



Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

PRINTEMPS SOCIAL DE L'ÉVALUATION : ÉVALUATION EN CONTINU DES LFSS

LA MISE EN PLACE DU « 100 % SANTÉ »

Afin d'améliorer l'accès aux soins, l'article 51 de la LFSS pour 2019 permet à tous les assurés d'accéder à un panier de soins et d'équipements sans reste à charge dans trois domaines : l'optique, les aides auditives et les soins prothétiques dentaires, trois secteurs traditionnellement caractérisés par des restes à charge après intervention de l'assurance maladie complémentaire particulièrement élevés.

La MECSS a confié le soin à **M. Cyrille Isaac-Sibille** (rapporteur, Mouvement démocrate et apparentés) de faire le point sur les premiers mois de mise en œuvre de cette réforme essentielle, dite « 100 % Santé ». Le rapporteur estime que cette évaluation doit être menée tous les six mois, afin de mesurer les conséquences de la réforme sur la diminution du reste à charge des assurés.

Une série de tables rondes et d'auditions ont été menées préalablement à celle des administrations centrales lors du Printemps de l'évaluation. Le rapporteur a ainsi rencontré les différents syndicats d'opticiens, de chirurgiens-dentistes et d'audioprothésistes, les principaux représentants des industriels, la Caisse nationale d'assurance maladie, les organismes d'assurance complémentaire (la Mutualité française, la Fédération française de l'assurance et le Centre technique des institutions de prévoyance), ainsi que l'association France Assos Santé représentant les usagers du système de santé.

I. UNE AVANCÉE MAJEURE EN TERMES D'ACCÈS AUX SOINS

1. *Une réforme attendue*

Si la France est l'un des pays de l'OCDE où le reste à charge des ménages est parmi les plus faibles, de l'ordre de 7 % des dépenses de santé, il demeure néanmoins très important dans trois domaines : l'optique, les prothèses dentaires et les aides auditives, où il représentait en 2018 respectivement 21 %, 25 % et 56 % des dépenses après intervention de l'assurance maladie complémentaire ⁽¹⁾.

L'existence de restes à charge élevés a pour conséquence des taux de renoncement aux soins pour raisons financières particulièrement importants, estimés en 2014 à 16,8 % pour les soins

(1) Panoramas de la DREES, « Les dépenses de santé en 2018 », édition 2019.

dentaires et à 10 % pour l'optique ⁽¹⁾. Le taux d'équipement des personnes ayant une déficience auditive était quant à lui de seulement 32,5 % en 2018.

Dans ce contexte, la mise en place de la réforme du « 100 % Santé » revêt une importance cruciale pour **améliorer l'accès aux soins** de l'ensemble des Français, à côté des réformes engagées pour lutter contre les déserts médicaux.

2. Une offre gratuite accessible à tous les assurés

Le panier de soins et d'équipements « 100 % Santé » est accessible à tous les assurés grâce à **un triple mécanisme** :

- le relèvement des bases de remboursement de la sécurité sociale ;
- la fixation de prix limites de vente ;
- la couverture obligatoire du reste à charge par les contrats de complémentaires santé responsables.

Les décrets d'application nécessaires à la mise en œuvre de la réforme ont été pris rapidement :

- dès le 11 janvier 2019, un décret a fixé les niveaux de prise en charge des organismes complémentaires de façon à garantir un accès sans reste à charge dans les trois secteurs concernés ⁽²⁾ ;

- fin février 2019, un second décret a précisé les conditions de disponibilité, de présentation et de distribution des produits et prestations du panier « 100 % Santé », ainsi que les modalités d'information des assurés sociaux ⁽³⁾.

3. L'accent porté sur la prévention

La réforme du « 100 % Santé » s'est accompagnée d'un investissement important dans la **prévention** et d'une **revalorisation des soins conservateurs dentaires**, c'est-à-dire des soins bucco-dentaires fréquents, dont la régularité permet d'éviter à terme la pose de prothèses dentaires. Pourtant, la pose de prothèses a longtemps été financièrement plus intéressante, pour les dentistes, que les actes de prévention, alors que la vocation première des soins bucco-dentaires est de conserver et soigner les dents. Ainsi, avant la réforme, les soins conservateurs des dentistes représentaient environ les deux tiers de leur activité mais seulement un tiers de leurs revenus, alors que les soins prothétiques représentaient, à l'inverse, un tiers de leur activité et les deux tiers de leurs revenus ⁽⁴⁾.

