

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

à l'interpellation Jessica Jaccoud et consorts – Renforcer la prévention à l'attention des assurés face aux courtiers peu scrupuleux "

Rappel de l'interpellation

Avec l'annonce des augmentations des primes maladie débute la valse des courtiers en assurance dont certains, indéliçats, profitent de la situation pour gruger des assurés. Ces pratiques sont régulièrement dénoncées par les organismes de défense des consommateurs.

Les problèmes récurrents qui s'observent dans la pratique concernent une partie des courtiers en assurance, essentiellement ceux qualifiés d'intermédiaires non liés. En effet, de nombreux courtiers non liés exercent sans être inscrits au registre de l'Autorité de surveillance des marchés financiers (FINMA), nonobstant l'obligation légale, et ne respectent pas les conditions de formation et de sécurité (assurance responsabilité civile (RC)) nécessaires pour l'exercice de cette profession. Dans les faits, ces courtiers envisagent leur activité sur une très courte période, attirés par les importantes commissions, puis disparaissent sans laisser d'adresse.

Les informations qu'ils transmettent aux assurés, notamment dans le domaine de l'assurance-maladie complémentaire, sont souvent erronées et leur attitude parfois agressive ou oppressante. Certains courtiers mentent sur leurs prétendus liens avec de grands groupes d'assurance ou promettent aux assurés de mirobolantes économies. D'autres utilisent des cartes de légitimation falsifiées, vendent des produits d'assurance qu'ils ne connaissent pas ou mal, particulièrement en ce qui concerne les assurances-maladie complémentaires. Pour ces dernières, ils proposent au client de remplir le formulaire santé à leur place et ainsi négligent d'informer l'assureur sur les problèmes de santé préexistants.

Les conséquences de ces pratiques sont parfois catastrophiques pour les assurés qui, mal informés ou trompés, signent une proposition d'assurance qui les met par la suite en difficulté. Les cas de réticence, d'instauration d'importantes réserves, de double assurance ou de suppression de toute couverture d'assurance sont fréquents.

Force est de constater que ce domaine relève pour l'essentiel du droit fédéral, les dispositions légales relatives à l'exercice du métier d'intermédiaire en assurance étant principalement incluses dans la loi sur la surveillance des marchés financiers (LFINMA) et dans la loi sur la surveillance des assurances (LSA).

La seule marge de manœuvre du canton de Vaud réside donc dans des mesures de prévention.

Sur son site internet, l'Etat de Vaud, dans les informations relatives aux primes d'assurance maladie, procède déjà à quelques mises en garde. Il est notamment précisé que, à partir d'un certain âge, une assurance complémentaire ne peut plus être conclue et que, dans des cas de mauvaise santé, d'importantes réserves pourraient être imposées par le nouvel assureur. Il est en outre mentionné qu'une assurance de base et une assurance complémentaire peuvent être contractées chez des assureurs différents.

Néanmoins, au vu du nombre important de contentieux existants en lien avec des propositions d'assurance conclues par l'intermédiaire d'un courtier, il semblerait que ces informations ne sont pas suffisantes.

Dans le but de mieux protéger les assurés contre ces pratiques indéliçates, je me permets de poser les questions suivantes au Conseil d'Etat :

- 1. Le Conseil d'Etat est-il au courant des pratiques indéliçates de certains courtiers, notamment dans le domaine de l'assurance maladie complémentaire ?*
- 2. Si oui, a-t-il connaissance de cas individuels ayant mis des assurés dans une situation dommageable, notamment en raison de l'activité d'un courtier d'assurance ?*
- 3. Au vu des éléments ci-dessus exposés, ne serait-il pas pertinent d'étoffer les éléments de prévention, dans plusieurs*

langues, contenus sur le site internet de l'Etat de Vaud, notamment sur les risques de réticence, d'insertion de réserves, de double assurance en cas de résiliation hors délai ou de suppression d'assurance si la police actuelle est résiliée avant la confirmation de prise en charge par le nouvel assureur ?

4. *Enfin, le Conseil d'Etat envisage-t-il, de manière plus générale, d'étoffer ses campagnes de prévention, notamment dans les langues étrangères, à l'attention des assurés sur les pratiques fallacieuses de certains courtiers d'assurance ?*

Je remercie d'avance le Conseil d'Etat pour ses réponses.

Souhaite développer.

