à l'adhésion.

3. Les apports de la version initiale du présent article

Le 1° du présent article modifie l'article L. 221-9 du code de la mutualité afin de préciser que la durée de l'engagement souscrit, librement déterminée par les parties, doit être mentionnée en caractères très apparents dans le contrat collectif, mais également dans la notice prévue par l'article L. 221-6 précitée et le règlement de la mutuelle.

Le 2° précise à l'article L. 221-10 que les facultés de résiliation doivent figurer dans les documents contractuels suivants :

– pour les opérations collectives, le contrat signé par l'employeur ou la personne morale souscriptrice ;

– pour les opérations collectives à adhésion facultative, la notice d'information remise au membre participant.

Le 3° introduit un nouvel article L. 221-10-2 régissant la faculté de dénonciation de l'adhésion ou de résiliation du contrat collectif reprenant les dispositions de l'article L. 113-15-2 du code des assurances, telles que prévues par la loi et modifiées par l'article 1er de la présente proposition de loi :

– il ouvre au membre participant – soit le salarié – la faculté de résilier son adhésion à une opération individuelle ou une opération collective facultative ; à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice, la faculté de résiliation du contrat, sans frais ni délai après la première année d'assurance des contrats couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles et relevant de branches ou catégories de contrats définies par décret en Conseil d'État ; pour les opérations collectives obligatoires, seul l'employeur ou à la personne morale souscriptrice peut procéder à la résiliation ;

– il prévoit que cette dénonciation ou cette résiliation prend effet un mois après que la mutuelle ou l'union en a reçu notification, *« par lettre ou tout autre support durable »* ;

– cette faculté de dénonciation ou de résiliation doit être mentionnée à la fois dans le règlement ou le contrat et dans les avis d'échéance, ainsi que, pour les opérations collectives, dans la notice d'information prévue par l'article L. 221-6 ;

– dans le cas où le membre participant ou le souscripteur aurait versé un montant de prime supérieur à celui dû pour la période effectivement couverte par l'ancienne garantie, la mutuelle serait tenue de rembourser ce surplus dans un délai de trente jours au *prorata temporis*. À défaut, les sommes dues au membre participant ou au souscripteur produiraient intérêts au taux légal.

Un décret préciserait les modalités et conditions d'application de ces dispositions.

4. Les améliorations apportées par la commission des affaires sociales

À l'occasion de son examen, la commission des affaires sociales a adopté plusieurs amendements du rapporteur, apportant diverses améliorations rédactionnelles.

Par parallélisme avec les améliorations adoptées aux articles précédents, elle a adopté les mêmes améliorations essentielles proposées par le rapporteur :

– la fixation du délai de prise d'effet de la résiliation du contrat ou de la dénonciation de l'adhésion à la fin du mois suivant la notification – en lieu et place du délai d'un mois prévu par le texte initial – afin de faciliter les opérations techniques de basculement du contrat résilié vers le contrat souscrit ;

– le mandat donné au nouvel organisme complémentaire pour résilier l'ancien contrat ou l'ancienne adhésion, afin de simplifier les démarches pour l'adhérent, de lui garantir le maintien d'une couverture complémentaire pendant toute la procédure et de faciliter les transferts d'information nécessaires à la télétransmission, au tiers payant et au respect des règles applicables aux contrats responsables dans le cadre du plan « 100 % santé ».

*

* *

Article 3 bis

Communication annuelle du taux de reversement des contrats proposés par l'organisme complémentaire en lieu et place du montant et de la composition des frais de gestion et d'acquisition

Introduit par la commission

Adopté par la commission des affaires sociales à l'initiative du rapporteur, cet article vise à substituer à la communication annuelle obligatoire du montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties en matière de santé la communication avant conclusion du contrat puis annuelle du taux de redistribution de la catégorie de contrat souscrit, déterminé en divisant les prestations versées par les cotisations et primes recues, toutes taxes comprises.

En application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, le bénéfice des avantages sociaux et fiscaux accordés aux contrats solidaires et responsables (pour les contrats collectifs, exonération fiscale sur la cotisation de l'employeur et réduction du taux de la taxe sur les contrats d'assurance) est subordonné à une condition d'information : l'organisme assureur (mutuelle, institution de prévoyance ou entreprise de prévoyance) doit communiquer annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque.

Un arrêté du 17 avril 2012 précise les modalités de cette information. Il prévoit que les organismes assureurs communiquent annuellement à chacun de leurs adhérents ou souscripteurs, couverts par une garantie assurant le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident le montant des frais de gestion, le montant des frais d'acquisition et la somme de ces deux montants. Ces montants doivent être exprimés en pourcentage des cotisations ou primes afférents à la garantie ; Les frais correspondent à ceux inscrits dans le dernier arrêté comptable précédant la communication.

Les informations sont communiquées, pour les opérations et contrats individuels, simultanément à l'envoi d'avis d'échéance annuelle de prime ou de cotisation afférent à la garantie, et, pour les contrats collectifs, par un document écrit adressé chaque année.

Cependant, les auditions menées par le rapporteur ont montré que ces chiffres ne constituent pas un indicateur fiable de l'intérêt économique pour le consommateur de la garantie proposé. Par ailleurs, s'agissant d'organismes ayant des activités diversifiées dans le monde de l'assurance, les frais de gestion et d'acquisition consacrées à l'activité de complémentaire santé sont un chiffre largement reconstitué : les campagnes de publicité, l'activité des intermédiaires ne

sont pas aisément ventilées entre les différentes branches de l'activité assurantielle.

L'ouverture d'une faculté de résiliation infra-annuelle des complémentaires va conduire à une stimulation de la concurrence et des actions de démarchage de la part des organismes complémentaires et de leurs intermédiaires.

Aussi dans un objectif de simplification et d'amélioration de la lisibilité des offres, le présent article additionnel propose de remplacer cette information par celle du taux de redistribution des cotisations collectées, par catégorie de contrats (contrats collectifs d'une part, contrats individuels d'autre part, contrats CMU-C enfin) : le pourcentage des prestations versées sur les cotisations et primes perçues, toutes taxes comprises, pour le contrat conclu, correspondra à un meilleur indicateur de la performance de l'organisme complémentaire en question. Le taux atteint l'année précédente devra être communiqué dans le document d'information normalisé à remettre avant conclusion du contrat, puis annuellement à chaque souscripteur et adhérent.

*
* *

Article 3 ter
Rapport de l'ACPR sur l'application par les organismes gestionnaires d'assurance complémentaire santé des engagements de lisibilité des garanties pris par leurs représentants

Introduit par la commission

Adopté par la commission des affaires sociales à l'initiative du rapporteur, cet article confie à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution la tâche d'élaborer avant octobre 2020 un rapport d'évaluation du respect par les organismes gestionnaires d'assurance complémentaire santé et leurs intermédiaires des engagements de lisibilité des garanties pris par leurs représentants.

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. À cette fin, elles mettront à disposition de leurs membres différents outils pédagogiques. 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 [(1)], *« 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 organismes complémentaires distinguent le remboursement public de leur propre remboursement, en présentant la prise en charge de la sécurité sociale dans une colonne dédiée. À l'inverse, près de 7 organismes complémentaires 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*

(1) UFC-Que choisir, Complémentaires santé : une lisibilité en berne, des frais de gestion à la dérive, juin 2018 https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-complementaires-sante-lisibilite-en-berne-grave-derive-des-frais-de-gestion-n55901/

satisfaisante ! Dans seulement 41 % des contrats, l'information sur ce à quoi les pourcentages se rapportent se trouve dans le tableau lui-même ». Aussi 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 article 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 1er 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.

*

* *

Article 4

Entrée en vigueur de la faculté de résilier les garanties complémentaires en matière de santé

Adopté par la commission avec modifications

Le présent article rend applicables les dispositions du présent texte aux contrats conlus ou renouvelés à partir d'une date fixée par décret, sans pouvoir être postérieure au 1er décembre 2020.

Le présent article prévoit de rendre applicable cette nouvelle faculté de résilier sans délai les garanties complémentaires en matière de santé à l'issue la

première année de souscription, en application du présent texte, à compter d'une date déterminée par décret en Conseil d'État.

Cette date ne pourra être postérieure au 1er décembre 2020.

Elle sera applicable aux contrats et garanties conclus ou tacitement reconduits à compter de cette date, et ainsi donc à tous les contrats qui seraient renouvelés tacitement au 1er janvier 2021.

Aujourd'hui, les organismes complémentaires sont d'ores et déjà amenés à gérer des résiliations de garanties souscrites :

– soit à l'échéance annuelle du contrat ou de la garantie souscrite,

– soit en cours d'année, en cas de changement de la situation personnelle d'un bénéficiaire de cette couverture complémentaire : par exemple, changement d'employeur ou départ à la retraite d'un salarié couvert par un contrat collectif, changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession ou retraite pour une personne ayant souscrit un contrat individuel.

La présente proposition de loi ne fait qu'élargir et simplifier les possibilités de recours à une résiliation du contrat ou une dénonciation de l'adhésion en cours d'année qui existent aujourd'hui et pour lesquelles les organismes gestionnaires ont dû mettre en place des procédures adaptées.

Cette entrée en vigueur différée a pour objectif de permettre aux acteurs du secteur – gestionnaire de l'assurance-maladie, gestionnaires de garanties complémentaires, professionnels et établissements de santé – d'avancer sur le déploiement de solutions adaptées à la consultation en temps réel des droits des assurés.

Elle est compatible avec les dates de déploiement des dispositifs nécessaires, qui ont fait l'objet de concertations et d'engagements avec les acteurs et notamment les organismes d'assurance maladie complémentaire.

Dans le cadre de la mise en œuvre du tiers-payant, la garantie de paiement est contractuelle pour les assurances complémentaires. Elle est liée à l'identification de l'assuré et de sa complémentaire santé ainsi qu'à la vérification de ses droits. L'identification de l'assuré s'appuie également sur la carte Vitale.

Si les informations d'identification de la complémentaire santé de l'assuré figurent actuellement sur son attestation de tiers payant papier, la vérification des droits de l'assuré devra être réalisée automatiquement à l'aide d'un service en ligne (IDB – Identification des Droits des Bénéficiaires) intégré aux logiciels des professionnels de santé.

Dans le cadre de la préparation du déploiement du tiers payant généralisé prévu par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, un rapport conjoint de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et des

complémentaires santé (AMC) sur les solutions techniques permettant la mise en place du tiers-payant généralisé a été rendu le 19 février 2016 (1). Il a constaté que le taux de prise en charge en tiers-payant est à l'heure actuelle très hétérogène d'une catégorie de professionnels de santé à l'autre. Lorsqu'il est pratiqué par les médecins, le tiers payant concerne majoritairement la part obligatoire, les taux de tiers payant intégral (AMO + AMC) étant plus faibles.

Bien que le tiers payant existait auparavant pour une partie des actes et des prestations, sa généralisation crée une situation nouvelle, qui permettra à tous les assurés, pour chaque prestation de santé, et chez tous les professionnels de santé de ville, de bénéficier du tiers payant. Compte tenu de la décision du Conseil Constitutionnel du 21 janvier 2016, l'application du tiers payant sera progressivement généralisée sur la part obligatoire, et sera laissée à l'appréciation des professionnels de santé de ville pour la part complémentaire.

Une étude réalisée dans le cadre de ces travaux a mis en évidence un taux actuel de rejet de la part obligatoire de moins de 2 % des factures en tiers-payant. La principale cause de rejet de la part obligatoire est liée au non-respect du parcours de soins (33 %). Pour les assurances complémentaires santé, la quasi-totalité des factures en tiers-payant est dématérialisée, avec des taux de rejet variables selon les professions concernées (entre 2 % à 4 % des factures en tiers-payant en moyenne), les trois-quarts des rejets étant liés à des difficultés d'identification des droits (connaissance de la complémentaire santé ou ouverture des droits).

La généralisation du tiers-payant rend indispensable la mise en œuvre de mesures qui réduisent très fortement ces rejets, en se fixant pour objectif de tendre vers leur suppression s'agissant des causes de rejets liés aux droits.

Le rapport précité concluait ainsi que *« la généralisation du tiers payant n'est pas envisageable par une simple extension des dispositifs existant […] Il nous faut donc développer des solutions nouvelles, compatibles avec les solutions existantes, capables de répondre de manière différenciée et adaptée aux besoins de chaque profession de santé ou de chaque mode d'exercice. »*

Les organismes complémentaires ont alors entrepris d'importants travaux communs pour poursuivre la modernisation de ce dispositif et simplifier la tâche de tous les professionnels de santé :

– pour faciliter la signature des contrats techniques de tiers payant, les complémentaires ont proposé aux médecins depuis 2017 un contrat technique commun de tiers payant AMC. Ce contrat type ne porte que sur les éléments nécessaires au déploiement du tiers payant, dans le respect des principes et des règles garantissant les conditions d'exercice des médecins libéraux, issus

---

(1) Rapport conjoint de l'Assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé sur les solutions techniques permettant la mise en place du tiers-payant généralisé - 19 février 2016 https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/347485/document/rapport_tpg_fevrier_2016.pdf

notamment de la loi du 27 janvier 2014. Ce contrat type est disponible grâce à un portail internet [(1)] qui permet, pour chaque famille de professionnels de santé, de s'inscrire et signer le contrat en ligne avec tous les organismes de complémentaires santé. Ce contrat-type technique de tiers payant AMC prévoit notamment les engagements des AMC sur la garantie de paiement et sur les délais de paiement ;

– les organismes d'assurance maladie complémentaire ont également pour objectif de supprimer complètement la saisie des informations par le professionnel de santé. Elles construisent une solution sans saisie des données d'identification de l'assurance complémentaire santé du patient. Concrètement, un professionnel de santé utilisateur de cette solution n'a plus besoin de saisir les informations de la complémentaire santé, lors de la première visite ou consultation (comme le font les pharmaciens aujourd'hui).

Ainsi, pour le tiers payant AMC, la garantie de paiement, contractualisée sur la base d'un contrat-type, est obtenue automatiquement par le professionnel de santé via les téléservices intégrés à son logiciel, l'organisme d'assurance maladie complémentaire s'engageant sur les informations fournies au professionnel de santé au moyen des interrogations en ligne.

Dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 et avec l'objectif de rendre le tiers-payant généralisable, le Gouvernement s'était engagé à remettre au Parlement un rapport déterminant le calendrier de déploiement des outils nécessaires à la pratique du tiers-payant intégral dans des conditions techniques fiabilisées. L'Inspection générale des affaires sociales a remis son rapport à la ministre sur les conditions de déploiement du tiers-payant [(2)].

À cette occasion, le calendrier dans lequel peuvent s'inscrire ce déploiement et les priorités en termes d'accès pour des populations ou des modalités de consultations ont été déterminés et ont fait l'objet d'engagements de la part des acteurs. Ainsi, comme l'indique un communiqué de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, en date du 23 avril 2018, les outils des organismes d'assurance maladie complémentaires, mis en place par les acteurs dans le cadre de l'association Inter-AMC (téléservice d'interrogation des droits et calcul de la part complémentaire) sont en cours de développement et devront couvrir 75 % des assurés dès mi-2018 et la quasi-totalité en septembre 2019 [(3)].

---

(1) https://www.tpcomplementaire.fr

(2) *Inspection générale des affaires sociales,* Contribution au rapport au Parlement sur la mise en œuvre du tiers-payant généralisable, *sous la direction de J..Debeaupuis et C.Marty-Chastan, mars 2018* http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article669

(3) https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/la-ministre-des-solidarites-et-de-la-sante-reaffirme-sa-volonte-d-un

Par ailleurs, d'autres projets sont en cours de développement :

– le déploiement d'une carte Vitale dématérialisée ou « eCarte d'assurance maladie », prévue par la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la Caisse nationale de l'assurance maladie pour 2018-2022, expérimentée en 2019 ;

– le projet de Remboursement des Organismes Complémentaires (ROC), qui vise à améliorer le tiers-payant dans les hôpitaux.

Ainsi le présent article permet de faire coïncider la faculté nouvelle de résiliation avec l'aboutissement des projets de développement permettant aux professionnels de santé de vérifier simplement et en temps réel les droits d'assurance complémentaire des assurés au moment de la facturation des actes.

Un amendement du rapporteur adopté par la commission des affaires sociales a entrepris de préciser le dispositif, en distinguant :

– l'entrée en vigueur des dispositions du présent texte modifiant le code des assurances, le code de la sécurité sociale et le code de la mutualité, toujours à une date déterminée par décret ne pouvant être postérieure au 1er décembre 2020 ;

– l'applicabilité des dispositions ainsi introduites aux contrats existants à cette date.

*

* *

ANNEXES

ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR

(par ordre chronologique)

➢ **Ministère des Solidarités et de la Santé – Direction de la sécurité sociale (DSS) – Mme Mathilde Lignot-Leloup**, directrice, et **Mme Marie Marcel**, adjointe au bureau des régimes professionnels de retraite et institutions de protection sociale complémentaire

➢ **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) – Mme Mathilde Gaini**, adjointe à la sous-directrice de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie, **Mme Raphaëlle Adjerad**, experte, au sein de la sous-direction Synthèses de la DREES, de la thématique des contrats complémentaires de santé, et **Mme Myriam Mikou**, adjointe au chef du bureau de l'analyse des comptes sociaux

➢ ***Table ronde « les démarches et conséquences techniques de la résiliation des garanties complémentaires santé »***

– GIE SESAM-Vitale – M. Anthony Gomes de Carvalho, directeur des services aux professionnels de santé

– Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) – M. Bruno Noury, responsable du département Sesame Vitale

– Association des acteurs pour l'accès aux soins (3AS) – M. Jérôme Tillette de Mautort, administrateur de l'association, directeur du développement de la société Almérys, **M. Francis Oliva**, administrateur, représentant l'opérateur de tiers payant Viamedis, et **M. Olivier Nique**, représentant la société Korelio

➢ **Société d'assurance ALAN – M. Jean-Charles Samuelian**, président-directeur général, et **M. Paul Sauveplane**, directeur financier

➢ **Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)** (*) **– M. Albert Lautman**, directeur général, et **M. Alexandre Tortel**, directeur adjoint des affaires publiques

➢ **Fédération française de l'assurance (FFA)** (*) **– Mme Véronique Cazals**, directrice santé, **M. Pierre François**, président du comité maladie, **M. Jean-Paul Laborde**, directeur des affaires parlementaires, et **Mme Ludivine Azria**

➢ **Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)** (*) **– M. Djamel Souami**, président, **Mme Mirjana Clerc**, directrice de la communication et des relations institutionnelles, et **Mme Evelyne Guillet**, directeur santé et modernisation des déclarations sociales

➢ *Table ronde des associations de consommateurs :*

– Union fédérale des consommateurs (UFC) – Que Choisir (*) **– M. Mathieu Escot**, responsable des études, et **M. Guilhem Fenieys**, chargé de mission relations institutionnelles

– Confédération de la consommation, du logement et du cadre de vie (CLCV) (*) **– M. Olivier Gayraud**, juriste

– France Assos Santé – Mme Marianick Lambert, membre du bureau

➢ *Table ronde des syndicats de salariés :*

– Confédération française démocratique du travail (CFDT) – Mme Jocelyne Cabanal et **Mme Véronique Jazat**

– Confédération générale du travail (CGT) – M. David Huynh, responsable prévoyance confédéral

– Force ouvrière (CGT-FO) – Mme Joceline Lavier d'Antonio et **M. Michel Dieu**

– Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres (CFE-CGC) – Mme Mireille Dispot, déléguée nationale CFE-CGC, rattachée au secteur protection sociale, et **Mme Anne Bernard**, responsable du service protection sociale

➢ **Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM) – M. Philippe Mixe**, président, et **M. Jean-Pierre Brunet**, premier vice-président

(*) *Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité de transparence pour la vie publique s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.*

ANNEXE N° 2 :
LISTE DES CONTRIBUTIONS REÇUES

- **Union des entreprises de proximité (U2P)**
- **Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)**
- **Mutuelle interentreprises du personnel de la sécurité sociale (MIPSS) de la région Auvergne**
- **Association des maires d'Île-de-France (AMIF)**

ANNEXE N° 3 :
LISTE DES TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI

Projet de loi	**Dispositions en vigueur modifiées**	
Article	*Codes et lois*	*Numéro d'article*
1er	Code des assurances	L. 113-15-2
2	Code de la sécurité sociale	L. 932-12
2	Code de la sécurité sociale	L. 932-12-1 [*nouveau*]
2	Code de la sécurité sociale	L. 932-19
2	Code de la sécurité sociale	L. 932-21
3	Code de la mutualité	L. 221-9
3	Code de la mutualité	L. 221-10
3	Code de la mutualité	L. 221-10-2 [*nouveau*]

COMPTE RENDU DES TRAVAUX

La commission examine au cours de sa séance du mercredi 20 mars 2019 la proposition de loi relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaires santés (n° 1660) (M. Dominique Da Silva, rapporteur).

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.7411921_5c91f8162e5e0.commission-des-affaires-sociales--droit-de-resiliation-sans-frais-de-contrats-de-complementaire-san-20-mars-2019

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Nous allons commencer l'examen de la proposition de loi de M. Gilles Le Gendre et plusieurs de ses collègues relatives au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé. Le rapporteur, M. Dominique Da Silva, va nous livrer son analyse. Compte tenu de nos horaires notamment liés à l'examen en cours du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, je vous remercie toutes et tous de votre présence matinale.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Si l'accès aux soins et à une médecine de qualité repose d'abord, en France, sur une assurance maladie obligatoire, cette dernière ne prend en charge que 77 % des frais médicaux des Français. Les organismes complémentaires d'assurance maladie, assurance privée facultative pour la plupart des assurés sociaux, complètent de manière significative ce remboursement. Il s'agit donc bien d'un second étage de notre protection sociale, qui couvre aujourd'hui 95 % des assurés, soit la quasi-totalité de la population française.

Malgré les dispositifs de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), la couverture complémentaire pèse de plus en plus sur les ménages qui ne sont pas obligatoirement couverts par leur employeur et qui doivent souscrire eux-mêmes une garantie.

Les organismes complémentaires financent 13,5 % de la consommation de soins. Leur part est notamment significative pour l'optique, à hauteur de 73 % de la dépense, et les soins dentaires, à hauteur de 41 % de la dépense.

Les contrats souscrits auprès des organismes complémentaires sont soit des contrats individuels, conclus directement par un particulier, soit des contrats collectifs, conclus par un employeur pour ses salariés. Depuis 2016, en application de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, l'ensemble des salariés doit désormais être couvert par un contrat collectif souscrit par leur employeur, dont les garanties sont déterminées dans le cadre d'un accord collectif. L'employeur participe au financement de cette couverture collective mise en place à hauteur d'au moins 50 %.

Les contrats collectifs profitent surtout aux actifs, tandis que les contrats individuels concernent les non-salariés : étudiants, fonctionnaires, indépendants, inactifs et retraités.

Trois catégories d'acteurs évoluent sur ce marché de l'assurance maladie complémentaire, dont le volume atteint 36 milliards d'euros. La moitié de ce marché est détenue par les mutuelles, sociétés de personnes à but non lucratif appartenant à leurs assurés. Elles sont surtout actives sur le marché de l'assurance individuelle, qui représente 70 % de leurs bénéficiaires. Elles ont la part la plus élevée de bénéficiaires de 60 ans ou plus.

Les institutions de prévoyance gèrent 19 % des contrats. Ce sont des personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif. Organismes paritaires, elles opèrent essentiellement sur le secteur de la prévoyance collective des salariés. Du fait de leur spécialisation en collectif, elles couvrent essentiellement des actifs, bien portants.

Les sociétés d'assurance contrôlent 28 % du marché. Ce sont des sociétés anonymes à but lucratif, à l'exception des sociétés d'assurance mutuelles à but non lucratif. La répartition par âge de leurs bénéficiaires est semblable à celle de la population générale.

Depuis 2011, les contrats collectifs sont en moyenne déficitaires, alors que les contrats individuels ont dégagé des excédents. En 2016, les organismes complémentaires ont, dans leur ensemble, dégagé de légers excédents sur leur activité santé, les excédents, supérieurs à 4 %, réalisés sur les contrats individuels faisant plus que compenser les déficits, inférieurs à 4 %, des contrats collectifs.

Globalement, 80 % des cotisations hors taxes sont reversées en prestations et 20 % sont destinées à couvrir les charges de gestion des organismes.

La présente proposition de loi vise donc à fluidifier et à rééquilibrer le marché de l'assurance maladie complémentaire, surtout en faveur des non salariés les plus vulnérables.

Depuis la loi du 28 janvier 2005 tendant à conforter la confiance et la protection du consommateur, dite loi « Chatel », le souscripteur de couverture complémentaire santé, employeur ou particulier, dispose le plus souvent d'un délai limité à deux ou trois semaines, courant octobre, pour résilier son contrat le cas échéant, au vu de la tarification proposée par l'organisme gestionnaire pour l'année suivante, avant que ledit contrat ne soit tacitement reconduit pour une année.

Des exemples obtenus à l'occasion de mes auditions montrent que certains organismes utilisaient des méthodes peu loyales, voire abusives, pour s'opposer à cette résiliation.

La possibilité de résiliation infra-annuelle des contrats et des garanties en matière de complémentaire santé correspond à une véritable attente de nos concitoyens. Selon un sondage réalisé par l'Institut français d'opinion publique (IFOP), 94 % des Français se déclarent favorables au principe défendu par la présente proposition de loi. 75 % trouvent les conditions de résiliation contraignantes et plus de la moitié des Français ne connaît pas les modalités de résiliation.

Les retraités sont encore plus favorables à la résiliation infra-annuelle de leur complémentaire santé, à hauteur de 96 %, bien qu'ils soient davantage au courant – à 68 % contre 54 % – des conditions de résiliation que le reste de la population. Le coût de la complémentaire santé pèse en effet davantage sur les non-salariés, et plus particulièrement sur les personnes âgées.

Malgré les dispositions de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « loi Évin », qui prévoit la portabilité des contrats collectifs à l'occasion du passage à la retraite, ce dernier se traduit mécaniquement par un renchérissement des cotisations. La contribution des seniors est en effet maximisée par plusieurs effets cumulatifs.

En premier lieu, quel que soit le statut de l'organisme complémentaire, les cotisations augmentent fortement passé un certain âge, avec la consommation médicale des seniors. Ensuite, les retraités qui ne bénéficient ni de la CMU-C ni de l'ACS doivent assumer l'intégralité de la cotisation, alors que la moitié était prise en charge par leur employeur lorsqu'ils étaient salariés. En outre, ils sont couverts par des contrats individuels, sur lesquels les organismes complémentaires font des excédents, pour être plus compétitifs et déficitaires sur le marché des contrats collectifs. Enfin, ils sont soumis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) de 13,27 %, assise sur les cotisations versées, ce qui aboutit à des niveaux de taxation inéquitables.

Le sens de la présente proposition de loi est de permettre au souscripteur d'une assurance complémentaire en matière de santé de bénéficier d'une faculté de résiliation de son contrat sans frais et à tout moment, dès lors que la garantie a été souscrite il y a plus d'un an.

Les trois premiers articles étendent aux complémentaires santé le dispositif introduit par la loi du 17 mars 2014 relative à la consommation, dite « loi Hamon ». Il s'agit d'une évolution et non d'une révolution. Aujourd'hui déjà, les organismes complémentaires sont amenés à gérer des résiliations de garanties souscrites, soit à l'échéance annuelle du contrat ou de la garantie souscrite, soit en cours d'année, en cas de changement de situation personnelle.

L'article 4 fixe l'entrée en vigueur du dispositif au 1er décembre 2020, de manière qu'il s'applique aux contrats conclus ou renouvelés tacitement le 1er janvier 2021. Cette entrée en vigueur différée a pour objectif de permettre aux

acteurs du secteur d'avancer sur le déploiement de solutions adaptées à la consultation en temps réel des droits des assurés.

Les craintes de déstabilisation du marché, invoquées par certains acteurs de façon dramatique et parfois caricaturale, restent sans fondement. Je rappelle qu'en 2014, avant le vote du projet de loi « Hamon », les mêmes représentants des assureurs et des mutuelles avaient prédit que cette faculté de résiliation conduirait à déstabiliser le marché de l'assurance automobile et de l'assurance habitation : cinq ans plus tard, ils reconnaissent qu'après une augmentation de quelques points du taux annuel de résiliation, celui-ci a retrouvé les niveaux précédents, sans avoir bousculé les équilibres du marché.