La réforme engagée doit permettre de rééquilibrer ce modèle médico-économique qui, selon le directeur général de la CNAM, « à la faveur de la liberté tarifaire sur le prothétique, a dérivé vers un modèle économique où, pour dire les choses d'une manière qui n'est pas caricaturale, un chirurgien-dentiste perd de l'argent quand il soigne et n'en gagne que quand il réalise des prothèses » ⁽⁵⁾. Le rapporteur partage pleinement ce constat et se félicite des mesures prévues dans la dernière convention nationale des chirurgiens-dentistes, approuvée par arrêté le 20 août 2018. La forte revalorisation des tarifs des soins dentaires courants (de 20 à 144 % selon les actes) doit permettre de **rééquilibrer dans la durée l'activité des chirurgiens-dentistes**, ces derniers

(1) D'après l'enquête « Santé et protection sociale » de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDSE).

(2) Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

(3) Décret n° 2019-147 du 27 février 2019.

(4) Selon la Mutualité française (audition du 4 mars 2020).

(5) Audition devant la commission des affaires sociales, le 30 juin 2020.

n'étant désormais plus économiquement dépendants d'actes prothétiques qui sont évidemment beaucoup plus mutilants pour les patients que les actes de prévention.

De même, en permettant à tous les Français de bénéficier d'un appareil auditif de qualité sans reste à charge, la réforme du « 100 % Santé » évite des retards de prise en charge qui se traduisent ensuite par des lésions parfois irréversibles. L'accès aux dispositifs médicaux du panier « 100 % Santé » répond ainsi à **une exigence sanitaire et sociale**, puisqu'un appareillage auditif correct permet à la fois d'éviter le développement de troubles cognitifs et de lutter contre la désinsertion sociale des personnes âgées.

4. *Une large concertation et une entrée en vigueur échelonnée*

La mise en place du « 100 % Santé » a été précédée d'une large concertation avec l'ensemble des acteurs concernés.

Les négociations, menées à partir de janvier 2018, ont abouti à la **signature d'accords dès juin 2018** :

- les deux principaux syndicats de chirurgiens-dentistes, la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) et l'Union dentaire, représentant 60 % de la profession, ont conclu avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) une nouvelle convention nationale le 21 juin 2018 ;
- en matière d'optique, un protocole d'accord a été signé le 13 juin 2018 par deux des trois syndicats d'opticiens, le Rassemblement des opticiens de France (ROF) et le Syndicat national des centres d'optique mutualistes (SYNOM), représentant plus de 80 % de la profession ;
- enfin, l'ensemble des syndicats d'audioprothésistes – le Syndicat national des entreprises de l'audition (SYNEA), le Syndicat national des audioprothésistes (UNSAF) et le Syndicat national des centres audition mutualiste (SYNAM), ainsi que le Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM), représentant les industriels, sont également parvenus à un protocole d'accord le 13 juin 2018.

Chaque accord a donné lieu à la **définition d'un panier d'équipements « 100 % Santé »**, qui doivent faire l'objet d'une **prise en charge intégrale par les assurances maladies obligatoire et complémentaire** d'ici 2021.

L'entrée en vigueur de la réforme est en effet progressive, échelonnée sur trois ans. D'ailleurs, **la totalité des dispositions ne sont pas encore applicables** : dans le secteur de l'optique, la réforme est entièrement entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2020, alors qu'elle ne sera pleinement effective que le 1^{er} janvier 2021 en ce qui concerne les aides auditives et les prothèses dentaires.

PRINCIPALES ÉTAPES DE L'APPLICATION DE LA RÉFORME DITE « 100 % SANTÉ »

2019	- Abaissement puis plafonnement progressif des tarifs des équipements du panier « 100 % Santé » en dentaire et en audiologie ; - Augmentation de 100 euros du remboursement des aides auditives par l'assurance maladie et les complémentaires ;
2020	- Panier « 100 % Santé » en optique (lunettes + verres) garanti sans reste à charge ; - Panier « 100 % Santé » en dentaire garanti sans reste à charge pour certains soins prothétiques (couronnes et bridges) ; - Nouvelle baisse du plafond tarifaire (de 200 euros) et augmentation du remboursement de 50 euros des audioprothèses ;
2021	- Panier « 100 % Santé » en dentaire garanti sans reste à charge pour l'ensemble des prothèses concernées (y compris amovibles) ; - Panier « 100 % Santé » en audiologie garanti sans reste à charge.