(Signé) Jessica Jaccoud

et 24 cosignataires

REPONSE DU CONSEIL D'ETAT

1 PREAMBULE

Le constat décrit par l'interpellatrice est correct. Il est aussi opportun tant il faut reconnaître que chaque année des courtiers peu scrupuleux agissent et conduisent de nombreux assurés à vivre des situations difficiles. Les associations de consommateurs dénoncent ces pratiques depuis des années ; les associations d'assureurs les ont rejoint et ont commencé à se doter d'outils visant à empêcher ces dérives.

Cela étant, il apparaît utile au Conseil d'Etat de rappeler certains points relatifs à l'activité des intermédiaires d'assurance. Selon la loi fédérale sur la surveillance des assurances (LSA), les intermédiaires qui ne sont pas liés juridiquement, économiquement ou de quelque autre façon que ce soit à une entreprise d'assurance doivent se faire inscrire dans le registre (art. 43, al. 1 LSA). En l'occurrence, il s'agit d'un registre public tenu par la FINMA, autorité de surveillance du marché financier suisse. Ces intermédiaires non liés (*courtiers*) ne peuvent exercer leur activité qu'après leur inscription au registre. S'agissant des intermédiaires liés, leur inscription au registre est seulement facultative.

La FINMA n'exerce aucune surveillance continue des intermédiaires d'assurance enregistrés. Elle peut prendre les mesures nécessaires lorsque les intermédiaires ne respectent pas les exigences du droit de la surveillance. En revanche, la FINMA n'a aucune compétence pour intervenir en cas de différends de droit privé entre les assurés, les intermédiaires d'assurance et les entreprises d'assurance, les cas d'espèce devant être jugés par les tribunaux civils.

Enfin, la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ne fixe pas d'exigence pour exercer l'activité d'intermédiaire dans l'assurance-maladie sociale. Par conséquent, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) n'a pas la compétence d'intervenir dans ce domaine.

Ce cadre général étant rappelé, le Conseil d'Etat répond comme suit aux questions posées par Mme Jaccoud et consorts.

2 LE CONSEIL D'ETAT EST-IL AU COURANT DES PRATIQUES INDÉLICATES DE CERTAINS COURTIER, NOTAMMENT DANS LE DOMAINE DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ?

En octobre 2014, Monsieur Pierre-Yves Maillard, Chef du Département de la santé et de l'action sociale, a pris connaissance des agissements abusifs d'une société de courtage exerçant dans le canton de Vaud, qu'il a ensuite dénoncés auprès de l'OFSP. Des informations incomplètes, voire fausses concernant l'assurance-maladie de base étaient systématiquement données par cette société aux clients potentiels. A titre d'exemple, le courtier proposait des rabais sur les primes LAMal en cas de conclusion d'une couverture d'assurance-maladie complémentaire ou alors il annonçait des primes LAMal inférieures à celles approuvées par l'OFSP, afin que les assurés signent de nouveaux contrats.

Depuis, le DSAS reçoit quelques annonces de cas par an ; en nombre toujours très modeste par rapport à la probable ampleur du phénomène.

3 SI OUI, A-T-IL CONNAISSANCE DE CAS INDIVIDUELS AYANT MIS DES ASSURÉS DANS UNE SITUATION DOMMAGEABLE, NOTAMMENT EN RAISON DE L'ACTIVITÉ D'UN COURTIER D'ASSURANCE ?

A ce jour, le DSAS a eu connaissance de quelques assurés victimes des pratiques abusives de la part de courtiers peu scrupuleux. Dans certains cas, le courtier affirmait travailler pour le compte d'un assureur-maladie. Dans tous les cas, de nouveaux contrats étaient proposés, tant pour l'assurance-maladie de base que pour l'assurance complémentaire. Certains assurés, sur conseil du courtier, ont résilié leur couverture d'assurance complémentaire avant même de connaître la réponse du nouvel assureur. Les assurés âgés ou présentant des maladies au moment de la signature du contrat se sont vu refuser la couverture complémentaire. Ou alors cette dernière a été acceptée mais des réserves ont été émises excluant les maladies préexistantes. La plupart des assurés ont accusé une péjoration de leur situation du point de vue asséculogique.