De la même manière, des avancées normatives importantes ont contribué à transformer le marché de l'assurance emprunteur, avec l'apparition de nombreux acteurs et des baisses de tarifs pouvant atteindre 30 %, tout en procurant les mêmes garanties à l'organisme de crédit.

La présente proposition de loi ne vise ni à bouleverser le marché ni à renforcer sa segmentation entre des assurés qui seraient de « bons » risques, et d'autres qui seraient de « mauvais » risques. Elle vise avant tout à améliorer l'offre de complémentaire santé, en laissant les assurés libres de changer d'organisme lorsqu'ils estiment que les garanties proposées et le service rendu ne sont pas à la hauteur de leurs attentes. Ce texte sera profitable aux retraités, dont les contrats individuels dégagent, quoi qu'on en dise, des bénéfices, et sont aussi bien couverts par le secteur lucratif que par le secteur non lucratif.

La proposition de loi ne pourra pas susciter de comportements opportunistes, car le respect des engagements du plan « 100 % santé », prévoyant une durée minimale pluriannuelle avant la prise en charge d'un nouvel équipement, seront contrôlés.

La juste concurrence entre acteurs du marché de la complémentaire santé passe également par un renforcement de la lisibilité et de la comparabilité des garanties proposées.

Selon un sondage réalisé par l'IFOP pour l'UFC-Que choisir, 37 % des Français trouvent leurs garanties santé difficiles à comprendre, et 48 % ne connaissent pas à l'avance, pour des soins importants, le montant du remboursement qu'ils percevront. Ce manque de lisibilité conduit à des incompréhensions et des méfiances entre les organismes complémentaires et leurs assurés, qui jugent le service rendu indispensable, mais contraint et opaque.

Le 14 février 2019, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) et les principales fédérations d'organismes complémentaires d'assurance maladie ont signé, en présence de la ministre des solidarités et de la santé, l'engagement d'améliorer la lisibilité des garanties de complémentaire santé. Cet engagement prévoit notamment, pour les documents contractuels émis à compter du 1er janvier 2020, une harmonisation des libellés des

principaux postes de garanties, ainsi qu'une liste d'exemples concrets de remboursements en euros.

Mes chers collègues, la présente proposition de loi vise à obtenir : un marché plus concurrentiel et rééquilibré, au moyen de l'ouverture du droit à résiliation ; une concurrence loyale fondée sur une lisibilité accrue des offres, des garanties et des prestations proposées ; une baisse des frais de gestion, grâce à la sécurisation et la généralisation du tiers payant, dans le cadre d'une relation efficace entre assurance maladie obligatoire et organismes de couverture maladie complémentaires.

M. Julien Borowczyk. Notre majorité, et le groupe La République en Marche en particulier, s'est clairement engagée dans la voie de la restitution du pouvoir d'achat aux Français. C'est pourquoi nous présentons aujourd'hui cette proposition de loi, dont le but est de permettre une résiliation simple et sans frais de sa complémentaire santé à tout moment, après un engagement incompressible de douze mois minimum.

Quels en sont les buts ? Défendre les usagers, et en particulier les plus fragiles, en faisant cesser la grande complexité de résiliation, qui nourrit un système voué à la reconduction quasi automatique des engagements sans laisser le temps aux adhérents de comparer. Cette comparaison sera désormais plus aisée grâce à l'accord de place signé par les complémentaires avec Agnès Buzyn, le 14 février dernier, accord qui assure en outre une plus grande rapidité de remboursement, ainsi que des garanties de couverture.

Il ne s'agit pas pour autant de favoriser certaines pratiques critiquables. Ainsi, nous souhaitons limiter le nomadisme médical en imposant un engagement minimal de douze mois avant toute résiliation, stimuler la concurrence et favoriser une baisse des prix des complémentaires, ainsi qu'une plus grande innovation dans les services, une amélioration des garanties et la mise en place de nouveaux outils de dématérialisation plus interactifs et moins coûteux en frais de gestion.

La loi Hamon nous a prouvé que la liberté de choix menait à une concurrence sur les prix saine et bénéfique. Ainsi, un couple de retraités d'Arras, pour les mêmes garanties, peut payer sa mutuelle entre 180 et 250 euros par mois… Cet exemple n'est pas anodin, car il prouve que les retraités sont un « cœur de cible » pour de nombreux organismes.

Il n'est donc pas question d'une quelconque démutualisation, mais plutôt de la nécessaire régulation vertueuse d'un secteur ayant augmenté ses frais de gestion de 38 %, tandis que les frais médicaux remboursés n'augmentaient que de 20 %. Réduire les frais de gestion grâce à une plus grande liberté de choix, c'est rendre un milliard d'euros aux Français.

Notre groupe défend concrètement le pouvoir d'achat. C'est pourquoi cette proposition de loi est très largement soutenue par la population et les associations de consommateurs.

M. Alain Ramadier. Cette proposition de loi vise à donner aux assurés la possibilité de résilier sans frais et à tout moment, après la première année de souscription, les contrats de complémentaire santé. Actuellement, ces contrats peuvent être résiliés lors de leur échéance annuelle et sous certaines conditions fixées par la loi. Conditions que ce texte propose de lever en étendant le champ d'application de la loi Hamon.

Un tel texte, disons-le clairement, est dicté par les circonstances : la crainte de voir les cotisations aux contrats de complémentaires santé augmenter suite à la mise en place du « reste à charge zéro ». Lors du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) et à l'occasion de diverses auditions, les députés du groupe Les Républicains avaient mis en garde le Gouvernement contre ce risque. Quelques mois plus tard, vous voilà contraints de réagir. Dont acte !

Principal argument avancé : donner plus de liberté aux assurés et ainsi accroître la concurrence sur le marché des complémentaires santé pour faire baisser les prix. Depuis 2010, les tarifs des assurances de complémentaire santé ont en effet augmenté de 21 %, et de plus de 50 % depuis 2006. Vous vous attaquez donc à un vrai sujet.

Reste à juger de la véritable portée de ce texte au regard des objectifs affichés, et notamment celui de parvenir à contenir la hausse des tarifs. De vrais doutes existent à ce sujet. Comment espérer une telle baisse, alors qu'un arrêté, prévu par la loi Hamon, sur la lisibilité des contrats proposés par les assurances, les institutions de prévoyance et les mutuelles n'a toujours pas été pris ?

La bonne information des consommateurs et leur capacité à comparer les différentes offres sont, chacun en conviendra, indispensables à la mise en œuvre d'un cadre concurrentiel potentiellement favorable au pouvoir d'achat des Français. Changer le droit, c'est bien. Veiller à son appropriation et à sa bonne application, c'est mieux !

Ajoutons à cela l'objectif visant à limiter l'augmentation des frais de gestion des mutuelles. Là aussi, des doutes existent. Le secteur des complémentaires santé, mes chers collègues, n'est pas un secteur comme un autre, n'est pas un marché comme un autre. Il concerne des publics fragiles, comme les personnes âgées. Public moins averti et qui pourrait être le grand perdant de la mise en œuvre d'un système toujours plus concurrentiel.

En définitive, bien que la philosophie générale de ce texte semble aller dans le bon sens, les doutes soulevés ne permettront pas de réunir les conditions pour que notre groupe lui soit favorable. Nous resterons cependant sensibles aux éléments que la majorité sera en mesure de livrer pour répondre aux inquiétudes exprimées par les députés républicains.

Mme Nathalie Elimas. Le Président de la République a pris des engagements forts pour répondre aux revendications de nos concitoyens en

matière de pouvoir d'achat. Afin de tenir compte de l'urgence économique et sociale et d'y apporter des solutions concrètes, il est nécessaire que tous les acteurs s'engagent. C'est pourquoi Emmanuel Macron a également demandé aux organismes complémentaires de permettre à chacun de résilier son contrat de complémentaire santé à tout moment après un an de contrat effectif.

Cette proposition de loi est la traduction législative de cet engagement. Alors que les Français dépensent chaque année en moyenne 688 euros pour leur complémentaire santé, nous ne pouvons que soutenir l'objectif de ce texte, qui permettra un véritable gain de pouvoir d'achat. Il nous semble toutefois essentiel que cette mesure attendue par tous ne conduise pas à une augmentation des coûts pour les assurés, ce qui s'avérerait totalement contre-productif. Monsieur le rapporteur, pouvez-vous nous apporter des garanties sur ce point ?

En outre, les députés du groupe du Mouvement Démocrate et apparentés considèrent que cette mesure doit aller de pair avec une plus grande lisibilité des garanties proposées dans les contrats de complémentaire santé. Cela permettrait à nos concitoyens de choisir leur mutuelle en toute connaissance de cause, et nous avons déjà appelé de nos vœux cette évolution importante lors de l'examen du PLFSS. Il s'agit là encore d'un engagement du Président de la République, dont Agnès Buzyn avait promis la mise en œuvre au 1er janvier. Qu'en est-il aujourd'hui ?

M. Boris Vallaud. Le texte que nous discutons ce matin, proposé par la majorité, vise à inscrire le principe de la résiliation des contrats d'assurance santé complémentaires sans frais et à tout moment, après un an de contrat. Pour vous dire la vérité, cette proposition n'est pas neuve ; elle dort dans les vieux cartons de Bercy depuis bien longtemps. Or ce n'est pas forcément dans les vieilles marmites qu'on fait les meilleures soupes…

Une nouvelle fois, je veux revenir sur la méthode. Après avoir renoncé à présenter ces dispositions par amendement dans le cadre du projet de loi relatif à la croissance et à la transformation des entreprises (loi Pacte), le Gouvernement a fait déposer une proposition de loi par le groupe majoritaire. Habile méthode, qui l'exonère en particulier de toute étude d'impact sur un texte qui fait l'unanimité contre lui. En effet, les organisations syndicales, les acteurs du secteur et même certaines associations rejettent ce texte. Les nombreuses sollicitations reçues, tant sur le terrain que par messages électroniques, témoignent de ce rejet massif.

Mais, fait inédit, ce texte est aussi rejeté par une partie de la majorité, puisque, pour la première fois, des commissaires du groupe majoritaire de notre commission ont déposé des amendements de suppression des articles, et non moins de dix d'entre eux ont décidé de retirer leur signature de ce texte. Bref, sur la forme, impréparation, absence de concertation et précipitation sont les maîtres-mots.

Sur le fond, nous voterons contre ce texte, pour trois raisons. D'abord, ce texte part d'une logique libérale que nous ne partageons pas, à savoir que la concurrence serait bonne en soi et qu'en matière de santé, elle ferait baisser les prix. Cette concurrence risque au contraire de mettre de côté les plus fragiles et de mettre à mal notre système de solidarité intergénérationnelle. Pour justifier votre choix, vous vous appuyez sur ce qui a été fait dans le cadre de la loi de 2014, mais cette loi était bien une loi relative à la consommation, non à la santé. La santé, elle, ne se consomme pas.

Ce texte renvoie la complémentaire santé à un bien de consommation courante. Nous rejetons formellement cette seule logique du bilan coûts-avantages. Enfin, vous ne répondez pas à une des questions fondamentales, à savoir que ceux qui en ont le plus besoin, les personnes âgées, sont couverts par des contrats de moyenne gamme. En effet, le montant des cotisations augmente lors du passage à la retraite.

Plutôt que de proposer plus de concurrence et plus de libéralisme, vous auriez pu réfléchir à d'autres pistes, comme celle d'une modulation de la taxe sur les contrats complémentaire santé en fonction de l'âge de l'assuré. Mais pour cela, il aurait fallu prendre le temps d'écouter les parties prenantes, de consulter les acteurs, ce que vous n'avez pas fait.

Pour terminer, et puisque notre rapporteur a cité beaucoup de sondages, je voudrais vous faire partager cette inspiration de Rousseau, qui a dit que « *la domination même est servile quand elle tient à l'opinion* ».

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Nous examinons ce matin une proposition de loi visant à autoriser la résiliation des complémentaires santé à tout moment dans l'année, à partir de la deuxième année d'assurance, au lieu de la possibilité de résiliation annuelle qui prévaut aujourd'hui.

Elle a pour ambition, sur le modèle de ce qu'avait prévu la loi Hamon pour les contrats d'assurance habitation ou automobile, de protéger davantage les assurés en leur donnant davantage de liberté dans le choix de leur complémentaire. L'objectif sous-jacent, que partage le groupe UDI, Agir et Indépendants, est d'accroître la concurrence et de faire baisser les prix des complémentaires, favorisant ainsi le pouvoir d'achat de nos concitoyens, notamment les plus modestes d'entre eux.

Mais attention : baisser le prix, soit, mais *quid* de la couverture assurée ? Choisir en toute connaissance de cause doit être le principe de base. Nous accueillons avec bienveillance cette proposition, mais souhaitons attirer votre attention sur les effets imprévus qu'elle pourrait entraîner.

Il aurait d'abord été sage de réaliser au préalable une étude d'impact de la mesure. Le choix d'en passer par une proposition de loi vous permet d'esquiver cette contrainte, ce qui est regrettable pour la clarté de nos débats. On aurait pu, au moins, demander l'avis du Conseil d'État.

Il serait également pertinent d'introduire des garde-fous, pour éviter que cette ouverture ne se traduise par une guerre intestine entre complémentaires pour capter les assurés, au détriment de la qualité des contrats proposés.

Qu'en pensent par ailleurs les professionnels de santé, à qui les changements fréquents de mutuelles risquent de compliquer la vie ? Il est déjà difficile aujourd'hui de s'assurer que les patients ont bien leurs droits à jour. Alors que l'on ne sait pas gérer en temps réel la situation des droits, il faudra être vigilant pour qu'une telle mesure ne se traduise pas par une perte de confiance dans la solvabilité des patients.

Notre groupe se prononcera en fonction de l'évolution des débats sur cette proposition de loi.

M. Adrien Quatennens. L'idée sous-jacente de ce texte est de fluidifier la concurrence entre les complémentaires et d'améliorer leur compétitivité. Car c'est, une nouvelle fois, sous ce prisme-là qu'est envisagée la question de la santé…

Promesse de campagne, le « reste à charge zéro », au demeurant extrêmement limité et ne concernant qu'un panier de soins circonscrit aux lunettes et aux prothèses, n'en a pas moins pour conséquence que les tarifs des complémentaires sont appelés à évoluer et à augmenter une nouvelle fois. Cette proposition de loi vise donc sans doute à envoyer un signal à celles et ceux qui ont des complémentaires santé. S'il est vrai que leur tarif augmente, ils pourraient demain les résilier sans frais…

On parie une nouvelle fois sur l'organisation d'un marché, en l'occurrence le marché des complémentaires. En diminuant les coûts pour favoriser la prise en charge progressive des frais de santé par les mutuelles, on laisse se poursuivre le mouvement de basculement de la prise en charge par la sécurité sociale vers la prise en charge par les complémentaires.

