

# 2024 – le plus raisonnable pour les OCAM : devenir non-responsables ?

Des réformes réglementaires qui touchent l'ensemble des lignes de garanties en soins de santé, une dérive des risques sur une grande majorité de postes, une intensité concurrentielle qui ne diminue pas... Les OCAM doivent **adapter rapidement leurs offres** pour continuer à **proposer à leurs assurés des solutions de couverture**, pour **limiter un renoncement aux soins** qui serait désastreux sur le long terme, tout en **contrôlant un équilibre technique qui se dégrade** sur le marché de la santé individuelle.

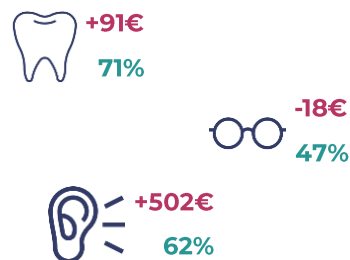
## TENSIONS SUR LE PANIER DE SOINS EN ENTRÉE DE GAMME

L'entrée de gamme est sous tension : elle semble avoir atteint son prix d'équilibre minimal. Intégrer le 100 % santé a eu un coût élevé, **particulièrement sous-estimé en entrée de gamme où le recours aux paniers 100 % Santé est conséquent** (majoritairement en dentaire) : **le 100 % Santé peut coûter jusqu'à 20 % de la prime pure du panier de soins, et est majoritairement financé par les OCAM.**

Cumulés aux dérives observées sur les autres postes, à l'intensité concurrentielle et aux transferts de charges de la SS vers les OCAM, ces coûts pèsent sur le panier de soins responsable, dont la prime pure a augmenté plus que la capacité d'une partie des assurés à le régler, générant ainsi **un effet ciseau sur ce segment.**

Pour continuer à proposer des niveaux de couverture financables par une partie des assurés ciblant des garanties proches du panier de soins, **les OCAM se sont adaptés, en réduisant les niveaux de couverture proposés** : des niveaux dépouillés de certaines garanties jugées superflues (pharmacie 30 % ou 15 %, médecine douce), voire mêmes **des offres non-responsables innovantes.**

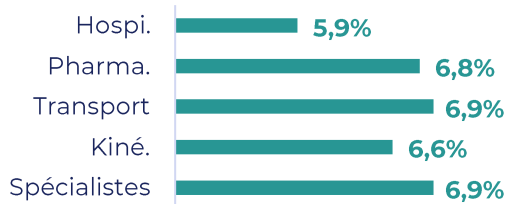
Le 100 % Santé, un succès en pouvoir d'achat, financé par les OCAM, et qui pèse sur les indexations



Gain de pouvoir d'achat en 4 ans  
Part du 100% santé financé par les OCAM

## EN 2024, UNE VRAIE PROPOSITION DE NOUVELLES OFFRES ALTERNATIVES NON RESPONSABLES

Une dérive du coût des soins  
qui se poursuit en 2024  
(fin fév., **+3,7 %** du RG sur les  
12 derniers mois)



Dérive des coûts, déséquilibre technique, pouvoir d'achat qui stagne : **les OCAM réagissent et proposent des solutions alternatives** à la seule prise en charge systématique de tous les tickets modérateurs (minimum du contrat responsable), afin de limiter le renoncement aux soins.

**Il n'est plus rare de trouver jusqu'en milieu de gamme des niveaux responsables qui renoncent à des soins jugés moins essentiels** (pharmacie 15 % ou 30 %, médecine douce, chambre particulière).

En termes d'offres, la simple garantie « hospi » n'est plus la seule réponse proposée sous le panier de soins : il existe désormais de vraies solutions alternatives.

### ~25 % des niveaux « entrée de gamme » sont non-responsables début 2024

- ✓ **Des garanties atypiques**, construites avec de vrais parti-pris – *soins et dentaire* pour un niveau, *hospitalisation et dentaire* pour un autre, *optique* ici, *kiné* là, etc. – selon le profil d'assuré que le porteur de risque souhaite couvrir
- ✓ **Des garanties complètes**, identiques aux gammes responsables, mais qui ne prennent pas en charge le 100 % Santé, sans pour autant rogner sur les autres postes (et prenant en charge le panier libre ou maîtrisé)



## DES INNOVATIONS D'ENCADREMENT PRODUIT

Des **bonus fidélité** qui se multiplient : **les 2/3 des gammes en proposent**, sur une grande variété de postes.

Des **modératos** qui ne sont plus une curiosité marché, mais une vraie pratique en santé individuelle : **1 gamme sur 5 en propose**.

