



**Armez votre réseau** Outil d'aide à la vente  
**face à la concurrence**  
Cliquez ici

**POINT DE VUE DE XAVIER TOULON - FONDATEUR DE MERYPTA**

# Révision du contrat responsable, une opportunité à saisir

[Tweet](#) 0 [Share](#) 0 [Viadeo](#) 0 [+1](#) 0

La réforme annoncée par la ministre de la Santé Marisol Touraine est une formidable occasion pour les organismes complémentaires de redonner du sens à l'assurance.

Les rapports entre les organismes complémentaires et les pouvoirs publics ont été marqués, lors du dernier quinquennat, par une tension certaine. Pas une loi de financement de la Sécurité sociale sans un transfert de charges vers les complémentaires avec, par exemple, l'instauration de nouvelles taxes. Selon le ministère de la Santé, ces dernières ne devaient d'ailleurs pas être répercutées sur les tarifs, en raison des marges abusives des assureurs ou des mutuelles.

Les quelques mois précédents l'élection présidentielle, deux débats ont été plus particulièrement animés. Tout d'abord, la volonté de Xavier Bertrand, alors ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, d'imposer aux complémentaires la communication de leurs frais de gestion, ce qui ressemblait fort à une mesure de défiance, voire de rétorsion. Ensuite, l'injonction faite par le même ministre d'intégrer au contrat responsable l'obligation de prendre en charge les dépassements d'honoraires de certains spécialistes, suite à une négociation quelque peu rudimentaire. Bref, un climat tendu, chargé de défiance et, au final, parfaitement stérile.

A son arrivée au ministère de la Santé, Marisol Touraine a pris des mesures qui s'apparentent à un cessez-le-feu. L'obligation de communiquer les frais de gestion a été repoussée dans le temps et les négociations sur les dépassements d'honoraires ont repris. Certes, l'issue a été quelque peu étonnante, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) ayant été "oubliée" au moment de la signature.

Et puis sont intervenues les déclarations de Marisol Touraine sur la possibilité de revisiter la définition du contrat responsable. Une position accueillie favorablement par Etienne Caniard, le président de la Mutualité française. On peut être plus ou moins sensible aux valeurs et au discours mutualistes, mais il est indéniable qu'Etienne Caniard a parfaitement raison : la compétition entre les différents acteurs les a éloignés des règles de base de toute activité d'assurance, qu'elle soit privée ou publique. Nombre de collaborateurs de compagnies d'assurance ou de mutuelles sont conscients de cette dérive. Il leur est objecté des arguments parfaitement légitimes : objectifs commerciaux, concurrence...

Et l'on se dit que, peut-être, une occasion pourrait être saisie. Celle de revoir quelques fondamentaux. Alors, quels sont ces principes de base qui pourraient redonner du sens à l'assurance santé et pourraient faire l'objet d'une redéfinition du contrat responsable ? Tour d'horizon autour de cinq propositions.

## RENDRE LES OFFRES COMPRÉHENSIBLES

[Revenir en haut](#)

Vendre 900 € en moyenne des contrats auxquels personne ne comprend rien pose en soi un problème, mais a aussi pour conséquence de fausser la concurrence. Si le consommateur ne peut pas juger de la qualité des offres, comment les acteurs les plus compétitifs peuvent-ils émerger ? Comment l'efficacité de la libre concurrence est-elle possible ?

Certes, la recommandation de diffuser les supports d'explication conçus par l'Unocam est assez bien respectée, mais qui peut imaginer que la majorité des consommateurs intègre 30 pages d'explications avant de choisir sa couverture ?

Il semblerait plus transparent d'imposer à l'ensemble des opérateurs d'afficher les remboursements en euros sur 20 ou 30 actes identiques.

## PRIORISER LA COUVERTURE DES RISQUES LES PLUS IMPORTANTS

[Revenir en haut](#)

C'est un paradoxe fondamental de l'assurance santé. Dans la réalité des contrats souscrits en individuel, une couverture de bonne qualité est garantie... pour les soins les plus courants. Pour une grippe, la consultation du médecin généraliste et les médicaments associés sont parfaitement couverts. En revanche, les dépassements du spécialiste, du chirurgien, les prothèses dentaires, etc. laissent d'importants restes à charge. Voilà pourquoi 29 % des Français renoncent à des soins pour des raisons financières alors que 7 % d'entre eux seulement n'ont pas de complémentaire.