Les députés du groupe La France insoumise pensent au contraire que la sécurité sociale doit prendre en charge l'intégralité des dépenses de santé. La reprise dans son giron des complémentaires, comme la prise en charge intégrale des soins, est un objectif non seulement impératif, mais accessible. Les économies de gestion réalisées par l'absorption des complémentaires au sein de la sécurité sociale permettraient, à elles seules, de financer plus d'un tiers du fameux reste à charge zéro.

C'est la raison pour laquelle, au cours de l'examen du texte, nous défendrons un amendement en ce sens, en demandant un rapport sur ce que coûterait véritablement le « 100 % Sécu », objectif qui nous paraît non seulement souhaitable, mais à portée de main.

M. Pierre Dharréville. Il faut craindre en effet que cette proposition de loi n'ait pas les effets magiques escomptés et qu'elle soit un nouveau coup porté au mutualisme.

D'abord, elle part d'un mauvais constat, parce que l'« augmentation des frais » est avant tout liée, pour partie, au transfert de ce qui était pris en charge auparavant par la sécurité sociale et, pour partie, à une augmentation des taxes reposant directement sur les mutuelles, à hauteur de 14 %.

Ensuite, nous pensons, au groupe de la Gauche démocrate et républicaine, que l'on ne peut mettre dans le même sac l'ensemble des acteurs de l'assurance complémentaire. Il y a, en particulier, des organismes à but lucratif et des organismes à but non lucratif – je pense évidemment au mouvement mutualiste. Or la concurrence libre et non faussée va porter atteinte au fondement solidariste de ce dernier. Dans un secteur qui est déjà de plus en plus concentré, vous allez accélérer encore la concentration. Cela ne résoudra pas les problèmes que vous soulevez.

Vous allez ensuite accroître la segmentation, en augmentant encore la chasse aux patients rentables, avant d'ouvrir les portes au marketing, qui va s'installer toujours plus, troublant la vision qu'on peut avoir de ce secteur. Ainsi, les inégalités risquent d'augmenter, tandis que les frais liés à la concurrence vont eux aussi se faire sentir, contrairement à ce que vous annoncez.

Aujourd'hui, les frais de gestion des mutuelles s'élèvent déjà à 14,7 %, contre 22 % pour les organismes à but lucratif. Votre logique d'individualisation des risques va à l'encontre de ce dont nous avons besoin. Nous pensons, nous aussi, qu'il faut évoluer vers le « 100 % santé » et que les mutuelles pourraient jouer un tout autre rôle dans notre société : à nos yeux, vous portez précisément atteinte au rôle d'acteur des assurés mutualistes qui se mobilisent autour des enjeux de santé.

Mme Jeanine Dubié. Permettez-moi, madame la présidente, une petite remarque avant de commencer : je sais bien que vous n'êtes pas responsable de l'agenda parlementaire, mais je regrette tout de même la tenue de cette réunion ce matin, alors que nous siégeons cette semaine dans l'hémicycle sur le thème de la santé. En le disant, je pense aussi à nos collaborateurs.

Mais venons-en à notre sujet. L'accès aux soins, dont nous débattons actuellement avec le projet de loi sur l'organisation et la transformation du système de santé, est au cœur des préoccupations des Français. Car il n'est pas uniquement menacé par la répartition inégale des praticiens sur le territoire. Il l'est également par le coût des soins, comme par celui de la couverture santé.

Pourtant, le groupe Libertés et Territoires, même s'il souhaite remédier à cette problématique qui conduit souvent à un renoncement de soins, ne peut pas adhérer à votre proposition. Nous doutons que cette possibilité de résiliation à tout moment et sans frais puisse être une solution adaptée, car elle est contraire à l'esprit mutualiste, qui est assis sur le principe de la mutualisation du risque, ce qui suppose de la stabilité.

La solidarité n'est pas soluble dans une logique de court terme. Il ne s'agit pas d'un bien de consommation. Comme cela a été rappelé, nous avions bien, en adoptant la loi Hamon, assoupli la résiliation de contrat en matière assurantielle, mais en prenant en compte la spécificité des régimes mutualistes. Leur place dans le système de protection sociale est particulière à la France. Nous n'avons donc pas voulu appliquer ce dispositif aux mutuelles.

Nous craignons que la mesure proposée entraîne des effets pervers et contraires à votre objectif, tels que des augmentations de tarifs dues à de nouveaux frais de publicité ou de gestion. Il risque d'y avoir des cotisations en hausse pour les personnes à risque. Quant au reste à charge zéro, y a-t-il eu une étude d'impact, monsieur le rapporteur ? La question se pose d'autant plus que le Gouvernement a renoncé à insérer cette mesure dans le projet de loi relatif à la croissance et à la transformation des entreprises (PACTE).

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Puisque vous venez d'évoquer la question de l'ordre du jour, je tiens à rappeler, avant de donner la parole au rapporteur pour qu'il réponde aux représentants des groupes, que toutes les commissions de cette assemblée se réunissent au moins une fois par semaine, quel que soit l'ordre du jour de la séance publique. Je voudrais saluer, d'ailleurs, les fonctionnaires qui, jour et nuit, travaillent pour nous. Car il ne faudrait pas les oublier au passage.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Monsieur Borowczyk, cette mesure est effectivement un gain de pouvoir d'achat. C'est une mesure utile. À titre d'exemple, la seule stabilisation des cotisations grâce à la concurrence générerait un gain de pouvoir d'achat significatif et permettrait de redistribuer plus d'un milliard d'euros chaque année. Ne serait-ce que de stabiliser ces cotisations, voilà qui n'est pas neutre.

Monsieur Ramadier, vous avez mis l'accent sur la lisibilité des contrats. En effet, c'est un sujet de discussion. Un accord de place a été passé avec les fédérations d'organismes complémentaires, qui garantit un certain nombre d'éléments, notamment un tableau comportant des montants de remboursement en euros et permettant ainsi les comparaisons. Faisons-leur faire confiance. Je proposerai d'aller un peu plus loin sur ce sujet, mais nous y reviendrons à l'occasion de l'examen des amendements.

Madame Elimas, vous avez évoqué le risque d'augmentation les coûts, et insisté sur la lisibilité. Si le marché devient plus concurrentiel, c'est un contresens que d'imaginer que les coûts vont augmenter ! La crainte qu'expriment les organismes est justement due au fait qu'ils pensent devoir faire des efforts, au lieu de pouvoir augmenter leurs prix.

Monsieur Vallaud, vous regrettez l'absence d'étude d'impact. J'ai regardé celle du projet loi Hamon, que vous défendiez, je crois : elle ne comporte aucun chiffre… Et pourtant, vous étiez d'accord, à l'époque, pour mettre en concurrence

les mêmes acteurs qui nous resservent aujourd'hui les mêmes arguments. Si la modulation de la TSA n'est pas une mauvaise idée, elle relève plutôt du PLFSS.

Madame Firmin Le Bodo, vous m'interrogez également sur l'étude d'impact. Même si elle n'a pas encore été faite, les Français sont ravis à l'idée de pouvoir résilier leur contrat après un an d'engagement. Je ne crois pas que quiconque ait envie de résilier le sien pour un autre qui serait moins favorable et plus cher : cette liberté de résiliation ne saurait s'appliquer que si l'on trouve mieux.

Par ailleurs, la vérification des droits est un vrai sujet. C'est pourquoi l'entrée en vigueur de cette loi n'est prévue qu'au 1er décembre 2020, c'est-à-dire bien pour les contrats qui seront renouvelés au 1er janvier 2021. Cela laisse du temps, sachant que ces questions ont été mises sur la table et qu'il faut que les acteurs jouent le jeu.

Monsieur Quatennens, la prise en charge par une sécurité sociale universelle constituerait un changement de paradigme total. Vous comprenez que ce n'est effectivement pas l'objet de notre proposition de loi…

Monsieur Dharréville, je vous ferai la même réponse : la prise en charge intégrale relèverait en effet d'un tout autre texte. Cela dit, je ne pense pas qu'il y ait, d'un côté, de « gentilles » mutuelles et, de l'autre, de « méchants » assureurs. Je crois d'ailleurs que, par la force des choses, étant donné que les assureurs doivent dégager des bénéfices tandis que les mutuelles peuvent ne pas le faire, je ne comprends pas pourquoi elles s'inquiètent tant. Il y aura tout simplement de la concurrence, et les bons contrats l'emporteront sur les mauvais.

Madame Dubié, vous nous dites que la mutualisation des risques ne se fait que sur le long terme, mais je rappelle que l'on peut déjà quitter sa mutuelle chaque année, à date. Nous proposons simplement d'assouplir cette règle en offrant la possibilité de résilier à tout moment, pour éviter les réengagements dans l'urgence et donner le temps aux adhérents de comparer différentes offres.

M. Olivier Véran. Des progrès ont été accomplis en matière de complémentaires santé, notamment par les organismes mutualistes qui se sont engagés, d'une part, à appliquer le « reste à charge zéro » avant la date officielle de son entrée en vigueur, et, d'autre part, à ne pas assortir cette mise en place d'une hausse des cotisations.

Sur d'autres plans, le constat est moins positif, mais il porte sur une situation dont nous avons hérité : je rappelle que la hausse des coûts de gestion des complémentaires santé sur les six années écoulées correspond à une hausse mensuelle, par assuré, de 2,50 euros, ce qui est considérable.

Cette hausse s'expliquant par le nombre important d'acteurs, les logiques de sélection des risques, la concurrence et la fiscalité, la proposition de loi que

nous examinons me paraît un bon moyen pour inciter les organismes complémentaires à la modérer.

Même si ces organismes sont conscients de la nécessité de mettre un terme à cette hausse, pour la première fois en 2019 les coûts de gestion des complémentaires vont dépasser ceux de l'assurance maladie, laquelle couvre 78 % des dépenses de soins contre sept fois moins pour les complémentaires. Il y a donc un très gros effort à accomplir.

Par ailleurs, afin de permettre aux Français de s'assurer à moindre coût, il serait intéressant, me semble-t-il, de réfléchir à la possibilité, notamment technique, de mettre en place une complémentaire publique portée par l'assurance maladie. Sans aller jusqu'à la prise en charge à 100 % préconisée par M. Quatennens et qui, pour le coup, porterait un coup fatal au secteur des complémentaires santés, il n'y a pour moi aucun tabou à se poser la question d'un portage des garanties complémentaires par l'assurance maladie. C'est un enjeu majeur en termes de pouvoir d'achat, chez les retraités comme chez les actifs.

M. Gilles Lurton. Monsieur le rapporteur, vous partez, dans votre présentation, d'un double constat : un manque de lisibilité des garanties des contrats des complémentaires santé ; des tarifs élevés qui continuent d'augmenter, ce qui engendre une baisse de la couverture de la population.

Nous pouvons tous tomber d'accord sur ces constats, mais je crains pour ma part que votre proposition, si elle peut répondre aux attentes d'un certain nombre de Français en facilitant la résiliation quand ils ont un sujet de mécontentement, ne produise aussi des effets pervers. J'aurais ainsi souhaité avoir votre avis sur le risque de voir augmenter les frais de gestion, suite à des résiliations fréquentes, et d'aboutir donc à l'effet inverse de celui que vous recherchez.

Vous considérez par ailleurs qu'en facilitant le passage d'une complémentaire à l'autre, vous allez accroître la concurrence entre les organismes et les obliger à rendre leurs garanties plus lisibles : il me paraît difficile d'affirmer qu'il existe un véritable lien entre ces deux éléments, je pense même, au contraire, que cette mise en concurrence risque d'inciter les organismes à mettre en avant leurs garanties les plus attractives au détriment des actes de santé les plus coûteux. Sur ce point aussi, j'aurais souhaité recueillir votre avis.

Enfin, ces facilités de résiliation s'adressent prioritairement aux contractants individuels. Or vous soulignez que l'une des questions problématiques concerne la prise en compte de l'âge de l'assuré dans les contrats individuels, ce qui est interdit dans un contrat collectif. Certes, il y a là une véritable source d'inégalités, mais je ne vois pas très bien en quoi la proposition de loi y remédie.

Si ce texte a le mérite d'ouvrir le débat sur un sujet qui est source d'inégalités pour les Français, il ne me paraît pas cependant répondre aux questions que vous avez soulevées.

M. Bernard Perrut. Si les objectifs de cette proposition de loi sont louables, en particulier la baisse des tarifs des complémentaires de santé, qui ont augmenté de 21 % depuis 2010, j'aimerais savoir quelles assurances que nous avons que les mesures proposées ne produiront pas d'effets pervers. Nous craignons déjà, depuis l'adoption du « 100 % santé » dans le dernier PLFSS, que les mutuelles augmentent leurs cotisations, d'où notre vigilance.

Quelles seront, concrètement, les avancées en termes de lisibilité et de comparabilité des garanties proposées par les acteurs du marché, sachant que l'augmentation du nombre d'entrées et de sorties enregistrées va complexifier la gestion administrative des comptes des assurés et entraîner des surcoûts de gestion, auxquels il faut ajouter les dépenses que vont engager les organismes pour retenir leurs adhérents et tenter de séduire ceux des concurrents avec des offres alléchantes ?

Avez-vous, monsieur le rapporteur, des statistiques à nous communiquer sur le taux de clients de ces complémentaires qui souhaitent résilier leur contrat et ne le peuvent pas pour l'instant ? Quel serait l'impact réel de l'adoption de cette proposition de loi ?

Vous évoquez dans votre rapport le cas des retraités : pouvez-vous nous préciser plus spécifiquement en quoi cette réforme leur serait favorable ? Qu'en est-il par ailleurs des contrats de prévoyance ? Avez-vous étudié l'application des dispositions en discussion à ces contrats ?

M. Guillaume Chiche. L'objectif de cette proposition de loi, qui est de redonner du pouvoir d'achat aux Françaises et aux Français, est louable et partagé par tous. Néanmoins, les mesures proposées me semblent contre-productives, surtout pour les plus fragiles.