Encore aujourd'hui, des **points d'étapes réguliers** associent les différents acteurs concernés.

Cette méthode privilégiant la négociation et la concertation explique peut-être que les premiers mois de mise en œuvre de la réforme se soient globalement bien passés.

II. DES PREMIERS RÉSULTATS ENCOURAGEANTS

D'après une enquête réalisée fin février 2020 ⁽¹⁾, soit deux mois après le début de l'entrée en vigueur partielle de la réforme, les premières données disponibles montrent que **les objectifs attendus ont été atteints dans les trois secteurs concernés**.

➤ *Les équipements optiques :*

12 % des lunettes facturées intègrent au moins partiellement le « 100 % Santé ». Plus précisément, 6 % des équipements facturés en janvier 2020 sont intégralement composés d'éléments relevant du « 100 % Santé », c'est-à-dire tant au niveau des verres que des montures, et 6 % des équipements facturés sont « mixtes », c'est-à-dire qu'ils comprennent une monture « 100 % Santé » et des verres à tarifs libres (dans 1/3 des cas) ou l'inverse (dans 2/3 des cas). La DSS a indiqué au rapporteur que **250 000 assurés** ont acquis un équipement d'optique dont au moins les verres ou la monture appartiennent au panier « 100 % Santé » entre le 1^{er} janvier et le 29 février 2020.

➤ *Les prothèses dentaires :*

Une nouvelle nomenclature des actes permettant de les répartir en trois catégories (panier « 100 % Santé », panier des restes à charge modérés et panier à tarifs libres) avait été introduite dès avril 2019. Depuis le 1^{er} janvier 2020, les contrats responsables de complémentaire santé ont l'obligation de prendre intégralement en charge le coût non remboursé par la Sécurité sociale des actes du panier « 100 % Santé ».

L'introduction de ces remboursements bonifiés par les complémentaires santé depuis le début de cette année s'est traduite par une forte augmentation du nombre d'actes devisés appartenant au panier « 100 % Santé », qui a bondi de 12 points en janvier 2020 (44 %) par rapport à ce qui était constaté d'avril à fin décembre 2019 (32 %). La fréquence des propositions faites dans le panier à tarifs libres a quant à elle baissé de 15 points (passant de 51 % à 36 % des devis), tandis que celle du panier avec restes à charge modérés a crû de 3 points (de 17 % à 20 % des devis).

(1) Enquête de Santé Clair, 27 février 2020.

Selon les chiffres communiqués par le directeur général de la CNAM, en avril 2019, en ce qui concerne les couronnes fixes pour lesquelles l'entrée en vigueur de la réforme est aujourd'hui totale, 26 % des actes appartenaient au panier « 100 % Santé », 14 % au panier à restes à charge modérés et 59 % au panier à tarifs libres. En février 2020, ces chiffres étaient de respectivement **47 %, 19 % et 36 % des actes**.

Avec près de la moitié des actes prothétiques réalisés sans reste à charge, l'objectif initial de la réforme est d'ores et déjà atteint.

➤ *Les aides auditives :*

La répartition entre un panier I, qui correspond au « 100 % Santé », et un panier II, où les tarifs restent libres, a été instaurée dès janvier 2019, mais l'obligation faite aux complémentaires santé de prendre en charge l'intégralité du coût non remboursé par la Sécurité sociale pour les appareils de classe I ne sera applicable qu'à partir du 1^{er} janvier 2021. Pourtant, la baisse par palier du prix limite de vente pour ces appareils (1100 euros depuis le 1^{er} janvier) conjuguée à l'augmentation progressive de leur base de remboursement par la Sécurité sociale aboutissent à ce que les propositions de classe I ont presque triplé en fréquence dans les devis des professionnels au cours du mois de janvier 2020 par rapport à 2019, pour atteindre 29 % des devis.

Le directeur de la sécurité sociale a indiqué lors son audition devant la commission des affaires sociales qu'environ **13 % des audioprothèses** effectivement facturées appartenaient au panier. Entre le 1^{er} janvier et le 30 avril 2020, près de **12 000 assurés** ont acquis une ou deux aides auditives appartenant à ce panier.

Ces résultats sont d'autant plus encourageants que l'entrée en vigueur de la réforme n'est encore que partielle dans les secteurs dentaire et de l'audiologie.

Les syndicats auditionnés ont par ailleurs noté que des patients qui jusqu'alors renonçaient aux soins sont retournés consulter leur dentiste, leur ophtalmologue ou leur ORL.