En systématisant la prise en charge des petits risques, au détriment des plus importants, le contrat responsable, dans sa définition actuelle, se trompe de cible. Les déclarations récentes du président de la République François Hollande au congrès de la Mutualité sur une meilleure prise en charge en optique et en dentaire vont d'ailleurs dans ce sens.

## PLAFONNER LES GARANTIES

[Revenir en haut](#)

L'actuel contrat responsable impose des minima dans la prise en charge de certaines dépenses. Il paraît étonnant qu'il ne prévoit pas de maxima. L'exemple des dépassements d'honoraires est certainement le plus frappant. Il est aujourd'hui admis que certains dépassements actuellement pratiqués correspondent à des abus. Les récentes discussions sur les dépassements ont abouti à considérer ceux de plus de 150 % comme abusifs.

On pourrait alors s'étonner que des contrats proposant des remboursements à 300 ou 400 %, ce qui est courant en collectif, puissent continuer à être qualifiés de responsables. Ils participent à la pratique de ces dépassements en solvabilisant la demande d'une partie des patients. Dans ces conditions, pourquoi les médecins concernés se priveraient-ils de revenus confortables ?

Il serait intellectuellement choquant qu'un contrat puisse à la fois financer ce qui est considéré comme des abus et être qualifié de responsable.

## NE PAS FINANCER LA CONSOMMATION

[Revenir en haut](#)

Les études le montrent, à peu près la moitié des consommateurs d'optique renouvellent leur équipement plus fréquemment que ne l'exigerait la nécessité médicale. Leurs motivations sont d'ordre esthétique et de mode, ce qui est parfaitement légitime. Il peut toutefois apparaître surprenant que les complémentaires autorisent le remboursement d'une paire de lunettes par an alors que, dans plus de 70 % des cas en individuel, elles ne prennent pas en charge les dépassements d'honoraires. Les priorités ne seraient-elles pas inversées ?

## IMPOSER DES DÉLAIS D'ATTENTE

[Revenir en haut](#)

Aucun système de protection sociale ou d'assurance ne peut admettre que l'on puisse entrer et sortir du système en fonction de ses besoins. L'assurance santé a ceci d'atypique que les plus gros sinistres sont très largement anticipables : prothèses dentaires, hospitalisations programmées...

«Pas de délais d'attente, pas de questionnaire médical», arguments surutilisés par les complémentaires, pourraient être traduits par «attendez d'être malade pour vous assurer». C'est d'ailleurs ce que certains magazines grand public proposent à leurs lecteurs en leur conseillant de souscrire une garantie en cas d'hospitalisation uniquement et, pour le reste, d'attendre d'avoir des besoins particuliers. Un comportement qui augmente considérablement l'anti-sélection et met donc à mal la mutualisation. Le même raisonnement doit être tenu pour les modifications soudaines de niveaux de garanties.

En limitant les dérives d'une concurrence toujours plus vive, le contrat responsable redéfinit permettrait une efficacité globale plus grande, ce qui est la préoccupation principale des pouvoirs publics. Il permettrait aussi de bâtir des offres respectant mieux les principes de base de l'assurance et de rendre un service plus grand aux clients qui sont venus chercher une couverture sans intention de retour sur investissement ou d'exploitation du système.

**JANVIER 2013**

Par **Xavier Toulon**, chef de projet au **LAB**, associé fondateur, **Merypta conseil**

RÉSERVÉ AUX ABONNÉS

Article paru dans La Tribune de l'assurance n° 176 à la rubrique Tribunes (page 52)

**PARTAGER**

[Envoyer à un ami](#)

[Imprimer](#)

**ACCÈS DIRECT**

- Rendre les offres compréhensibles
- Prioriser la couverture des risques les plus importants
- Plafonner les garanties
- Ne pas financer la consommation
- Imposer des délais d'attente



Xavier Toulon  
fondateur de Merypta