Elles risquent d'abord d'introduire une segmentation entre les personnes âgées, réputées les plus exposées aux risques de santé, et les jeunes, qui le sont moins. Aujourd'hui, au sein d'une même mutuelle de santé, il y a une solidarité entre ceux qui bénéficient de dépenses de soins supérieures à leurs cotisations – souvent les personnes âgées – et ceux qui en bénéficieront moins – les plus jeunes. Or, si les jeunes ont des facilités pour passer d'une complémentaire santé à une autre, s'ils peuvent individualiser leurs risques en se tournant vers les complémentaires les moins chères – proposées notamment par les banques et les assurances –, qui seront aussi les moins étendues, les personnes de plus de 65 ans, couvertes à 75 % par une mutuelle santé, ne le feront pas, car elles seront toujours tenues d'avoir une bonne couverture, donc une bonne complémentaire. Mécaniquement, cela va se traduire par une disparition de la péréquation solidaire

entre les assurés, accompagnée d'une hausse des cotisations pour les plus exposés au risque.

Je m'interroge enfin sur l'aspect opérationnel des mesures que vous proposez, notamment en ce qui concerne le tiers payant. Aujourd'hui, on ne présente à la pharmacie sa carte de mutuelle qu'une fois dans l'année. Après votre réforme, si le pharmacien ne vérifie pas pour chaque demande de tiers payant, que le bénéficiaire dispose d'une mutuelle, il risque de s'exposer à des défauts de paiement.

Mme Isabelle Valentin. Si le système de santé à la française repose sur une assurance maladie obligatoire, qui couvre les trois quarts des frais médicaux des Français, il repose également sur des organismes de complémentaire d'assurance-maladie, couvrant la quasi-totalité de nos concitoyens. Ainsi, bien que facultatives, les complémentaires santé jouent un rôle essentiel dans notre modèle de sécurité sociale.

Plusieurs des revendications inscrites dans les cahiers de doléances portent, vous le savez, sur le pouvoir d'achat et, plus précisément, sur l'accès aux soins. À l'heure où les déserts médicaux se multiplient, ces revendications sont légitimes, tant l'accès aux soins est disparate et inégalement assuré dans notre pays.

C'est pourquoi, nous pouvons, sur ces sujets, nous rassembler autour d'une idée simple : il faut rendre du pouvoir d'achat aux Français dans le cadre d'un accès plus aisé à des soins de santé de qualité. Cette proposition de loi va dans le bon sens, puisqu'elle permet de donner aux assurés la liberté de résilier sans frais leur contrat auprès de leur complémentaire santé.

Pour autant, il convient de rester vigilant sur d'éventuels effets pervers. D'abord, puisque l'idée est de donner aux assurés la liberté de résilier leur complémentaire, à leur entière convenance et sans frais, la concurrence sur le marché de la complémentaire santé va s'accroître de manière inéluctable. On peut donc craindre que l'augmentation des dépenses des complémentaires santé dédiées à leur compétitivité ne se répercute sur leurs prix. Or la santé n'est pas un marché comme les autres, qui puisse être soumis à la loi de l'offre et de la demande. Il doit notamment tenir compte des dépenses liées au vieillissement.

Comment comptez-vous réguler les prix des mutuelles pour éviter les grosses augmentations ? Ne craignez-vous pas, par ailleurs, de fragiliser le tiers payant ?

M. Jean-Pierre Door. Cette proposition de loi tend à ouvrir la possibilité de résilier sa complémentaire santé sans frais, après un an de cotisation. Elle complète ainsi la loi Hamon qui n'intéressait que les contrats d'assurance habitation ou automobile. Soit.

Les mutuelles s'inquiètent de cette perspective, alors qu'elles doivent déjà s'adapter au « 100 % santé » et au « reste à charge zéro ». Ont-elles raison, ont-elles tort ?

La concurrence ne risque-t-elle pas d'être contreproductive et pénalisante pour les bénéficiaires ?

Enfin, comment un assuré peut-il sortir d'un contrat collectif qui a été signé, après appel d'offres, par un chef d'entreprise ou le responsable qui le salarie ?

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'engagement présidentiel était fort et portait sur la lisibilité des contrats complémentaires santé. C'est le vrai problème car, actuellement, personne n'est en mesure de comprendre son contrat.

Votre proposition de loi entend donner aux assurés la possibilité de résilier leur contrat : cette proposition est intéressante pour nos concitoyens, car elle pourrait leur permettre de réaliser certaines économies. Cependant, ne mettons pas la charrue avant les bœufs. Pour pouvoir résilier son contrat en toute connaissance de cause, il faut tout d'abord être capable de comparer la nouvelle proposition à l'ancienne. Notre crainte est par ailleurs que les complémentaires santé se lancent dans une bataille effrénée en démarchant des personnes souvent fragiles et en augmentant leur budget de communication et de publicité : j'en sais quelque chose, puisque je suis élu de la Métropole de Lyon, qui dispose de deux très beaux stades, le Groupama Stadium et le MatMut Stadium !

Lors de l'examen de votre texte, nous serons donc très attentifs aux garanties que vous apporterez concernant la lisibilité des contrats et au fait que cette lisibilité soit effective avant que la possibilité de résiliation soit entérinée.

Mme Corinne Vignon. Avant de commencer l'examen de ce texte, je tenais à préciser que cette proposition de loi soulève certaines interrogations, qui peuvent légitimement engendrer des doutes dans l'esprit des membres de cette commission. Avant son examen dans l'hémicycle, j'espère que des points d'atterrissage seront trouvés pour l'améliorer, car elle pourrait, en l'état, engendrer des effets induits qui iraient à l'encontre du but recherché, celui de donner du pouvoir d'achat aux consommateurs.

J'ai fait personnellement le choix de retirer mes amendements pour l'examen en commission, afin d'offrir davantage de temps à la discussion. Je sais pouvoir compter sur le sérieux et la sagesse du rapporteur pour obtenir des avancées avant la séance.

Les produits de santé ne sont pas des biens de consommation comme les autres, les mutuelles ne sont pas des organismes comme les autres, et il est donc nécessaire de prendre le temps de la réflexion sur les dispositions que comporte cette proposition de loi. Le bon sens et le pragmatisme sont aujourd'hui de rigueur, et les victoires collectives sont toujours les plus belles.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Si cette proposition de loi ne constitue pas une révolution en soi, il me paraît délicat de ne pas disposer d'étude d'impact sur les dispositions prévues. Vous avez fait état des conséquences positives de l'application de la loi Hamon sur les contrats d'assurance automobile, mais on ne peut traiter de la même manière l'assurance automobile obligatoire et la couverture santé complémentaire facultative. C'est pourquoi, si je n'ai pas d'opposition de principe à cette proposition de loi, je souhaiterais néanmoins pouvoir disposer d'une étude d'impact qui me permette de valider sans crainte les dispositions prévues, notamment en ce qui concerne les conséquences qu'elles sont susceptibles d'avoir sur le tiers payant.

M. Stéphane Viry. Force est de constater que cette proposition de loi arrive un peu comme un cheveu sur la soupe, ce qui nous trouble, comme nous trouble le fait que le rapporteur ait eu besoin de déposer, au dernier moment, une trentaine d'amendements pour la corriger.

Elle aborde un sujet qui peut s'entendre, puisque le droit des assurances connaît depuis plusieurs années des évolutions qui tendent à faciliter la résiliation des contrats et à renforcer l'information des consommateurs. Vous proposez d'étendre ce mouvement, qui a d'abord concerné les contrats multirisques habitation, véhicule et responsabilité civile, à la couverture des risques santé.

En dépit de votre exposé liminaire et de vos premiers éléments de réponses, monsieur le rapporteur, je reste néanmoins dubitatif. Concrètement, votre proposition est-elle créatrice de valeur ? Tous les acteurs du secteur ont-ils été sollicités en amont ? J'ai cru comprendre en effet que la concertation avait été assez succincte.

Je ne suis pas certain par ailleurs que l'on puisse accepter que les complémentaires santé soient considérées comme des produits ordinaires soumis à la loi du marché ; en la matière, la plus grande prudence s'impose.

Monsieur le rapporteur, il me semble, avec tout le respect que j'ai pour vous, que vous êtes doucement naïf lorsque vous accordez d'emblée votre confiance aux organismes qui gèrent les complémentaires santé. Je pense tout au contraire que la prudence s'impose et qu'on ne peut tolérer aucune incertitude sur un sujet qui touche à la santé de nos concitoyens.

Comment pouvez-vous nous apporter, avant l'examen dans l'hémicycle, des éléments plus concrets sur les effets de votre proposition de loi ? Vous prétendez vouloir œuvrer en faveur du pouvoir d'achat des Français : après avoir voté la désindexation des pensions de retraite et des allocations familiales, je trouve cela un peu fort de café.

Mme Josiane Corneloup. L'objectif de cette proposition de loi est de redonner du pouvoir d'achat aux Français, ce qui est parfaitement louable. Cependant, l'idée que la concurrence contribue à modérer les prix des complémentaires santé est toute théorique ; dans la réalité, c'est l'inverse qui

pourrait se produire, du fait non seulement de l'augmentation des frais de gestion que vont devoir supporter les organismes, mais également de l'augmentation de leurs coûts de communication, puisqu'ils vont devoir être de plus en plus inventifs pour attirer les clients.

Le changement infra-annuel va entraîner la multiplication des actes de gestion, qui sont des opérations complexes, ce qui aura des conséquences importantes en termes de coûts mais également en termes de qualité de service. Le risque est également que les professionnels qui pratiquent le tiers payant subissent de fréquents impayés. Par ailleurs, cette proposition de loi met à mal la solidarité intergénérationnelle, puisque un retraité coûte beaucoup plus cher qu'il ne rapporte. Enfin, que va-t-il advenir des actions de prévention conduites par les mutuelles auprès de leurs adhérents ? Si ceux-ci changent chaque année, ces actions perdront de leur sens puisqu'elles ne pourront s'accompagner d'aucun suivi possible, alors que la prévention doit être un axe majeur de notre politique de santé.

Mme Monique Iborra. Si vous avez, comme moi, participé aux réunions organisées dans le cadre du grand débat national, vous aurez entendu les personnes âgées se plaindre des mutuelles. Nous devons entendre leurs récriminations.

Certes, cette proposition de loi n'est pas forcément parfaite, mais c'est à notre commission de la corriger. C'est d'autant plus nécessaire qu'un sondage a prouvé que les Français adhéraient en nombre à sa philosophie.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Monsieur Véran, en ce qui concerne votre idée d'une complémentaire publique, je n'ai pas de réponse à vous apporter, mais on peut aussi réfléchir à une autre répartition de la charge entre les complémentaires et l'assurance maladie obligatoire, notamment pour les personnes âgées. Des discussions, me semble-t-il, sont en cours, pour rendre plus universelle la couverture de certains soins.

Plusieurs d'entre vous ont évoqué le manque de lisibilité des garanties et l'accord de place, certains souhaitant la remise d'un rapport. Ce sera le sens d'un amendement que je vous proposerai pour que ce rapport soit réalisé avant l'entrée en vigueur de la loi.

M. Lurton s'est inquiété de la discrimination en fonction de l'âge et de la hausse des frais induite par la concurrence : c'est un contresens d'imaginer que l'accroissement de la concurrence va faire augmenter les prix. Une complémentaire santé a plusieurs manières de rester compétitive : elle peut notamment maintenir le niveau des cotisations mais aussi augmenter le taux de redistribution, ce qui se traduit par un gain de pouvoir d'achat, puisqu'on est mieux remboursé.

Cette proposition de loi permettra aux meilleures offres de se détacher du lot et de se développer par rapport aux mauvais contrats, ce qui sera une autre

vertu de la mise en concurrence, sachant qu'en matière de complémentaires santés, nous avons affaire à des contrats encadrés pour être fiscalement aidés, dits « contrats responsables », ce qui signifie qu'il n'y a pas de mauvaise complémentaire santé, mais seulement de plus ou moins bonnes. En d'autres termes, à partir du moment où vous disposez d'une complémentaire santé, vous êtes relativement bien couvert. Quant aux tarifs de certains organismes, qui sont prohibitifs, c'est tout l'objectif de cette proposition de loi de les modérer.

En matière de compétitivité toujours, je proposerai également un amendement qui vise à remplacer l'obligation de communiquer sur un taux de gestion – chiffre peu utile qui n'apporte aucune information aux assurés – par celle d'annoncer le taux de redistribution pratiqué. Cette mesure, qui avantagera les mutuelles et les institutions de prévoyance, permettra une meilleure comparaison par les assurés de leur reste à charge selon les organismes.

Monsieur Chiche, la segmentation du marché existe déjà, dès lors que les actifs sont assurés par leur entreprise. On ne peut mutualiser les actifs avec les retraités, détenteurs de contrats individuels, et je ne vois pas comment on pourrait changer la donne. Par ailleurs, la CMU-C permet la protection des publics les plus fragiles. J'ajoute enfin que les contrats individuels souscrits par les personnes âgées sont en général beaucoup plus profitables aux complémentaires santé que les contrats collectifs, et vous commettez là un nouveau contresens sur la mutualisation.

Madame Valentin, la mise en concurrence a bien pour but de rendre du pouvoir d'achat aux Français, dès lors que la lisibilité des contrats est garantie – c'est l'objet de l'un de mes amendements. Notons néanmoins qu'au travers de leur fédération, les organismes de complémentaires se sont engagés à assurer cette lisibilité dès le 1er janvier 2020, donc dans moins d'un an. Faisons-leur confiance, ce qui n'exclut pas la vigilance : un suivi sera donc mis en place, avant l'entrée en vigueur de la loi, pour vérifier qu'ils ont tenu leurs promesses.

Personne ne va renoncer à sa complémentaire santé pour trouver moins bien et plus cher ailleurs, mais reportons nous quand même au sondage qui montre sans équivoque que les Français plébiscitent la levée des contraintes qui entourent la résiliation : ils sont 94 % à la souhaiter – sur un échantillon de 1 008 personnes, qui limite la marge d'erreur. C'est bien la preuve que cette proposition de loi a toute sa raison d'être.

La commission en vient à l'examen des articles de la proposition de loi.

Article 1er

Faculté de résilier sans frais et à tout moment après la première année de souscription les contrats de complémentaire santé proposés par les sociétés d'assurance

La commission est saisie des amendements identiques AS1 de M. Guillaume Chiche, AS16 de M. Pierre Dharréville, AS19 de M. Matthieu Orphelin et AS32 de M. Boris Vallaud.