La mise en œuvre de la réforme a toutefois été **fortement ralentie dès la mi-mars**, en raison de la limitation de l'activité des dentistes et des audioprothésistes aux seuls soins urgents et de la fermeture de la grande majorité des centres d'optique pendant la crise sanitaire. Cette situation exceptionnelle explique que les données concernant l'évolution des produits et équipements du panier « 100 % Santé » en mars et en avril 2020 ne puissent être exploitées pour évaluer l'efficacité de la réforme.

III. UNE RÉFORME ENCORE INABOUTIE

La mise en œuvre de la réforme se déroule de manière globalement satisfaisante. Le rapporteur souhaite toutefois attirer l'attention sur plusieurs points, soulevés lors des auditions :

1. *Le coût de la réforme pour les assurances maladies obligatoire et complémentaire reste à préciser*

Au moment de son adoption, le coût de la réforme était estimé à 755 millions d'euros par an pour l'assurance maladie, d'après l'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2019. La Mutualité française évalue quant à elle le coût de la réforme pour les assurances complémentaires à près de 150 millions d'euros par an.

Pour le directeur de la DSS comme pour le directeur général de la CNAM, il est encore trop tôt pour disposer de données relatives au coût de la réforme.

Le rapporteur souhaite que l'enveloppe globale dédiée à la prise en charge des produits du panier « 100 % Santé », ainsi que la répartition au sein de cette enveloppe entre l'assurance maladie et les complémentaires santé, soient connues rapidement et actualisées régulièrement.

2. *L'accès effectif aux produits et équipements du panier « 100 % Santé » doit être garanti*

Plusieurs pistes permettraient de garantir un meilleur accès à des soins et équipements sans reste à charge.

- Les devis doivent s'accompagner d'explications pédagogiques délivrées par le professionnel de santé.

Chaque profession dispose désormais d'un devis-type. Depuis le 1^{er} janvier 2020, les opticiens et les audioprothésistes ont en effet l'obligation de présenter un devis normé comportant *a minima* un équipement du panier « 100 % Santé ». Ce document doit également comporter des explications sur la réforme ainsi que sur les différentes garanties attachées aux lunettes ou aux aides auditives. Les chirurgiens-dentistes doivent quant à eux systématiquement mentionner dans leur devis un plan de traitement « 100 % Santé » quand il existe. S'ils proposent des actes avec un reste à charge, ils doivent obligatoirement faire figurer dans la partie « information thérapeutique alternative » du devis les actes réalisables sans reste à charge ou, à défaut, avec un reste à charge maîtrisé, quand ils existent.

Il ressort toutefois des auditions réalisées par le rapporteur que les devis restent complexes à remplir pour les professionnels et ne sont pas toujours lisibles pour les assurés.

Il semblerait que les premières difficultés d'élaboration des devis par les professionnels, liées à la nécessité de bien paramétrer leurs logiciels, soient désormais résolues. Le Rassemblement des opticiens de France (ROF) estime néanmoins que « *l'objectif de normalisation a comme conséquence paradoxale d'aboutir à un devis peu lisible et compréhensible* » et que « *les informations essentielles : description des offres, prix et remboursements ne sont pas forcément très accessibles à la lecture* »⁽¹⁾.

C'est pourquoi le rapporteur estime que **les devis, pour être lisibles par tous les assurés, doivent s'accompagner d'explications complémentaires et pédagogiques** délivrées par l'opticien, l'audioprothésiste ou le dentiste.

- En optique, les produits du panier « 100 % Santé » pourraient être mieux identifiés.

Un **manque d'information et de visibilité concernant les produits « 100 % Santé »** a été déploré, de nombreuses offres commerciales pouvant prêter à confusion ayant foisonné dans les semaines précédant la mise en œuvre de la réforme.

L'ajout « par obligation » d'une offre « 100 % Santé » dans les devis adressés à des personnes ayant été orientées vers les autres offres a également pu être constaté par l'association France Assos santé.

- Les produits du panier sans reste à charge doivent correspondre à ceux proposés par les chirurgiens-dentistes.

Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France a indiqué au rapporteur que de nombreux dentistes ne proposent plus, parfois depuis plusieurs années, certains produits du panier « 100 % Santé », en particulier **les prothèses en métal**.

(1) Réponse du ROF au questionnaire écrit, le 3 mars 2020.

