



Le contrat responsable a de nombreux effets délétères

Le contrat responsable n'est ni raisonnable ni compatible avec l'obligation de conseil de la DDA ; sans compter qu'il est nuisible à la prévoyance !

Depuis sa création en 2004 et, malgré ses nombreuses évolutions le contrat « dit » responsable a, surtout, montré ses défaillances. A chaque étape de son évolution, il était question de réduire les dépassements d'honoraires, de favoriser le parcours de soins, d'améliorer la couverture des soins prothétiques avec l'ajout du 100% santé, etc.

Si les objectifs semblaient louables, la finalité escomptée n'a, non seulement pas porté ses fruits, mais présente des effets inverses aux objectifs recherchés. Le contrat « dit » responsable ne serait-il pas la preuve que l'enfer est pavé de bonnes intentions ?

Les dépassements d'honoraires ont augmenté

Alors que le contrat « dit » responsable ne permet pas de rembourser les dépassements au-delà de 200% du tarif de convention pour les médecins non-signataires de l'OPTAM, les dépassements d'honoraires ont néanmoins augmenté, aussi bien chez les signataires que chez les non-signataires. La hausse du TM ne sera-t-elle pas bénéfique contre les dépassements ?

Par ailleurs, le nombre de praticiens adhérant à l'OPTAM ne progresse plus.

Les restes à charge sur les consultations sont plus importants

Parallèlement au constat précédent, les restes à charge sur les consultations se sont alourdis. En effet, la double limitation à 200% du tarif de convention et du différentiel d'au moins 20% entre OPTAM et non-OPTAM a fait apparaître davantage de reste à charge sur les consultations ; notamment de spécialistes.

Ces restes à charge mis en perspective avec le manque de praticiens induit certainement des renoncements aux soins qu'il faudra étudier à l'avenir.

Le renouvellement de l'optique n'a pas diminué

La limitation de la fréquence de renouvellement des équipements optiques à une paire de lunettes tous les deux ans a augmenté son taux de renouvellement.

Cette analyse est contre-intuitive mais, exception faite des contrats haut de gamme pour lesquels la fréquence de renouvellement est importante, la fréquence a augmenté.

Il est probable, au regard des biais comportementaux, que la limitation à « une paire tous les deux ans » soit interprétée comme une invitation à « changer de lunettes tous les deux ans ».

Sans compter que des lunettes achetées coûtent moins chères que des lunettes assurées car le cumul de cotisations pour financer des lunettes



Achetez vos lunettes, ça vous coûtera moins cher !



se révèle plus élevé que le prix des lunettes ! L'obligation d'assurer l'optique s'avère alors un non-sens économique ; notamment avec la hausse des frais et des taxes.

L'idée d'allonger la périodicité de prise en charge à trois ans constituerait une piste intéressante pour rétablir un meilleur équilibre économique car elle permettrait de réduire mécaniquement la fréquence de renouvellement tout en limitant les comportements induits par la règle actuelle des deux ans.

La 100% santé en optique est un échec

Enfin, le panier 100% santé en optique reste un échec patent compte tenu du taux de recours anecdotique qu'il présente. À l'inverse, la réforme a démontré sa pertinence en matière d'accès aux soins dentaires, où le dispositif rencontre un véritable succès.

La concurrence pousse à une différenciation absurde

Les médecines douces au détriment des coups durs !

Les contraintes imposées par le contrat responsable ont contribué à standardiser un marché déjà tendu. Afin de se différencier dans ce cadre contraint, les organismes assureurs, pour « innover », ont ajouté des garanties telles que les médecines douces, les médicaments non remboursés et autres forfaits comforts, sans parler des services et de la prévention.

Non seulement ces garanties font exploser les tarifs mais elles se révèlent absurdes car comment justifier de prendre en charge le « bien-être » alors qu'il y a du reste à charge en cas de réel mal-être ? Pourquoi prendre en charge le naturopathe alors qu'une chirurgie ou une consultation chez le spécialiste reste insuffisamment remboursée ?

Par ailleurs, le développement des services et de la prévention mérite d'être interrogé. Certains services comme la téléconsultation, le deuxième avis médical semblent de plus en plus s'éloigner du cœur de métier des organismes assureurs, tout en représentant un coût croissant pour les régimes, d'autant plus qu'ils sont parfois rendus obligatoires. Leur mode de financement reste flou et leur efficacité réelle non démontrée.

Le contrat responsable n'est donc pas DDA compatible

La DDA (Directive Distribution en Assurance) a pour objectif de protéger le consommateur. Pour cela, les produits d'assurance complémentaire santé doivent répondre aux besoins réels des assurés. Or, au regard des contraintes et des effets délétères évoqués précédemment, peut-on réellement parler de « bon conseil » lorsqu'on recommande à un assuré de souscrire un contrat responsable ?

La réponse semble négative car les assurés paient actuellement des couvertures coûteuses qui répondent davantage à des besoins perçus qu'à des besoins réels, lesquels demeurent parfois insuffisamment couverts...

De plus, la multiplication des contraintes réglementaires complexifie la compréhension des grilles de garanties. Le temps consacré à les expliquer est autant de temps qui n'est pas investi dans





A C T U A R I E L L E S

l'accompagnement sur d'autres risques essentiels, comme la prévoyance.

