

Position

Août 2019

DU GROUPE MUTUEL

La problématique de la prolongation de la couverture dans le cadre de la révision de la loi sur le contrat d'assurance (LCA)

En résumé

Le Conseil national a traité la révision de la loi sur le contrat d'assurance (LCA) lors de la session spéciale de 2019. Avec deux nouvelles dispositions légales, il souhaite introduire la prolongation de la couverture pour l'assurance-maladie complémentaire, ainsi qu'une nouvelle réglementation pour les cas d'assurance en suspens en cas de résiliation de contrat. Ces dispositions sont inutiles, et même contre-productives du point de vue du consommateur, car elles entraînent une augmentation des primes (compte tenu des risques plus importants) et davantage de collectes de données. Par ailleurs, elles créent des incertitudes juridiques.



Votre personne de contact au Groupe Mutuel

Miriam Gurtner

Tél. 058 758 81 58

migurtner@groupemutuel.ch

www.groupemutuel.ch

1. Situation de départ

La loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) régit la relation contractuelle entre les entreprises d'assurance et leurs clients.

Une première révision partielle a permis, au 1^{er} janvier 2006 (dans le cadre de la mise en place de la loi sur la surveillance des assurances, LSA), de tenir compte des besoins les plus urgents en matière de protection des consommateurs. La révision totale prévue en 2011 visait également à renforcer les droits des assurés. Cependant, le Parlement considérait que les propositions du Conseil fédéral allaient trop loin. En 2013, il lui a ainsi renvoyé ce projet avec pour consigne d'élaborer une révision partielle et indiqué clairement les dispositions à adapter. En 2016, le Conseil fédéral a envoyé en consultation un avant-projet allant bien au-delà de la demande du Parlement. Cet avant-projet a été vivement critiqué par les associations professionnelles et les associations des entreprises d'assurance, mais aussi et surtout par les partis bourgeois. Au vu des résultats de cette consultation, l'avant-projet a été retravaillé une nouvelle fois dans le sens du mandat du Parlement, avant de lui être adressé à nouveau, mi-2017.

2. Les délibérations au sein du Conseil national

Le Conseil national a discuté de l'avant-projet lors de la session spéciale de mai 2019. Ce faisant, diverses autres demandes émanant d'associations de consommateurs ont été prises en compte. En Suisse, les clients des entreprises d'assurance bénéficient déjà d'une protection très élevée. Avec la décision du Conseil national, cette protection sera dorénavant encore plus étendue grâce aux nouveautés suivantes:

- Introduction d'un droit de révocation – les clients pourront révoquer leur contrat pendant un délai de réflexion défini.
- Droit de résiliation ordinaire et suppression des «contrats léonins».
- Interdiction de résiliation pour les assureurs.
- Prolongation à 5 ans du délai de prescription.
- Annulation de la fiction d'approbation de la police.
- Renforcement du commerce électronique.

Cependant, au lieu d'apporter des améliorations pour les consommateurs, certaines décisions du Conseil national entraînent une plus grande insécurité juridique,

des risques plus importants pour les assureurs, et par conséquent **une augmentation des primes.**

Nous abordons ci-après plus en détails deux adaptations du Conseil national qui vont à l'encontre du bon fonctionnement du système d'assurance-maladie complémentaire et entraînent une grande insécurité juridique.

2.1. Art. 35c P-LCA

«Art. 35c P-LCA - Prolongation de la couverture pour l'assurance-maladie complémentaire

1. Pour l'assurance-maladie complémentaire, les droits découlant du contrat peuvent être exercés jusqu'à cinq ans après la fin du contrat si le risque assuré se réalise pendant la durée du contrat mais que le dommage causé n'apparaît qu'après la fin du contrat.
2. Les changements d'assurance sont réservés pour autant que les entreprises d'assurance concernées appliquent le principe du traitement médical.»