Le directeur général de la CNAM a en effet précisé lors de son audition par la commission des affaires sociales que les couronnes figurant dans le panier sans reste à charge étaient - uniquement pour les molaires – des couronnes métalliques, qui représentent 20 % des couronnes posées sur les molaires. Il a reconnu que ce choix constituait **un point de faiblesse de la réforme** du « 100 % Santé », les négociations avec les complémentaires santé n’ayant pas permis d’aboutir à une offre plus intéressante.

Le directeur général a toutefois utilement rappelé que la réforme a prévu une alternative aux couronnes métalliques, puisque des prothèses constituées d’un nouveau matériau à base de zircone figurent dans le panier à reste à charge maîtrisé, ce dernier étant d’environ 40 euros.

Enfin, il a noté que d’une manière générale, 95 % des chirurgiens-dentistes ont pratiqué des tarifs sans reste à charge en février 2020. À peine deux mois après sa mise en œuvre partielle, la mise en œuvre de la réforme est donc largement satisfaisante.

3. Certains points restent à clarifier en ce qui concerne les complémentaires santé

Le rapporteur tient à saluer les efforts réalisés par les complémentaires santé, que ce soit en matière de financement de la réforme du « 100 % Santé » ou d’adaptation de leurs contrats et de leurs systèmes d’information. Plusieurs difficultés, de nature différente, ont néanmoins été mises en avant par les personnes auditionnées par le rapporteur.

➤ Le litige autour de la transmission des « codes regroupés »

Des refus initiaux de prise en charge des produits du panier « 100 % Santé » par les complémentaires ont été observés, celles-ci considérant que les informations transmises par les professionnels n’étaient pas assez détaillées. Ces derniers considèrent au contraire que la transmission de codes dit « regroupés », par opposition à des « codes affinés », était suffisante pour permettre une prise en charge par les complémentaires. Lors de leur audition, les syndicats d’opticiens se sont particulièrement émus de cette situation.

Ce point de litige a été partiellement tranché par la Commission nationale de l’informatique et des libertés (CNIL). Dans un courrier adressé au directeur général de la CNAM le 20 avril 2020, elle liste les principes à respecter pour la transmission des codes aux complémentaires santé, au regard de la réglementation sur la protection des données à caractère personnel.

Après des échanges avec les organismes complémentaires et les professionnels de santé et tout en indiquant avoir rencontré « *d’importantes difficultés à obtenir l’ensemble des informations nécessaires à une évaluation objective de la situation* », elle a conclu que « *le principe de minimisation des données, prévu par l’article 5-1-c) du Règlement général sur la protection des données (RGPD), doit s’appliquer de manière stricte pour identifier la granularité des données de santé à caractère personnel susceptibles d’être transmises aux OCAM* ».

Ainsi, pour le panier « 100 % Santé », la CNIL a confirmé sur la base de ce principe que la transmission des codes regroupés « *semble suffisante* » pour permettre aux complémentaires santé de liquider les dépenses de santé. Elle a cependant précisé dans son courrier que quelques ajustements, auxquels la CNAM a indiqué pouvoir rapidement procéder pour l’audiologie avec la création prochaine de deux codes de regroupement supplémentaires, restent encore nécessaires.

Lors des auditions menées par la commission des affaires sociales, le directeur général de la CNAM a toutefois indiqué que, depuis l’avis rendu par la CNIL en avril dernier, les travaux avec les assurances complémentaires n’avaient pas repris sur ce point.

Le rapporteur veillera à ce qu'un compromis satisfaisant puisse être trouvé rapidement, permettant à la fois **un remboursement effectif des dépenses de santé par les complémentaires et une protection suffisante des données de santé des patients.**

➤ Le remboursement des produits qui ne figurent pas dans le panier « 100 % Santé »

Les niveaux de remboursement par certaines complémentaires des produits ne figurant pas dans le panier « 100 % Santé » ont diminué, voire sont devenus quasiment nuls, ce qui pose un problème de libre choix des produits pour les assurés.

La Mutualité française a confirmé lors de son audition que certaines mutuelles, notamment la mutuelle nationale territoriale (MNT), avaient diminué leurs niveaux de remboursement sur ces produits et équipements.

Les **comités de suivi de la réforme**, qui se réunissent régulièrement, pourraient se pencher sur cette question. Des **indicateurs** permettant d'évaluer l'évolution des niveaux de remboursement des produits et équipements n'appartenant pas au panier « 100 % Santé » pourraient en particulier être mis en place.