Le contrat responsable facilite les transferts de charges

Si le contrat responsable prévoit des plafonds, il prévoit également des planchers. Ces derniers permettent de rendre (au moins visuellement) indolores les transferts de charge du régime de base de la Sécurité sociale.

En effet, en obligeant la prise en charge du ticket modérateur, il suffit de changer les règles de calcul des tarifs de convention et des taux de remboursement pour que les complémentaires santé se trouvent engagées, qu'elles le veuillent ou non. Ces types de transfert impactent systématiquement et immédiatement les tarifs ; lesquels flambent depuis 5 ans.

Jusqu'en 2020 le tarif de convention des généralistes était de 25€ et le ticket modérateur était de 30% soit 7,5€. Le tarif est passé en 2024 à 30€ ; pour un ticket modérateur de 9€ ; soit une hausse de 20%.

Il avait été envisagé de passer le ticket modérateur à 40% sur cet acte fin 2024 ; ce qui aurait impliqué une hausse, de 33% par rapport à 2024 et de 60% par rapport à 2020. Une perspective insoutenable !

En d'autres termes, le contrat responsable ressemble à un régime « chapeau » et, connaissant le sort des régimes « chapeau » en retraite, cela ne laisse rien augurer de bon pour son avenir.

L'obligation de remboursement du ticket modérateur conserve son intérêt mais devrait être moins contraignante et plus ciblée sur les postes essentiels : l'hospitalisation, les consultations de spécialistes et le dentaire. Cela permettrait de construire des contrats responsables moins coûteux et mieux maîtriser les hausses de cotisations.

Les contrats non-responsables déstructurent le marché !

Si, en collectif, le risque reste minime compte tenu des sanctions financières en cas de non-respect des contraintes du contrat responsable, les contrats non-responsables pourraient connaître à l'avenir un grand succès pour les souscriptions en individuel ; notamment pour les retraités.

Les retraités subissent une quadruple peine au moment du départ en retraite. Non seulement leurs revenus baissent alors que les besoins de couverture en santé, et donc les cotisations, augmentent au moment où ils ne bénéficient plus de la participation patronale.

De nouvelles offres non responsables descendent sous les planchers et se recentrent sur l'essentiel ; à savoir l'hospitalisation et les consultations. Dans ce contexte, il s'agit d'une bonne idée qui répond à la problématique de la soutenabilité de la cotisation de la complémentaire santé pour les retraités, même si la fiscalité qui leur est appliquée reste très lourde.

En revanche, cela n'empêche pas, au moment de soins prévisibles que sont les soins prothétiques comme le dentaire et l'optique, de souscrire

Le contrat responsable se révèle être un régime « chapeau » ; ce qui augure mal de son avenir !



Le risque de cannibalisation entre responsable et non responsable pourrait déstructurer le marché de la complémentaire santé



un contrat « dit » responsable ; quitte à le résilier une fois les soins terminés tout en conservant la garantie initiale.

Pour l'heure, ce risque ne fait qu'émerger mais il convient de le suivre attentivement.

Le contrat responsable nuit à la généralisation de la prévoyance ainsi qu'à la dépendance

Le budget consacré
au contrat
responsable devenu
100% santé nuit à la
qualité de la
couverture en
prévoyance

Le coût du contrat responsable, auquel se sont ajoutées les contraintes du 100% santé, a explosé alors qu'il aurait été préférable de généraliser la prévoyance pour les actifs et de dégager du budget pour la dépendance des anciens.

La prévoyance, de son côté, a subi les affres de la baisse des taux, de la dégradation du risque arrêt de travail, l'impact du vieillissement ainsi que la baisse des indemnités journalières de la Sécurité sociale au 1^{er} avril 2025 !

Pour maintenir, voire instaurer, des garanties de prévoyance convenables pour tous, il convient de ne pas alourdir le poids de la complémentaire santé dans la réflexion globale sur la protection sociale.

Les tarifs des complémentaires santé ont doublé en 10 ans ; ce qui met en péril la prévoyance. L'exemple récent de la fonction publique d'Etat qui a rendu la complémentaire santé obligatoire et, malgré l'amélioration du statut pour les fonctionnaires, a laissé la prévoyance facultative est une hérésie en matière de gestion des risques et des priorités !

Faut-il revoir le contrat « dit » responsable ?

Fort de ces considérations, il devient impérieux de revoir ce contrat. Plusieurs pistes peuvent être envisagées : permettre l'introduction des franchises sur les consultations, sur la pharmacie ainsi que sur le forfait journalier, réviser le dispositif OPTAM, ou encore supprimer l'obligation de couvrir l'optique.

L'obligation de prise en charge du ticket modérateur gagnerait à être recentrée sur les postes essentiels. Il conviendrait d'éviter l'intégration de nouvelles garanties dont l'efficacité n'est pas démontrée et qui participent à la forte inflation des tarifs des complémentaires santé.

Enfin, une réflexion pourrait être menée sur le financement employeur. Plutôt que d'imposer une participation de 50 % sur la cotisation des régimes frais de santé, ne serait-il pas plus pertinent de consacrer ce budget à une couverture intégrale ou plus élevée en prévoyance, et ce à iso-budget ?

Le budget consacré
au contrat
responsable nuit à la
prévoyance