La **modularité** et les **renforts** : la RIA\* a augmenté **le taux de churn, de 1,5 % entre 2019 et 2022** (il reste inférieur à 13 %). Par anticipation, dans les gammes ont fleuri :

- des mécanismes **d'ajustement des garanties (personnalisation)** comme des renforts (**1 gamme sur 5 en propose**) et une mise en avant de la modularité,
- des mécanismes de **contrôle de l'antisélection** (pour limiter les effets d'aubaine) : **plafonds** (essentiellement en dentaire, médecine douce, parfois sous forme de forfaits complémentaires en soins), **limitations** (en nombre de soins, en forfaits, dans le temps), **délais de carence** (en hospi), granularité sur certains postes de soins pour limiter les pointes, comme la chambre particulière (MCO/PSY/SSR).

La forte intensité concurrentielle et la pression sur les tarifs **jouent également sur les réseaux de soins, contraints d'être en mouvement pour se différencier**, alors que la majeure partie des assurés bénéficie désormais de l'accès à l'un ou l'autre réseau, sans autre élément de différenciation *a priori* que son maillage géographique.

Les réseaux explorent donc de **nouveaux partenariats** (médecine douce, par exemple) et proposent des **parcours préventifs** (sommeil, psy, etc.).



## UNE INTÉGRATION DURABLE DE LA PRISE EN CHARGE PSY, UN BESOIN QUI S'INTENSIFIE

Après une prise en charge psy exceptionnelle financée par les OCAM en 2020, en réaction à la crise sanitaire, puis la mise en place du dispositif *MonPsy* au succès mitigé (peu de recours, peu de professionnels concernés) et bientôt ajusté (annonces début avril 2024), **on observe depuis deux ans dans les gammes des OCAM une prise en charge plus fréquente du poste « psy » parmi les spécialités de médecine douce couverte, voire avec un forfait renforcé spécifique dédié à cet unique acte de soins**. Une augmentation de la prise en charge qui se traduit par **une hausse des prestations** (+25 % du nombre d'actes entre 2023 et 2022).

RIA : résiliation infra-annuelle, depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2020

## DES LEVIERS INEXPLOITÉS

- Des garanties d'assistance encore **peu mises en valeur** malgré des progrès
- Des services **mis en valeur mais trop peu sollicités** par les assurés (hormis le 2<sup>nd</sup> avis médical)
- Des contraintes du contrat responsable qui pèsent sur la prise en charge de certains actes (dépassements d'honoraires, optique)
- Des risques liés au changement climatique non valorisé dans l'action des OCAM

**Des menaces ?** Économies publiques, spectre de la Grande Sécu,...**La réforme de la PSC semble une nouvelle occasion manquée pour renforcer la prévention** (peu de valorisation dans les Appels d'Offres, qui privilégient surtout les aspects financiers).

- **Une attente des OCAM sur l'incitation à la prévention** : les OCAM sont les mieux placées, avec la SS, pour aider l'assuré à prendre soin de sa santé. Or aucun dispositif ne les encourage à renforcer leur rôle de préventeur ; la solidarité des CCN recommandées, ou bien l'action sociale de nombreux acteurs, viennent compenser des insuffisances sur des tranches de populations ciblées, mais **la prévention sur l'ensemble des assurés est trop faible**. Pour rappel, pour l'accès aux soins, le niveau de revenu n'est pas la seule difficulté : fin 2021, seuls 53 % des Français déclaraient avoir entendu parler du 100 % Santé. En 2023, pour 40 % des Français, le non-recours aux soins est lié au manque d'information (y.c. sur les aides dont ils peuvent bénéficier)\*\* ! Parmi les objectifs de prévention, **l'amélioration du taux d'alphabétisation santé** est très accessible : améliorer la compréhension des déterminants de santé et de l'impact des habitudes de vie (alimentation, sédentarité, hygiène).



**Cécile PARADIS**

Head of Pricing & Analytics  
Life & Health



**Donasian LE NAIL**

Manager Pricing & Analytics  
Life & Health



**Eugénie POYET**

Director Pricing & Analytics  
Life & Health

Nos experts sont disponibles pour tout échange et complément d'informations sur cette publication.

Contactez vos interlocuteurs habituels ou écrivez-nous à :  
[pricing-data-l&h@addactis.com](mailto:pricing-data-l&h@addactis.com)

Spécialiste du marché de la prévoyance-santé et éditeur de solutions, Addactis est un observateur privilégié de ce marché depuis plus de 25 ans. Nos experts mettent à votre disposition leur compréhension fine des enjeux stratégiques, techniques et marketing propres aux OCAM.