Conformément à la décision du Conseil national, la LCA prévoit dorénavant l'application, pour les entreprises d'assurance-maladie complémentaire, d'une interdiction de résiliation ordinaire et d'une interdiction de résiliation en cas de sinistre. Cela signifie que les assureurs ne peuvent pas résilier les assurances complémentaires, même dans le cas d'assurés âgés ou d'assurés bénéficiant de prestations élevées. Le secteur des assurances s'y est d'ailleurs engagé. **Dans le cas d'une assurance complémentaire non résiliable par l'assureur, compte tenu de la couverture existante, les assurés n'ont pas besoin d'une prolongation supplémentaire de la couverture.** Cette dernière ne s'appliquerait pour ainsi dire qu'aux personnes suivantes:

- Les personnes qui résilient spontanément leur assurance-maladie complémentaire et ne souscrivent pas de nouvelle assurance auprès d'un nouvel assureur;
 - Les personnes dont l'assurance-maladie complémentaire a été résiliée pour cause de réticence, pour retard de paiement des primes ou même pour fraude à l'assurance, si elles ne souscrivent pas une nouvelle assurance complémentaire auprès d'un autre assureur.
- L'introduction d'une prolongation de couverture

entraînerait un traitement de faveur de ces personnes. Elles pourraient en effet continuer à recevoir des prestations et par exemple, en cas d'hospitalisation, se faire suivre par un médecin-chef et bénéficier d'une chambre individuelle sans payer les primes correspondantes. Ceci entraînerait une augmentation des primes pour tous les assurés qui les paient correctement tous les mois. La mise en place de la prolongation de couverture va à l'encontre de l'esprit de solidarité entre assurés et est contraire au système.

Cette prolongation de couverture pourrait même entraîner une nouvelle forme d'abus, puisque des personnes pourraient s'assurer pour un an, puis résilier leur contrat et essayer de continuer à profiter des prestations. Il en résulterait à coup sûr des contentieux juridiques.

2.1.1. La problématique particulière de l'assurance d'indemnités journalières

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'assurance d'indemnités journalières est une assurance-maladie complémentaire. Le nouvel article 35c P-LCA serait donc applicable. Le passage d'un assuré d'une assurance-maladie collective ou d'une assurance-maladie d'indemnités journalières à une autre est clairement défini dans la Convention de libre passage entre les assureurs d'indemnités journalières maladie (art. 2 al. 1 let. b et c CLP). Le nouvel assureur ne doit pas formuler de nouvelle réserve d'assurance tant qu'il ne s'agit pas d'une indemnité journalière plus élevée, d'une durée de prestation plus longue ou d'un délai d'attente plus court. Les conditions de passage en cas de sinistre en cours sont également clairement définies à l'art. 4 CLP:

«Art. 4 CLP

1. Les personnes dont la capacité de travail n'est pas entière doivent, en dépit de dispositions contraires contenues dans les Conditions générales d'assurance (CGA) déterminantes, continuer à bénéficier de la couverture chez le nouvel assureur dans la mesure de la capacité de travail existante, pour autant qu'elles soient engagées dans le cadre d'un contrat de travail.
2. Les sinistres en cours passent au nouvel assureur dès la date du changement d'assurance, à concurrence du montant de l'indemnité journalière, du délai d'attente et de la durée des prestations prévus par l'assureur antérieur, pour autant que le travailleur soit employé au même degré d'occupation

chez le nouvel employeur ou chez l'employeur antérieur. En cas d'engagement dans les limites de la capacité de travail résiduelle, l'assureur antérieur prend en charge le cas de sinistre en cours.

3. Les primes sont dues au nouvel assureur à partir de la date de passage.
4. Si un assuré a touché des prestations d'indemnité journalière de son assureur antérieur avant son transfert, celles-ci sont prises en compte par le nouvel assureur pour le calcul de la durée des prestations, pour autant qu'il s'agisse d'une rechute selon les CGA de l'assureur antérieur ou d'un cas de sinistre en cours.»

La CLP a le mérite de garantir une sécurité juridique dont jouissent toutes les parties concernées, à savoir les assurés, les employeurs et les assureurs. En cas d'incertitude, les parties concernées s'efforcent de trouver une solution viable et raisonnable tenant compte de l'accord et de l'instance d'arbitrage.

La nouvelle disposition reviendrait à jeter par-dessus bord un système qui fonctionne. Cela soulèverait bon nombre de questions devant finalement être clarifiées par voie juridique.

À l'insécurité juridique s'ajoutent également des primes encore plus élevées: si les sinistres en cours restent chez l'ancien assureur (qui ne reçoit plus de primes) lors du passage d'un contrat collectif vers un nouvel assureur, ces risques doivent préalablement être inclus dans la prime. Cela entraînerait par conséquent une augmentation des primes.