M. Guillaume Chiche. Notre amendement tend à la suppression de l'article 1er, qui concerne la possibilité de résiliation infra-annuelle pour les contrats souscrits avec des sociétés d'assurance.

Actuellement, les assurés peuvent déjà changer de complémentaire santé, non pas une fois par an, mais deux fois par an. Le risque introduit par cette proposition de loi, et au premier chef par cet article, est d'inciter les complémentaires santé, en particulier celles proposées par les banques et les assureurs, à remettre en cause le principe de non-sélection des risques, en sélectionnant des individus présentant des bons risques, réputés moins onéreux, pour proposer des tarifs différentiels en fonction de l'état de santé de chacun.

Le risque est également d'accentuer le nomadisme des assurés qui, plutôt que de mutualiser leur risque avec l'ensemble de la population, vont être incités à l'individualiser en optant pour la complémentaire la moins chère, afin de préserver leur pouvoir d'achat.

Par ailleurs, dans un contexte de concurrence accrue, les mutuelles, les institutions de prévoyance, les banques et les sociétés d'assurance, qui sont des acteurs économiques, vont être contraints d'augmenter le budget qu'ils consacrent à la publicité et au démarchage de nouveaux clients, puis de répercuter la hausse de ces frais de gestion sur les tarifs qu'ils proposent.

C'est la raison pour laquelle nous demandons la suppression de cet article, comme des suivants.

M. Pierre Dharréville. Chacun aura compris que je ne crois pas aux vertus du marché. Or, ce que vous nous proposez, c'est un nouvel acte de dérégulation, dans un secteur qui en a déjà subi beaucoup ces dernières années.

Selon moi, nous aurions meilleur compte à renforcer au contraire le modèle mutualiste pour répondre aux besoins, plutôt que de dire, comme vous le faites, « Malheur aux vaincus ! » C'est un vrai problème dans ce secteur qui est celui du droit à la santé, auquel contribue les complémentaires. C'est un secteur qui a besoin de stabilité et de prévisibilité, mais ce que vous proposez va accroître le phénomène de segmentation et porter atteinte à la solidarité et au mutualisme, qui font que l'on s'assure mutuellement les uns les autres, et pas simplement soi-même. C'est aller dans la mauvaise direction et porter un nouveau coup de masse à l'édifice mutualiste.

Vous dites, monsieur le rapporteur, ne pas pouvoir changer la donne, c'est tout le problème de votre proposition de loi, qui va accroître tous les déséquilibres que nous connaissons actuellement. Il y aurait pourtant des mesures à prendre, notamment pour empêcher certains organismes – dans les cas, par exemple, ou la banque et l'assurance se croisent –, de sélectionner de fait les patients au profil le plus rentable. La logique que vous défendez ne peut, au contraire, que renforcer l'agressivité commerciale.

M. Matthieu Orphelin. La santé n'est pas un bien comme les autres. C'est un bien d'exception pour chacun de nos concitoyens, ce qui justifie un encadrement plus important de la concurrence du secteur, afin de garantir une couverture des risques pour tous.

Le principe de mutualisation des risques sur lequel les mutuelles de santé sont construites assure une solidarité intergénérationnelle. Accroître la concurrence entre les acteurs du secteur favorisera l'individualisation des risques, ce qui est susceptible d'exclure les plus fragiles financièrement et socialement, alors même que ce sont ceux qui ont le plus besoin d'une complémentaire santé. Ainsi les seniors pourraient-ils être les grands perdants de cette réforme.

Par ailleurs, il est utile de rappeler que les services non marchands d'intérêt général rendus par les mutuelles – plus de sept mille actions de prévention et d'éducation à la santé par an – pourraient pâtir de l'accroissement de la concurrence entre les acteurs.

Mettre en avant un gain de pouvoir d'un milliard d'euros est une vision à court terme, et la concurrence qui va engendrer la multiplication des offres promotionnelles pour les populations les moins à risque ne peut être que néfaste. Je n'ai pas spécialement envie qu'un jour, en France, Amazon ou d'autres acteurs de ce type deviennent les leaders du marché des complémentaires santé.

C'est parce que je crois davantage dans le modèle mutualiste que dans celui de la concurrence débridée, que je souhaite la suppression de l'article 1er et des articles 2 et 3.

M. Boris Vallaud. Je ne reviendrai pas sur la démonstration qui a été faite lors de la discussion générale ni sur les arguments qui viennent d'être développés. Si l'étude d'impact de la loi Hamon était succincte, c'est qu'elle ne proposait pas à dessein la proposition que vous formulez aujourd'hui qui est finalement plutôt réfléchie que légère. Vous faites le choix du modèle de la banque-assurance et non celui du modèle mutualiste, vous préférez la sélection par le marché, des gains de pouvoir d'achat hypothétiques et une perte de qualité en matière de prise en charge. Voilà pourquoi nous proposons de supprimer l'article 1er.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Vous pointez le risque de démutualisation, c'est-à-dire en fait de perte de solidarité qu'entraînerait l'adoption de l'article 1er. Mais quel serait l'intérêt de sélectionner les « bons » risques alors que, comme l'indique la direction de la recherche, des études, de

l'évaluation et des statistiques (DREES), puisque les contrats individuels dégagent globalement des excédents et que les contrats collectifs, dont les risques sont moindres puisqu'ils concernent avant tout une population d'actifs au travail, sont déficitaires ? Je veux bien qu'on loue les vertus du modèle mutualiste, mais la réalité est là : les contrats collectifs des mutuelles ont baissé de 5 % tandis que les contrats individuels ont augmenté de 2,2 %. Il faut qu'on m'explique pourquoi les moins bien assurés paient pour les mieux protégés. Je comprends votre volonté de protéger l'esprit mutualiste, mais, dans les faits, ce marché ne couvre pas si bien que cela les personnes les plus défavorisées.

La crainte de la concurrence s'explique par des comportements abusifs. Demander aux gens d'apporter une réponse dans un délai de vingt jours quand ils jugent trop forte la hausse de cotisation qui leur est infligée est problématique. L'idée est donc de permettre aux bons contrats de s'imposer par rapport aux mauvais contrats – et sans pointer personne du doigt. Il n'y a pas lieu de s'inquiéter par rapport aux banques et aux assurances, puisque les chiffres montrent qu'elles ont un moins bon taux de redistribution. Si les mutuelles protègent bien les gens, je ne vois donc pas pourquoi ils se tourneraient vers un contrat qui leur offrirait de moins bonnes conditions de remboursement.

Je crois sincèrement que cette proposition de loi permettra aux acteurs de regarder plus en détail les offres. C'est pourquoi il est important qu'il y ait de la lisibilité afin que les gens aient une couverture santé qui leur corresponde.

Avis défavorable, donc, sur ces amendements de suppression de l'article.

M. Jean-Pierre Door. Monsieur le rapporteur, j'avoue que vos réponses aux questions de notre groupe nous laissent perplexes et que nous restons sur notre faim. Pour ma part, je n'ai pas eu de réponse sur la sortie des contrats collectifs.

Nous nous abstiendrons sur ces amendements de suppression de l'article 1er.

M. Julien Borowczyk. Actuellement, beaucoup de contrats présents dans le portefeuille des mutuelles concernent des personnes fragiles qui sont retraitées ou qui bénéficient d'une ACS. Or, comme l'a dit M. le rapporteur, en la matière les contrats sont bénéficiaires. Quant aux banques et aux assurances, elles souhaitent récupérer les plus jeunes.

J'ai entendu parler de « nomadisme ». Actuellement, on peut signer un contrat au mois de mars et le résilier en fin d'année. Nous demandons que le contrat soit signé pour un minimum de douze mois avant de pouvoir le résilier, ce qui permettra de limiter ce nomadisme.

S'agissant de la simplification des modes de résiliation, la proposition de loi prévoit que la dénonciation d'adhésion intervient par lettre ou tout autre support durable.

Enfin, on nous parle des coûts de gestion actuels. Je ne sais pas si c'est de la prévention que de sponsoriser des équipes de football, de cyclisme et des stades. En la matière, on pourrait faire des économies.

M. Guillaume Chiche. Monsieur le rapporteur, vous avez formulé une question concernant les contrats individuels qui présenteraient un excédent et seraient donc intéressants pour les organismes, et les contrats collectifs qui le seraient moins. La réponse est toute simple : quand vous bénéficiez d'un contrat collectif, ce n'est pas vous qui menez les négociations. Tout à l'heure, Mme Dubié a rendu hommage à nos collaborateurs et collaboratrices. Comme ils disposent d'un contrat collectif pour leur complémentaire santé, ils peuvent donc bénéficier de négociations menées en leur nom auprès d'assureurs, de mutuelles ou d'institutions de prévoyance. C'est ce qui fait que leurs tarifs seront intéressants et que leur couverture sera bonne. Avec un contrat individuel, M. X ou Mme Y n'auront pas la même capacité de négociation. Ouvrir la concurrence, ce n'est pas tirer vers le bas la tarification, c'est permettre à ceux qui bénéficient d'un contrat collectif de continuer à être bien protégés, et à ceux qui sont couverts par un contrat individuel, de changer de complémentaire santé quand ils le souhaitent – mais sans les accompagner, ce qui n'apporte aucune solution au problème de la lisibilité. Si les contrats collectifs ne sont plus couverts par les mêmes institutions que les contrats individuels, ce principe d'équilibre financier cessera, ce qui créera effectivement une rupture dans la mutualisation du risque.

M. Pierre Dharréville. Dans notre pays, 4 millions de personnes n'ont pas de complémentaire santé. Je ne crois pas que les mesures que nous examinons nous permettront de résoudre ce problème. La première chose à laquelle on renonce quand on est confronté à des difficultés, c'est à sa mutuelle, qui permet d'assurer correctement son droit à la santé. Parfois, il s'agit d'un renoncement progressif, c'est-à-dire que l'on se retrouve avec un contrat dont les garanties sont de plus en plus *low cost*, et qui finissent par disparaître complètement.

Une complémentaire santé est hélas de moins en moins un engagement, et de plus en plus un produit que l'on essaie de vendre. Ce n'est pourtant pas un bien de consommation. Vous êtes dans une logique de marché ; or, l'un des moyens auxquels on peut recourir pour avoir prise sur la qualité et le montant des contrats, c'est la démocratie. Dans le mouvement mutualiste, des ferments de démocratie existent : ce sont les assurés mutualistes qui décident ensemble de la manière dont ils utilisent l'argent collecté et dont ils remboursent les soins. C'est cela qu'il faut développer si l'on veut réellement s'attaquer au problème, plutôt que de jouer sur un individualisme accru.

Enfin, la publicité et le marketing représentent 0,2 % seulement du budget du mouvement mutualiste, et encore ces dépenses leur ont-elles été imposées par le développement du marché que vous allez encore accroître.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Notre groupe votera contre ces amendements de suppression de l'article 1er.

Monsieur le rapporteur, notre collègue a parlé de naïveté. Pour ma part, je ferai plutôt référence au monde des « Bisounours ». L'augmentation du pouvoir d'achat ne se fera que si vous instituez un garde-fou selon le principe « toutes choses étant égales par ailleurs ». Venez travailler avec moi une journée à la pharmacie : vous verrez que les gens ne savent pas comment ils sont couverts. Si votre cotisation baisse de 50 euros, vous serez content, mais si vous n'êtes pas couvert pour les vignettes bleues ou oranges, à la fin de l'année vous serez perdant. Le véritable enjeu, c'est celui de la lisibilité et de l'explication que l'on donnera aux personnes sur les contrats individuels. Voilà les réponses que l'on attend.

M. Adrien Quatennens. À l'issue de la présentation de ces différents amendements de suppression, on voit que ce qui apparaissait peut-être, au départ, comme une évidence, c'est-à-dire que le droit de résiliation sans frais constituerait de fait un gain de pouvoir d'achat, est en réalité contesté. En effet, cette logique concurrentielle pourrait induire des frais de gestion supplémentaires qui seraient répercutés sur celles et ceux qui bénéficient de complémentaires santé. C'est la raison pour laquelle je voterai ces amendements.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Au-delà de la saine concurrence concernant les contrats collectifs, les déficits sur ces contrats collectifs ne sont-ils pas l'une des premières raisons de l'inflation sur les contrats individuels ? Ne serait-il pas raisonnable de limiter les déficits sur les contrats collectifs si cela a une influence sur les contrats individuels ? Voilà un élément qu'il serait utile de pouvoir mesurer dans notre réflexion.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Monsieur Chiche, c'est bien parce que les bénéficiaires de contrats individuels n'ont pas le même pouvoir de négociation que ceux qui bénéficient de contrats collectifs que cette proposition de loi a du sens. Elle va précisément leur donner du pouvoir de négociation. Tout l'intérêt de cette proposition de loi, c'est d'accepter l'idée qu'on puisse être déficitaire sur des contrats visant à protéger un public plutôt mieux portant que le reste de la population et se « refaire » sur les contrats individuels, alors que l'on supporte déjà des primes non aidées pour les personnes qui ne sont pas dans le champ de la CMU-C ou de l'ACS.

Monsieur Door, il n'est pas possible de sortir individuellement d'un contrat collectif : il faut que ce soit une décision de l'employeur, naturellement dans le cadre d'une négociation collective. Je rappelle que les entreprises vont en moyenne au-delà des 50 % minimum puisqu'elles financent la mutuelle à hauteur de 58 %. Cela veut dire que les entreprises ne cherchent pas à faire des économies. Elles ont compris que le fait que ces cotisations soient défiscalisées représente un gain de pouvoir d'achat qui ne passe pas par une augmentation des salaires.

Madame Firmin Le Bodo, je plaide également en faveur de la lisibilité que vous appelez de vos vœux. C'est d'ailleurs pourquoi je vous proposerai deux amendements en ce sens. Le premier vise à obliger les complémentaires santé à

communiquer sur le taux de redistribution, le second prévoit que l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) remet un rapport avant l'entrée en vigueur de cette loi.

*La commission **rejette** les amendements.*

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS44 du rapporteur.*

Elle examine ensuite l'amendement AS45 du rapporteur.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Le présent amendement vise à préciser et à rendre certaine et prévisible la date de fin du contrat résilié ou de l'adhésion dénoncée par le consommateur. En effet, en prévoyant que la garantie prend fin un mois après réception de la notification, la rédaction actuelle laisse planer une incertitude pour le consommateur. En outre, pour les organismes complémentaires et pour les entreprises, prévoir une date en fin de mois simplifie à peu près tout, notamment la gestion de la paie. Il s'agit donc d'une bonne mesure pour tous les acteurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Cette clarification est utile.