4 AU VU DES ÉLÉMENTS CI-DESSUS EXPOSÉS, NE SERAIT-IL PAS PERTINENT D'ÉTOFFER LES

ÉLÉMENTS DE PRÉVENTIONS, DANS PLUSIEURS LANGUES, CONTENUS SUR LE SITE INTERNET DE L'ÉTAT DE VAUD, NOTAMMENT SUR LES RISQUES DE RÉTICENCE, D'INSERTION DE RÉSERVES, DE DOUBLE ASSURANCE EN CAS DE RÉSILIATION HORS DÉLAI OU DE SUPPRESSION D'ASSURANCE SI LA POLICE ACTUELLE EST RÉSILIÉE AVANT LA CONFIRMATION DE PRISE EN CHARGE PAR LE NOUVEL ASSUREUR ?

En fonction des plaintes dont il a connaissance, l'Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM) publie des mises en garde sur le site Internet de l'État (voir <http://www.vd.ch/themes/social/prestations-assurances-et-soutien/assurance-maladie/>).

Actuellement, cet office procède à une mise à jour du contenu des pages dédiées à l'assurance-maladie. Le nouveau contenu devrait être disponible d'ici l'été 2016 et comportera une information exhaustive, sous forme de réponses aux questions les plus fréquentes (FAQ) en lien avec le démarchage abusif. Un chapitre sera dédié aux risques encourus par l'assuré en cas de résiliation de ses couvertures d'assurance de base et complémentaire. Progressivement, le site sera enrichi de messages d'avertissement en plusieurs langues afin de limiter autant que possible les pratiques de certains courtiers qui utilisent le système pour conclure des contrats aux clauses inadaptées auprès de personnes issues de leur propre communauté.

A ce titre, il est rappelé que le Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH), n'est pas compétent en matière d'assurance-maladie complémentaire au sens de la LCA. Dès lors, les informations figurant sur le site du SASH, respectivement de l'OVAM, concerneront principalement l'assurance-maladie de base.

5 ENFIN, LE CONSEIL D'ÉTAT ENVISAGE-T-IL, DE MANIÈRE PLUS GÉNÉRALE, D'ÉTOFFER SES CAMPAGNES DE PRÉVENTIONS, NOTAMMENT DANS LES LANGUES ÉTRANGÈRES, À L'ATTENTION DES ASSURÉS SUR LES PRATIQUES FALLACIEUSES DE CERTAINS COURTIER D'ASSURANCE ?

Craignant que la même problématique ne resurgisse en automne 2016, le SASH mène actuellement une analyse quant aux actions que le canton de Vaud pourrait entreprendre pour éviter tout préjudice aux assurés vaudois en lien avec le démarchage abusif. La prévention demeure l'axe d'action à privilégier.

Dans le cadre de cette démarche, le SASH a sollicité la Fédération romande des consommateurs (FRC), très active dans le domaine à travers les campagnes de prévention au démarchage précoce et abusif. A ce jour, le SASH étudie l'opportunité de plusieurs pistes d'action qui lui sont offertes. En complément aux informations mentionnées sous ch. 3, seront mis à disposition des assurés des liens vers les organisations de défense des consommateurs, comme la FRC, ainsi que vers la plateforme de dénonciation de santésuisse. D'autres mesures pourraient également être prises durant la période de publication des primes, telles que la mise en place d'une ligne cantonale d'information.

Le Conseil d'Etat salue également les mesures prises par les associations des assureurs-maladie pour lutter contre le démarchage précoce et abusif. Il relève que dès le 1^{er} janvier 2016, les assureurs-maladie membres de santésuisse appliquent des règles de conduite et des standards de qualité visant à supprimer autant que possible la pratique par les courtiers d'appels non sollicités. En outre, les assurés peuvent faire un signalement des abus commis par les intermédiaires à l'aide du formulaire en ligne proposé sur le site de santésuisse. Quant aux assureurs-maladie membres de curafutura, ils se sont engagés dès le mois de novembre 2015 à ne collaborer qu'avec des intermédiaires enregistrés auprès de la FINMA, lesquels devront prouver qu'ils disposent des aptitudes requises, sont intègres et garantissent un niveau élevé de qualité dans le conseil fourni.

En définitive, force est de reconnaître que le contexte de l'assurance maladie en Suisse se prête au développement de ces pratiques. En effet, les annonces de primes font l'objet d'une forte médiatisation chaque année, on observe une grande diversité d'acteurs et de prix, le système est compliqué car il mêle assurance sociale et assurances privées et, enfin, il touche un domaine sensible, celui de la santé. Dans ce contexte, le Conseil d'Etat estime que seul un changement d'organisation pourra, à terme, éradiquer ces pratiques dommageables pour les assurés.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 15 juin 2016.

Le président :

P.-Y. Maillard

Le chancelier :

V. Grandjean