2.1.2. La problématique particulière de l'assurance complémentaire de soins

L'assurance-maladie obligatoire fonctionne d'après le principe de la date de traitement. Selon ce principe, tout risque pour la santé est toujours couvert par l'assureur de base auprès duquel l'assuré paie sa prime au moment du traitement. Cela s'applique aujourd'hui pour la plupart des assurances-maladie complémentaires d'après la LCA. Le nouvel article 35c proposé par le Conseil national met non seulement fin au principe de traitement, mais pose également **de nombreuses questions pratiques:**

- Quand le risque survient-il dans l'assurance de base ou dans l'assurance complémentaire de soins? Aujourd'hui, compte tenu du principe de traitement, cette question n'est pas importante, mais elle le sera avec la proposition du Conseil

national. Contrairement à un accident, une maladie se développe progressivement ou insidieusement. Souvent, il n'est pas possible d'identifier avec précision l'événement déclencheur: dans le cas de maux de dos récurrents apparus pour la première fois en 2010 mais non traités, ayant conduit à un premier traitement et à un diagnostic en 2012, puis entraîné un premier arrêt de travail en 2015, et qui a finalement abouti à une opération du dos en 2019, quand le risque est-il survenu?

- Qui doit fournir la preuve de l'existence d'une prolongation de la couverture et comment? Lorsqu'un client résilie son contrat, l'entreprise d'assurance-maladie complémentaire ne sait pas s'il passe chez un autre assureur. Compte tenu du fait que les données médicales doivent faire l'objet d'une protection particulière, cela pose également des questions complexes en matière de confidentialité des données.
- Étant donné qu'une entreprise d'assurance-maladie complémentaire ne sait pas si un client passe chez un autre assureur à la fin de son contrat, cela entraîne également un risque accru d'abus. Un assuré peut faire valoir une prolongation de la couverture auprès de son assureur précédent alors qu'il dispose quand même d'une assurance complémentaire auprès d'un autre assureur. Tant que le passage d'un assureur à l'autre ne figure pas de manière claire dans son historique, cet assuré peut se faire rembourser deux fois.

Ces questions illustrent le grand flou juridique et la nécessité de collecter des données supplémentaires ainsi que d'augmenter les primes de risques, bien que cela n'apporte pas de valeur ajoutée pour le consommateur, étant donné que le système fonctionne déjà, en particulier à la lumière de l'interdiction de résiliation susmentionnée.

2.1.3. Problématique générale pour toutes les assurances-maladie complémentaires

Pour toutes les autres assurances-maladie complémentaires selon la LCA, ces nouvelles dispositions juridiques entraîneraient également d'importants problèmes de coordination: l'assurance-maladie obligatoire associe systématiquement l'obligation temporelle de prestation de l'assureur à la durée

de couverture. Même avec le système de la date de traitements, le changement d'assurance ne pose aucun problème de coordination. Les assurances-maladie complémentaires entrent en jeu après l'assurance-maladie obligatoire et la complètent. Une autre base de responsabilité entraînerait d'importants problèmes de coordination.

L'art. 35c al. 2 P-LCA n'améliore pas la situation : des questions aussi fondamentales ne peuvent pas être réglées par des accords entre les entreprises d'assurance; elles doivent être clairement réglementées.

2.2. Art. 35d P-LCA

«Art. 35d P-LCA - Cas d'assurance en suspens
Les dispositions du contrat qui donnent à une entreprise d'assurance le droit de supprimer ou limiter unilatéralement la durée ou l'étendue de ses obligations existantes de fournir des prestations périodiques à la suite d'une maladie ou d'un accident lorsque le contrat prend fin après la survenance du sinistre sont nulles. (voir art. 3 al. 1 let. I)»

Cet article aborde la poursuite des prestations à la suite d'une maladie ou d'un accident survenus avant la fin du contrat. Ainsi, le Conseil national proposera des dispositions contractuelles prévoyant dans ce cas la suppression ou la limitation de prestations périodiques existantes liées à des coûts ultérieurs.

Cette interdiction est inutile. Le Tribunal fédéral a décidé que, dans ce type de cas, les indemnités journalières doivent continuer à être versées, même si plus aucun contrat n'est en vigueur.

La répercussion de l'art. 35d P-LCA sur la CLP est encore plus catastrophique, puisqu'il l'annulerait. Comme cela a déjà été indiqué, la CLP garantit actuellement une sécurité juridique, tout en permettant aux assureurs de se coordonner. Avec l'annulation de la CLP, ce serait en particulier les employeurs qui changent leur assurance collective d'une compagnie à une autre qui auraient des charges supplémentaires. En cas de sinistre, ces derniers devraient vérifier s'ils doivent signaler l'événement à leur ancien assureur ou au nouveau. Cela impliquerait également plus d'efforts pour les assurés, qui devraient fournir à l'employeur les données nécessaires pour cette clarification.