J'en profite pour revenir sur les conséquences sur le tiers payant des résiliations infra-annuelles. Nous n'avons pas obtenu de réponse claire sur ce point.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. On se laisse du temps puisque l'entrée en vigueur de la loi est prévue le 1er décembre 2020. Les engagements seront pris puisqu'il y a un suivi. Je pense que Mme la ministre développera ces points en séance publique. Quoi qu'il en soit, on fait confiance aux acteurs, mais avec le « 100 % santé », il est déjà question d'être au rendez-vous avant cette date. Il n'y a donc pas d'inquiétude à avoir.

*La commission **adopte** l'amendement.*

Elle est saisie de l'amendement AS13 de Mme Nicole Le Peih.

Mme Nicole Le Peih. Cet amendement vise à exiger une présentation clairement identifiable de la faculté de résiliation. La complexité des conditions des contrats est souvent un frein à leur compréhension.

Ce texte étant présenté dans son exposé des motifs comme une mesure de simplification, il est nécessaire pour une pleine efficacité de prendre en compte cette régulière méconnaissance des conditions en exigeant une présentation clairement identifiable de cette faculté de résiliation.

L'article L. 221-6 du code de la mutualité précise bien que les nullités ne sont valables que si elles sont mentionnées en caractères très apparents.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. L'article L. 113-15-2 du code des assurances, créé par la loi Hamon, prévoit d'ores et déjà que le droit de résiliation est mentionné dans chaque contrat d'assurance et en outre rappelé avec chaque avis d'échéance de prime ou de cotisation.

Si le législateur prévoit que certaines clauses doivent être clairement identifiables, cela signifierait que d'autres ont vocation à demeurer obscures.

Je demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, j'y serais défavorable.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Elle ***adopte*** *successivement les amendements rédactionnels AS46 et AS47 du rapporteur.*

Puis elle en vient à l'amendement AS48 du rapporteur.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Le présent amendement prévoit la possibilité pour le nouvel assureur de procéder aux opérations de résiliation, par mandat donné par l'assuré. La loi Hamon avait ouvert cette même facilité aux garanties obligatoires en matière d'assurance automobile et d'assurance habitation.

Il vise ainsi à simplifier les démarches pour l'assuré et à lui garantir une couverture complémentaire pendant toute la procédure, sans double couverture ni interruption de couverture.

Il vise également à faciliter les transferts d'information nécessaires à la télétransmission et au tiers payant, en modifiant l'organisme payeur dans le cadre de la procédure NOÉMIE – acronyme de « *norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs* » – qui permet la télétransmission des dossiers de remboursement entre la caisse d'assurance maladie et la complémentaire santé.

Cet amendement est un plus pour l'assuré, puisqu'il n'aura rien à dépenser pour résilier son contrat. De plus, il y aura un échange de communication entre l'ancien et le nouvel organisme complémentaire, ce qui rendra service, là aussi, à tous les acteurs.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 1er* ***modifié****.*

Article 2

Faculté de dénoncer sans frais et à tout moment après la première année les garanties proposées par les institutions de prévoyance

La commission est saisie des amendements identiques AS2 de M. Guillaume Chiche, AS17 de M. Pierre Dharréville, AS24 de M. Matthieu Orphelin et AS33 de M. Boris Vallaud.

M. Guillaume Chiche Mon amendement vise à supprimer l'article 2 qui prévoit la possibilité de résiliation infra-annuelle des contrats souscrits avec des institutions de prévoyance.

Comme j'ai pu l'exposer précédemment, on est en train de concourir à la fin de la mutualisation d'un risque qui repose sur une solidarité financière. Avec la mobilité organisée des sociétaires ou des assurés, le risque est grand de voir les bénéficiaires du tiers payant qui se rendent à la pharmacie ne pas pouvoir présenter leur nouvelle carte de complémentaire santé après avoir changé d'organisme, ce qui ne permettra pas aux pharmaciens d'appliquer le tiers payant. J'ai bien noté que l'amendement qui vient d'être adopté, proposé par le rapporteur, vise à faciliter le changement de mutuelle. Mais je ne vois pas comment cela se traduira de manière concrète dans notre vie quotidienne.

Par ailleurs, lorsqu'une personne changera de mutuelle, il y aura de fait un petit temps de latence au niveau de la télétransmission, qui contraindra à recourir à des feuilles de soins papier. Or, vous savez que la numérisation des feuilles de soins demande un certain temps et qu'il faut attendre entre deux et quatre mois un remboursement qui aura été notifié de cette manière. Il y aura donc bien une perte de pouvoir d'achat pour un certain nombre d'assurés ou de sociétaires.

M. Pierre Dharréville. Je ne suis toujours pas convaincu par les vertus de cette proposition de loi.

Le rôle des mutualistes ne se limite pas à assurer un risque. Certains de ces acteurs sont engagés fortement dans des actions de prévention qui sont parfois liées aux lieux dans lesquels ils sont nés, aux singularités de ces territoires et parfois de ces branches. Aussi ces actions méritent-elles d'être soutenues.

Par ailleurs, une action sanitaire et sociale peut aussi être menée pour défendre l'égalité d'accès aux soins. En prenant des mesures d'accélération des logiques de marché, on porte atteinte à cette dimension de l'action mutualiste.

M. Matthieu Orphelin. En entendant les débats, les échanges, les confrontations de points de vue depuis le début de la matinée, je suis encore plus convaincu que cette proposition de loi pose un problème de fond quant à la mutualisation des risques et qu'elle ne va pas dans le bon sens.

M. Boris Vallaud. En effet, les arguments développés ne nous convainquent guère.

Vous faites le choix de la baisse des prix plutôt que celui de l'amélioration de la couverture. Or, prétendre que le tout-marché, la mise en concurrence, n'auraient que des vertus et seraient producteurs de valeur, est démenti par les faits. Si l'arrivée d'un quatrième opérateur de téléphonie a fait baisser les prix, dans le même temps elle a détruit 10 000 emplois et a fait prendre un retard considérable à la France dans le déploiement de la fibre optique. Nous persistons à dire que la santé n'est pas une marchandise comme les autres et que, à la différence des assurances habitation et automobile, ce n'est pas un bien de consommation courante. On ne consomme pas de la santé. C'est pourquoi cette proposition n'a pas de sens ; en tout cas elle est mal fondée.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Les institutions de prévoyance affichent les taux de charges de gestion les plus faibles, puisqu'elles sont de 12 % à 15 %, contre 19 % pour les mutuelles et 22 % pour les sociétés d'assurance. Elles offrent ainsi un meilleur retour sur cotisation qui est l'ordre de 85 % à 88 %, contre 80 % pour les mutuelles et 75 % pour les sociétés d'assurance. Cette concurrence sera donc profitable aux meilleurs : il n'y a pas à craindre une concurrence quand on redistribue davantage que les assureurs.

Monsieur Vallaud, l'intérêt de l'assuré est-il de protéger l'emploi dans les organismes de complémentaires santé ? Je pense que ce n'est pas le sujet. Les gens cotisent pour être couverts d'un risque sur leur santé.

M. Boris Vallaud. Ce n'est pas ce que j'ai dit !

Vous prétendez que la concurrence n'a que des vertus. Or je vous ai donné un exemple qui n'était pas celui de la santé pour vous montrer que c'est faux.

Au début de mon intervention, j'ai indiqué que vous faisiez le choix la baisse des prix plutôt que de l'amélioration de la couverture santé. Voilà le reproche que je formule, parce que la santé n'est pas une marchandise comme les autres, ne vous en déplaise.

M. Guillaume Chiche. Je voudrais insister sur deux éléments d'interrogation, bien ancrés dans la vie réelle, qui concernent d'une part les bénéficiaires du tiers payant et la fragilité dans lesquels ils se retrouvent exposés, d'autre part les retards de paiement de deux à quatre mois qui seront consécutifs à un changement de complémentaire santé parce qu'il faudra avoir recours aux feuilles de soins papier.

Dans la discussion générale, on a évoqué la mobilisation des Gilets jaunes. J'ai entendu parler de pouvoir d'achat, d'accès au système de santé, de couverture maladie et de lisibilité de la couverture santé. Il s'agit d'une approche qui concerne la vie courante, le quotidien, et qui est très importante. Je crains qu'en adoptant cet article, et plus généralement l'ensemble de la proposition de loi, on se retrouve avec un mécanisme complètement inopérant.

M. Pierre Dharréville. Après ces échanges, je ne peux pas m'empêcher de souligner qu'il s'agit, par cette opération, de reporter sur les mutuelles un reproche qui vous est fait, et dont vous êtes comptable en raison des décisions qui ont été prises dans les différents PLFSS depuis deux ans. J'ai dit tout à l'heure dans mon propos liminaire que certaines augmentations étaient aussi dues aux mesures que vous avez adoptées depuis le début de la législature.

Tout à l'heure, j'ai parlé des vertus supposées de la concurrence. Dans les secteurs qui connaissent des phases de concentration accrue, comme c'est le cas des complémentaires santé, les effets que vous annoncez ne sont jamais au rendez-vous. Au final, ce choix risque d'être « perdant-perdant » pour tout le monde, y compris pour la collectivité que nous représentons.

M. Julien Borowczyk. Qui aurait pensé qu'un médecin, fût-il libéral, se préoccupe du tiers payant ? C'est pourtant une question que le rapporteur et moi-même nous sommes posée, tant et si bien que nous avons travaillé avec le cabinet de Mme la ministre de la santé pour pouvoir vous proposer en séance un amendement qui permettra d'avoir une lisibilité en temps réel des droits *via* une plateforme et une application mobile. On pourra donc, grâce à un numéro d'adhérent, voire un *QR code*, scanner les informations et ainsi voir en temps réel quels sont les droits en cours. Le problème qui existe pour les patients et surtout pour les professionnels de santé pratiquant le tiers payant, sera donc résolu à l'issue de la séance.

La commission ***rejette*** *les amendements.*

Puis elle ***adopte*** *successivement les amendements rédactionnels AS51 et AS49 du rapporteur.*

Elle examine, en discussion commune, les amendements AS50 du rapporteur et AS20 de Mme Valéria Faure-Muntian.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Il s'agit du même principe qu'à l'article 1er, à savoir décaler la prise d'effet de la résiliation du contrat à la fin du mois suivant la réception de sa notification.

Mme Valéria Faure-Muntian. Je propose pour ma part d'allonger le délai de préavis accordé à l'assureur et aux caisses du régime général quant au transfert des informations sur l'assuré et ses soins en cours. Le délai serait ainsi de deux mois au lieu d'un mois, ce qui permettrait une meilleure visibilité pour les acteurs et donc une transparence pour l'assuré.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Vous demandez un délai de deux mois, tandis que je propose, avec l'amendement AS50, que la résiliation prenne effet à la fin du mois suivant la réception de la notification. Si la résiliation intervient en début de mois, il y a bien un délai de deux mois. Par contre, si elle intervient en fin de mois effectivement on sera plus près des trente jours. Pour cela, je suis plutôt favorable à mon amendement qu'au vôtre.

M. Pierre Dharréville. Ces deux amendements relèvent d'une logique proche de celle du *trading* à haute fréquence, en permettant aux assurés d'ajuster en temps réel leur contrat et leur offre. Je me demande quelles pourraient en être les conséquences en matière d'accès aux droits et aux soins.

Mme Josiane Corneloup. Monsieur le rapporteur, il me semble que vous n'avez pas répondu à ma question sur les activités de prévention des mutuelles pour améliorer l'accès aux soins et limiter le reste à charge, ainsi que sur leurs activités d'éducation à la santé, pour retarder la survenue ou l'aggravation de maladies.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Madame Corneloup, nous sommes en train d'examiner les amendements et n'allons pas revenir à la discussion générale.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. En cohérence avec l'article 1er, j'ai proposé que le contrat prenne fin à la fin du mois suivant la demande de résiliation ou la dénonciation. Je vous suggère de retirer votre amendement, madame Faure-Muntian.

Mme Valéria Faure-Muntian. Je le retire, même si je regrette votre choix.

L'amendement AS20 est ***retiré****.*

La commission ***adopte*** *l'amendement AS50.*

Puis elle ***adopte*** *l'amendement de précision AS52 du rapporteur.*

Elle examine ensuite l'amendement AS14 de Mme Nicole Le Peih.

Mme Nicole Le Peih. Il s'agit, comme avec l'amendement AS13 que j'ai défendu à l'article 1er, d'exiger une présentation clairement identifiable de la faculté de résiliation.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Même avis que précédemment : demande de retrait ou avis défavorable.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Puis elle ***adopte*** *l'amendement de précision AS53 du rapporteur.*

En conséquence, l'amendement AS22 de Mme Valéria Faure-Muntian ***tombe****.*

La commission examine l'amendement AS54 du rapporteur.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Je propose d'ouvrir au nouvel organisme complémentaire la possibilité de procéder aux opérations de résiliation, sur mandat donné par l'assuré.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** successivement les amendements de précision AS55, AS56, AS57 et AS58 du rapporteur.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 2 **modifié**.*

Article 3

Faculté de dénoncer sans frais et à tout moment après la première année les garanties proposées par les mutuelles

La commission examine les amendements identiques AS3 de M. Guillaume Chiche, AS18 de M. Pierre Dharréville, AS25 de M. Matthieu Orphelin, AS26 de Mme Michèle de Vaucouleurs et AS34 de M. Boris Vallaud.

M. Guillaume Chiche. L'amendement vise à supprimer l'article 3, lequel concerne la possibilité d'une résiliation infra-annuelle pour les contrats souscrits auprès de mutuelles. Il ne faut pas confondre le modèle économique des structures mutualistes, qui organisent la mutualisation et la solidarité face à un risque de santé, sans dégager de profit pour le redistribuer à des actionnaires, et celui des banques et des assurances, qui va se retrouver favorisé après l'adoption de cette proposition de loi, étant entendu qu'elles offriront des produits commerciaux plus avantageux en matière de coût et de tarif. Considérer que les soins de santé sont un bien de consommation comme les autres nous conduirait sur une pente glissante. Dans les argumentaires, reviennent des comparaisons avec la loi Hamon, des prêts immobiliers, des assurances de voiture ou de logement, alors que nous parlons de la couverture d'un risque de santé et du financement de la couverture de soins pour des sociétaires. Une telle mesure serait, à mon sens, dangereuse.