➤ La lisibilité des contrats proposés par les complémentaires santé

Des engagements récents ont été pris afin d'améliorer la lisibilité des contrats des complémentaires santé.

Ainsi, les trois principales fédérations d'organismes complémentaires (la FNMF, la FFA et le CTIP) et l'UNOCAM ont signé un « *engagement pour la lisibilité des garanties de complémentaire santé* » le 14 février 2019, en présence de la ministre des Solidarités et de la Santé. La signature de cet engagement a eu lieu lors de la première réunion plénière du comité de suivi de la réforme du « 100 % Santé ».

Concrètement, l'UNOCAM et les fédérations se sont engagées à demander aux organismes complémentaires d'harmoniser les principaux intitulés dans leurs tableaux de garanties, qui doivent figurer sur l'ensemble des supports destinés aux assurés. Ces intitulés sont précisés dans une notice accompagnant l'accord. Dix-neuf postes de dépenses sont ainsi définis, répartis en cinq grandes rubriques (hospitalisation, dentaire, soins courants, aides auditives et optique). À ces cinq rubriques s'ajoutent cinq « grands postes de remboursements » dont le choix est laissé aux opérateurs. Afin que les assurés ne se perdent plus avec des termes non connus du grand public, comme le pourcentage de la BRSS (base de remboursement de la sécurité sociale) ou du PMSS (plafond mensuel de la sécurité sociale), les libellés doivent en outre être donnés en euros pour chaque poste. La mise à disposition de l'information doit enfin se faire « *de préférence sous forme dématérialisée* », ce qui signifie que les organismes complémentaires doivent mettre en place des simulateurs en ligne.

Par ailleurs, la loi du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé permet aux assurés de résilier leurs contrats à tout moment. Son entrée en vigueur, prévue au plus tard le 1^{er} décembre 2020, ne doit pas être décalée.

Lors de son audition, France Assos Santé a toutefois estimé que **les avancées en matière de transparence des contrats des complémentaires restaient trop timides**, dans un secteur où les litiges portant sur le montant des indemnités des complémentaires santé représentent, à eux seuls, près d'un tiers des réclamations de l'ensemble du secteur de l'assurance⁽¹⁾. Pour l'association représentant les patients et les usagers du système de santé, le premier point de

(1) Conférence de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 23 novembre 2018.

difficulté concerne l'accessibilité des informations : en fonction de chaque organisme, il peut être très difficile de trouver les tableaux de garantie des contrats sur leur site internet. Concernant l'harmonisation des libellés de garanties et les exemples en euros, France Assos santé note que les cinq postes de soins choisis étaient déjà largement utilisés dans beaucoup de contrats. Si des libellés identiques de postes de soins, de sous rubriques et d'exemples communs sont nécessaires, le fait que les organismes aient la liberté de les présenter dans un ordre aléatoire, avec des rubriques et sous-rubriques facultatives de leurs choix, ne permet pas de comparer aisément les différentes offres. Par ailleurs, les termes utilisés dans les exemples ne sont pas forcément toujours les mêmes que dans les tableaux de garanties correspondant au même contrat, ce qui entraîne de vraies difficultés de compréhension.

Aussi, il conviendrait aujourd'hui d'**aller plus loin dans l'exigence de clarté et de lisibilité des contrats**, de manière à permettre aux consommateurs de comparer les différentes offres. Par exemple, il pourrait être envisagé de demander aux complémentaires santé :

- que les rubriques et les sous-rubriques obligatoires des tableaux de garanties soient classées dans le même ordre ;
- que tous les exemples reprennent exactement les termes de ces tableaux et qu'ils incluent tous la base de remboursement de la sécurité sociale ;
- que ces tableaux et ces exemples soient facilement et directement accessibles sur le site internet des organismes complémentaires.

À cet égard, la DSS a indiqué que, dans le cadre d'un groupe de travail du Comité consultatif du secteur financier (CCSF) dédié à la lisibilité des garanties, **des travaux d'harmonisation des tableaux des exemples de remboursement et de garanties ont démarré le 9 juin dernier**, afin de compléter l'accord du 14 février 2019 précité. Ils visent notamment à harmoniser les principaux actes présentés dans les tableaux d'exemples et ceux présents dans les tableaux de garanties qui peuvent aujourd'hui être différents. Le rapporteur suivra avec attention les conclusions de ces travaux, de nouveaux engagements des organismes complémentaires étant selon lui nécessaires pour améliorer la lisibilité des contrats.