2.3. Collecte de données supplémentaires nécessaire

Les règlements relatifs à la prolongation de la couverture et aux cas en suspens entraînent un besoin de clarification accru et, de ce fait, une extension de la collecte de données. De nos jours, pour simplifier les choses en assurance collective, les employeurs indiquent en général aux assureurs uniquement les listes des salariés AVS, et pas les noms des personnes individuelles. Les primes sont calculées d'après ces listes, et les salariés ne sont désignés par leur nom qu'en cas de sinistre. Cela permet d'éviter une collecte de données inutile. Ceci n'est plus possible à la lumière des art. 35c et 35d P-LCA, puisque les sinistres en cours ou en suspens doivent être pris en charge par l'assureur précédent. De ce fait, l'employeur et le nouvel assureur doivent en outre déterminer si la personne était assurée au cours des 5 années précédentes et comment, et la renvoyer vers son assureur précédent. La procédure de conciliation actuelle d'après la CLP, qui a un effet de coordination, ne pourrait plus être appliquée. Cela va-t-il vraiment dans le sens de l'assuré, si ce changement législatif entraîne une collecte de données bien plus importante qu'aujourd'hui?

2.4. Les augmentations de primes seraient inévitables

Dans le cadre de l'approbation des tarifs des primes, la surveillance des assurances exige des primes conformes aux risques (art. 4 al. 2 let. r LSA). Cela signifie qu'une prolongation de la couverture entraîne une augmentation des primes de risques au détriment de tous les assurés. Une étude de l'Institut d'Économie de l'Assurance de l'Université de Saint-Gall datée de 2016 et portant sur la protection des consommateurs du point de vue des clients a démontré que la disponibilité des clients à payer pour une plus grande protection des consommateurs est faible en moyenne. On peut donc se demander si ces mesures de «protection du consommateur» sont réellement dans l'intérêt du client.

L'inversion de la pratique en ce qui concerne la prolongation de la couverture serait fatale pour l'assurance-maladie d'indemnités journalières comme pour les autres assurances-maladie complémentaires. Les efforts demandés à CHACUN, même les assurés et les employeurs, augmenteraient de façon considérable. Il y aurait un risque que certains employeurs renoncent à une assurance d'indemnités journalières compte tenu de la charge administrative supplémentaire et des primes élevées, s'ils n'y sont pas obligés en vertu d'un contrat-type ou d'une convention collective de travail. Les charges supplémentaires pour les entreprises d'assurance auraient un impact négatif sur les primes. L'annulation de la CLP actuelle entre les assureurs d'indemnités journalières donnerait lieu à un vaste flou juridique et entraînerait de ce fait une augmentation du nombre de litiges. Compte tenu de la forte concurrence et de la charge administrative importante, il y a un risque que les assurances d'indemnités journalières ne soient plus viables pour de nombreuses compagnies et que ces dernières mettent fin à leurs activités. À long terme, cela pourrait également avoir un impact sur les primes, car seule la concurrence stimule le marché.

Conclusion

Le Groupe Mutuel soutient l'objectif de la révision consistant à adapter la loi aux exigences actuelles d'une protection des consommateurs moderne. Cependant, il considère qu'il faut renoncer aux nouvelles règles, qui n'apportent aucune valeur ajoutée aux clients et qui entraînent un flou juridique et une augmentation des primes. C'est notamment le cas des (nouveaux) art. 35c et 35d P-LCA.

Le concept théorique de la prolongation de la couverture entraîne des effets indésirables pour tous les assurés (augmentations des primes, collectes de données et incertitudes juridiques). En revanche, seules quelques personnes précédemment assurées ayant quitté leur assurance de leur plein gré ou ayant légalement été exclues de leur assurance en retireraient des avantages.

La nouvelle disposition inutile concernant les cas en suspens annulerait la Convention de libre passage entre les assureurs d'indemnités journalières maladie éprouvée depuis plusieurs années et créerait une nouvelle situation juridique. Cela aurait un impact négatif en particulier sur les assurés.

Par ailleurs, les deux articles mentionnés ci-dessus entraînent un flou juridique, ce qui aurait pour effet d'augmenter la charge de travail des tribunaux.

Tous ces éléments plaident en faveur d'une suppression sans substitution des nouveaux articles 35c et 35d P-LCA proposés par le Conseil national.