M. Pierre Dharréville. On marche sur la tête ! La dégradation subie par ce secteur depuis plusieurs années, qui conduit les acteurs à se faire une concurrence les empêchant de répondre réellement aux enjeux de santé, est un vrai problème. Nous devrions nous interroger sur l'effet des contrats collectifs sur l'individualisation des risques et l'organisation du système de remboursement des soins. *In fine*, le renoncement aux soins va augmenter, parce que tous les risques non couverts tombent dans l'escarcelle de l'autofinancement. J'ai entendu l'appel d'Olivier Véran, pour réfléchir à une amélioration de la couverture. Cela vaudrait mieux que de donner les clés au marché. Si vous faites confiance aux acteurs, comme vous le prétendez, pourquoi prendre une telle disposition ?

*L'amendement AS25 est **retiré**.*

Mme Michèle de Vaucouleurs. Au-delà de la position exprimée par mes collègues du groupe MODEM sur le besoin impératif de lier une éventuelle évolution des modalités de rupture à la nécessité de lisibilité des contrats, j'ai souhaité déposer, à titre personnel, un amendement de suppression de l'article, au motif que le modèle économique des mutuelles est fondé sur le principe de la solidarité entre les adhérents. Cette philosophie particulière de la mutualisation semble incompatible avec l'individualisation des risques induite par la mesure.

De surcroît, l'effet sur le pouvoir d'achat des Français ne serait pas nécessairement positif. Cette mesure risque en effet d'inciter fortement les acteurs du marché à augmenter leurs frais de publicité, la partie promotionnelle devenant, dans un modèle économique concurrentiel, nécessaire pour s'assurer une clientèle. Les frais de gestion administrative pourraient également s'accroître, en raison d'entrées et de sorties plus nombreuses. Les populations les moins au fait de l'actualité – celles, par exemple, n'utilisant pas les outils informatiques ni Internet – seront les grandes perdantes de cette mesure, ce qui risquerait de créer un nouveau facteur d'inégalité sociale.

Par ailleurs, les mutuelles sont des acteurs à part entière du système de santé : avec leurs réseaux de soins et leurs partenariats avec les professionnels de santé, elles participent activement à améliorer la prévention, notamment, en menant près de 7 300 actions de prévention par an, dans l'ensemble du territoire. Elles œuvrent également au développement du tiers payant et des réseaux de soins et, partant, à améliorer l'accès aux soins. Je souhaite donc m'assurer que les effets induits par l'article 3 auront bien été résolus, avant l'application de cette disposition, pour les acteurs de l'économie sociale et solidaire.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Comme je l'ai déjà précisé, les mutuelles « gagnent », si je puis dire, de l'argent sur les contrats individuels et utilisent ces marges pour proposer des prix cassés sur les contrats collectifs. L'argument tendant à défendre des mutuelles qui seraient vertueuses face à des assureurs qui seraient voraces ne tient pas. Si les mutuelles sont des organismes à but non lucratif, elles ont de quoi répondre, dans une concurrence saine, à des assureurs qui doivent dégager du profit. Je ne vois donc pas ce qu'elles ont à craindre d'une résiliation infra-annuelle, après un an d'engagement.

M. Pierre Dharréville. Monsieur le rapporteur, un certain nombre de ces mutuelles résistent et ne s'engagent pas dans le modèle des assurances privées, vers lequel vous les poussez pourtant de plus en plus. Qui plus est, les mutuelles ne gagnent pas d'argent, par définition, dans la mesure où elles sont un organisme à but non lucratif. Elles essaient seulement d'équilibrer leur trésorerie, pour répondre à un système qui a été mal conçu. C'est à ce problème-là, en vérité, qu'il faut s'attaquer.

M. Guillaume Chiche. Monsieur le rapporteur, vous avez mis le doigt sur le bon sujet : les mutuelles organisent la solidarité entre leurs sociétaires et font l'équilibre entre les contrats collectifs et individuels. Elles organisent la

péréquation entre les personnes qui auront besoin d'une couverture de soins et les autres. Tel est le modèle économique mutualiste, dont le principe n'est pas de dégager du profit et de redistribuer des dividendes, mais bien d'assurer une couverture et de se constituer une réserve prudentielle pour répondre à l'exigence législative définie sous le précédent quinquennat.

Vouloir ouvrir les mutuelles à la concurrence pour casser la chaîne de solidarité, au prétexte qu'elles en ont les moyens, est parfaitement inconséquent et traduit un défaut d'analyse du modèle économique du mutualisme.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Les dépenses remboursées par les complémentaires santé sont en forte augmentation – 38 % entre 2006 et 2017, soit 3 % par an –, ce qui entraîne automatiquement une hausse équivalente des cotisations. Entre 2010 et 2017, elles ont ainsi augmenté de 21 %, soit 2,8 % par an. C'est la conséquence du principe selon lequel, comme tout opérateur économique privé, les mutuelles ne peuvent être en déficit, d'autant que, contrairement à l'assurance maladie, elles doivent constituer des réserves prudentielles. Si les excédents des sociétés de prévoyance d'assurances pour les contrats individuels sont passés de 4 % à 6 %, voire 8 %, entre 2011 et 2016, les contrats des mutuelles sont passés de 4 % à 2 %. En 2016, les mutuelles étaient en léger excédent de 18 millions d'euros, soit 1 % des cotisations, ce qui est très proche de l'équilibre, tandis que les sociétés d'assurances étaient excédentaires de 330 millions d'euros, soit 3 % des cotisations. Leurs situations sont donc très différentes.

M. Olivier Véran. En donnant, sous la précédente législature, force de loi à l'ANI, nous avons corrélé l'accès aux contrats collectifs au fait d'avoir un travail, laissant de côté les retraités, les personnes âgées et les étudiants, soit les trois catégories de la population qui ont le plus besoin d'une complémentaire santé. J'ai voté cette mesure, et je le regrette maintenant. Après une négociation avec les syndicats, un blanc-seing avait été donné aux organismes de complémentaires, de façon à généraliser l'accès aux complémentaires.

Parallèlement, nous avions développé des « contrats responsables », dont nous avons cloisonné les rubriques, en faisant peser de plus en plus de contraintes dessus, ce qui a réduit d'autant la capacité des complémentaires à se différencier sur le marché de l'accès aux soins. Avec le « reste à charge zéro », nous allons un peu plus loin dans cette démarche. Même si une concentration est à l'œuvre, du fait notamment de l'augmentation des coûts de gestion, il reste encore plusieurs centaines d'acteurs sur le marché des complémentaires. Par la force des choses, c'est autour des coûts annexes de prestations non prises en charge par l'assurance maladie que la différentiation se produira, un peu à la façon d'une surcomplémentaire.

Je comprends que les complémentaires déplorent la situation actuelle, alors qu'elles ont déjà du mal à se différencier sur le marché de la santé. L'existence de plusieurs centaines d'acteurs – mutualistes, institutions de

prévoyance ou assurances privées – sur un marché de la complémentaire santé de plus en plus structuré et sectorisé induit une hausse des coûts de gestion et des frais de concurrence. Nous ne cherchons pas à amplifier ce mouvement, mais à permettre aux assurés de changer de contrat et de choisir. Nous devons également travailler sur la transparence de ces contrats, pour donner des arguments aux usagers et leur permettre de mieux le choisir.

La commission ***rejette*** *les amendements.*

Puis elle ***adopte*** *successivement les amendements rédactionnels AS59 et AS60 du rapporteur.*

En conséquence, l'amendement AS15 de Mme Nicole Le Peih ***tombe****.*

La commission ***adopte*** *également l'amendement rédactionnel AS61 du rapporteur.*

L'amendement AS21 de Mme Valéria Faure-Muntian est ***retiré****.*

La commission à l'examen de l'amendement AS62 du rapporteur.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Comme aux deux premiers articles, mon amendement vise à préciser et à rendre certaine et prévisible la date de fin du contrat résilié ou de l'adhésion dénoncée par le consommateur, en la fixant à la fin du mois suivant la résiliation ou la dénonciation.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

Puis elle ***adopte*** *successivement les amendements rédactionnels AS64, AS65 et AS66 du rapporteur.*

En conséquence, l'amendement AS23 de Mme Valéria Faure-Muntian ***tombe****.*

La commission examine l'amendement AS67 du rapporteur.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Il s'agit d'ouvrir au nouvel organisme complémentaire la possibilité de procéder aux opérations de résiliation, sur mandat donné par l'assuré.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

Puis elle ***adopte*** *l'amendement de coordination AS68 du rapporteur.*

Elle ***adopte*** *ensuite l'article 3* ***modifié****.*

Après l'article 3

La commission examine, en discussion commune, les amendements AS43 du rapporteur et AS30 de Mme Cendra Motin.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Chaque année, les complémentaires doivent communiquer à leurs assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties, en pourcentage des cotisations ou primes. Cependant, les auditions ont montré que ces chiffres ne constituent pas un indicateur fiable de l'intérêt économique pour le consommateur de la garantie proposée. Par ailleurs, s'agissant d'organismes ayant des activités diversifiées dans le monde de l'assurance, les frais de gestion et d'acquisition consacrés à l'activité de complémentaire santé sont un chiffre largement reconstitué : les coûts des campagnes de publicité ou de l'activité des intermédiaires ne sont pas aisément ventilés entre les différentes branches de l'activité assurantielle.

L'ouverture d'une faculté de résiliation infra-annuelle des complémentaires santé conduira à stimuler la concurrence et les actions de démarchage de la part des organismes complémentaires et de leurs intermédiaires. Dans ce cadre, il apparaît nécessaire de renforcer la lisibilité et la comparabilité des offres, pour que les consommateurs puissent juger de l'intérêt des garanties et des tarifs proposés.

Aussi, dans un objectif de simplification et d'amélioration de la lisibilité des offres, l'amendement propose-t-il de remplacer la communication des chiffres actuels par celle du taux de redistribution des cotisations collectées, par catégorie de contrats. Le pourcentage des prestations versées sur les cotisations et primes perçues sera un meilleur indicateur de la performance de l'organisme complémentaire. Une telle mesure devrait être particulièrement profitable aux organismes à but non lucratif.

M. Julien Borowczyk. Je retire notre amendement au profit de celui du rapporteur.

L'amendement AS30 est ***retiré****.*

La commission ***adopte*** *l'amendement AS43.*

Les amendements AS28 et AS29 de Mme Cendra Motin sont ***retirés****.*

La commission est saisie de l'amendement AS31 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Mon groupe et moi-même sommes favorables à tout ce qui va dans le sens d'une meilleure prise en charge et d'un meilleur accès aux soins. Mais nous avons quelques interrogations quant à l'application de ce texte, qui ne fait pas l'unanimité parmi les organismes de complémentaires santé, dont on peut en effet redouter une augmentation des frais de gestion, de publicité et de

marketing, qu'ils feraient peser sur leurs prix. Ce sont les plus vulnérables et les plus fragiles qui en seraient les premières victimes. C'est pourquoi nous vous proposons que cette loi fasse l'objet d'une évaluation, dont le rapport serait rendu aux parlementaires un an après sa promulgation. Il devrait comporter un état des lieux de l'impact de la loi sur l'évolution des prix et de la qualité des contrats de complémentaires.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Vous proposez que le Gouvernement remette au Parlement un rapport d'évaluation dans un délai de douze mois, à compter de la publication de la loi. Or, le texte entrant en vigueur le 1er décembre 2020, il ne sera pas possible d'en juger les effets avant un an d'application, ce qui nous reporte au début de l'année 2022.

Mme Justine Benin. Je déposerai un autre amendement en séance et retire celui-ci.

M. Pierre Dharréville. Pour aller encore plus dans le sens du rapporteur, j'aurais plutôt proposé de rendre le rapport sous trente jours… *(Sourires.)*

L'amendement est ***retiré****.*

Puis la commission examine l'amendement AS42 du rapporteur.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Malgré plusieurs initiatives normatives, la question de la lisibilité des contrats et des garanties reste en chantier et continue de reposer sur l'autorégulation et la bonne volonté des acteurs du secteur. Le 14 février 2019, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires (UNOCAM) et les principales fédérations d'organismes complémentaires ont signé, en présence de la ministre des solidarités et de la santé, un engagement pour améliorer la lisibilité des garanties de complémentaire santé. Ce document prévoit notamment, à compter de 2020, d'harmoniser les 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.

Cependant, cet engagement des fédérations ne constitue pas une obligation juridique pour les organismes qui en sont membres. Tout en témoignant de notre confiance à l'égard des fédérations et des organismes qu'elles représentent, l'amendement vise à charger l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, dont l'une des missions est de protéger les assurés, d'évaluer le respect par les organismes complémentaires d'assurance maladie de ces engagements applicables à partir du 1er janvier 2020. Le rapport devra être remis avant l'entrée en vigueur du texte, de manière à ce que le Parlement et le Gouvernement puissent juger de l'opportunité de donner ou non une valeur contraignante à l'engagement pris le 14 février 2019, dans le cadre du PLFSS pour 2021.

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'idée du rapport est bonne. Mais que se passera-t-il si l'on constate que les fédérations n'ont pas tenu leur engagement ?

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Nous pourrons déposer un amendement au PLFSS pour 2021. Qui plus est, le Gouvernement pourra également agir, en ayant recours à un arrêté. Si la ministre a fait confiance aux fédérations et à leurs organismes de complémentaires santé, il faudra nous assurer, avant l'entrée en vigueur du texte, que tout le monde est au rendez-vous.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Par ailleurs, en tant que parlementaires, nous avons la possibilité de demander la réalisation d'un rapport d'application au bout de six mois. N'hésitons pas à utiliser les moyens mis à notre disposition !

*La commission **adopte** l'amendement.*

Article 4
Entrée en vigueur de la faculté de résilier les garanties complémentaires en matière de santé

*La commission **adopte** l'amendement rédactionnel AS69 du rapporteur.*

*En conséquence, les amendements AS4 de M. Guillaume Chiche et AS8 de M. Francis Vercamer **tombent**.*

*La commission **adopte** l'article 4 **modifié**.*

Puis elle adopte l'ensemble de la proposition de loi modifiée.

*
* *

La commission des affaires sociales a adopté la proposition de loi modifiée. En conséquence, elle demande à l'Assemblée nationale d'adopter la présente proposition de loi dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport (http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/ta-commission/r1772-a0.pdf).