\* RIA : résiliation infra-annuelle ; à cet égard, la RIA a permis notamment de contrer certaines pratiques de ventes forcées, en particulier auprès de publics vulnérables (personnes âgées, etc.)  
\*\* DREES



# Point de vue de Josette Gueniau, experte en santé : Passer d'un marché défaillant à une offre efficiente

Les professionnels le savent, les acteurs publics et les assurés patients et concitoyens ne comprennent pas grand-chose à la complémentaire santé. C'est ainsi qu'en l'absence de véritable dialogue entre les parties prenantes, a fleuri, depuis deux décennies, **un florilège de mesures réglementaires**, créant ce que les économistes appellent **un marché défaillant**, c'est-à-dire un marché qui ne répond plus aux attentes des consommateurs, crée des effets pervers et ne crée plus de valeur pour ses acteurs.

Cette période correspond notamment **au développement du contrat responsable**, né en 2004 du **constat que la complémentaire santé était une source incontournable de financement de la Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM)**. De souci de réduire une consommation intempestive de soins, hors parcours médecin traitant, on est passé à celui de ne pas trop alourdir les exonérations sociales et fiscales, déployées du fait de l'ANI, en créant des plafonds sur certains dépassements tarifaires, à un slogan de campagne électorale en faveur de l'accès aux soins, avec le 100 % Santé.

On le voit aujourd'hui cette tactique n'a réussi à résoudre aucun des problèmes : **l'accès aux soins est une problématique transversale complexe, dépassant de loin celui du reste à charge (RAC) en optique-dentaire et audiologie. Au-delà, ces postes n'ont pas le monopole de la croissance effrénée des dépassements d'honoraires médicaux**, comme le démontrent les récentes enquêtes des associations de consommateurs, alors que les OC ne peuvent le soulager au-delà d'un certain plafond Enfin, le 100 % santé a produit une vague de fraudes en tout genre, parfois organisée, que même l'assurance maladie reconnaît aujourd'hui ; ceci, alors que l'on cherche toujours une solution à la file d'attente chez les ophtalmologues, les ORL et, dans certains territoires, les dentistes.

**Résultat : des porteurs de risques ne pouvant qu'augmenter les cotisations**, pour échapper à une dérive de sinistralité sans précédent et des augmentations, touchant principalement ceux dont le contrat responsable était censé favoriser la consommation : les seniors et, bien sûr, des politiques indignés demandant des comptes à ceux qui se sont conformés à la réglementation.

Les professionnels de l'assurance santé ont déjà réagi, les études et analyses d'Addactis et la veille du marché que nous exerçons le montrent, mais le pas leur est maintenant emboité par les récentes déclarations devant la commission sénatoriale sur la complémentaire santé des directeurs de l'Assurance maladie et de la Sécurité sociale du ministère de la Santé et de la Prévention : **le contrat responsable est enfin désigné comme coupable**.

En effet, outre la confusion qu'il provoque, il n'est d'aucune aide **aux nouveaux défis du système de santé** : d'une part **les maladies chroniques** concentrent, au titre de l'ALD, 66 % des dépenses et leur prévalence ne cesse d'augmenter ; d'autre part, chez les jeunes, une nouvelle **pandémie de santé mentale**, inquiète très justement les autorités sanitaires.

**Le remède à ces fléaux est connu : la prévention**, mais notre pays n'en a pas les moyens, englué dans des déficits sociaux inédits, le besoin de soutenir et moderniser ses infrastructures de soins, de financer le progrès médical et sa diffusion au plus grand nombre, de recruter et garder à des conditions décentes des soignants. Pourtant, le changement de paradigme produit par le vieillissement de la population et la chronicisation des pathologies doit nous conduire à une structuration des soins par parcours pluridisciplinaires, incluant l'accompagnement en prévention tertiaire des patients.

Or le contrat responsable, qui accule les OCAM sur le financement de 61 % des postes optique, dentaire et auditif et l'allégation de l'Assurance maladie, de financer à 100% les soins des plus malades, en oubliant que les consultations des spécialistes et l'hospitalisation, avec dépassements d'honoraires, est naturellement plus fréquente chez les malades, empêchent de toute évidence les uns et les autres d'investir dans des parcours de soins préventifs efficients.

Il est donc grand temps **de réinventer une véritable complémentarité responsable**. L'Assurance maladie semble tendre la main, il s'agit de la saisir mais avec exigence, innovation et anticipation. En attendant, pour répondre à des besoins légitimes, voire pour faire pression, les OCAM peuvent déjà sortir du carcan et repositionner leur offre de couvertures en complémentaire et sur-complémentaire individuelle, et de services, notamment en collective : véritablement couvrir en cas de maladie et coup dur, mettre en œuvre et évaluer le ROI d'actions en prévention tertiaire. Elles doivent également anticiper et se préparer au paiement au forfait et à la capitation, notamment à travers l'exploitation des données.



**Josette GUENIAU**  
Fondatrice de JGSC  
Directrice de l'Observatoire Innovation  
et Santé de l'Institut Sapiens