

# BAROMÈTRE SANTÉ MERCER

PREMIER BILAN DU  
CONTRAT D'ACCÈS  
AUX SOINS

JUIN 2016





## CONTACTS

Vous souhaitez en savoir plus sur le Baromètre Santé Mercer ?

### **Stéphane MARY**

Directeur Technique France Santé Prévoyance

[stephane.mary@mercer.com](mailto:stephane.mary@mercer.com)

### **Vincent HAREL**

Directeur Adjoint France Santé Prévoyance

[vincent.harel@mercer.com](mailto:vincent.harel@mercer.com)

### **Audrey ANGELI**

Responsable Marketing et Communication France Santé Prévoyance

[audrey.angeli@mercer.com](mailto:audrey.angeli@mercer.com)



# ÉDITO

Le **Baromètre Santé Mercer** est de retour ! Dans ce numéro, nous vous proposons une « **radiographie** » du **Contrat d'Accès aux Soins** en France, sous la forme d'un numéro exceptionnel. Ce thème est plus que jamais d'actualité, compte-tenu de l'entrée en vigueur d'une nouvelle réglementation, encadrant le contenu des contrats complémentaires santé (la « mutuelle d'entreprise », dans le langage usuel), dont **l'impact sur les dépenses médicales des ménages** sera souvent très **important**.

Le 1<sup>er</sup> janvier 2016 aura probablement été une **date charnière pour le marché de l'assurance santé**. En effet, de nombreuses mesures réglementaires sont entrées en vigueur à cette date modifiant vraisemblablement et de manière durable le paysage de la couverture santé complémentaire en France et pas nécessairement dans le sens attendu.

Le plus frappant dans ces changements est probablement leur caractère insondable pour toute personne qui n'opère pas professionnellement dans l'univers des « mutuelles ».

Qui, en effet, est en mesure de comprendre les bases de remboursements, le contrat d'accès aux soins, le tarif d'autorité, le contrat responsable, la taxe de solidarité additionnelle, une décision unilatérale de l'employeur, le ticket modérateur, une sur-complémentaire... ?

Et pourtant, depuis le 1<sup>er</sup> janvier, chaque personne qui aura pris un rendez-vous chez un spécialiste dont la consultation coûte plus de 70€, pourrait s'y intéresser si elle veut comprendre comment cette consultation sera prise en charge, ou plutôt, moins prise en charge.

L'ambition initiale du législateur autour de la généralisation de la complémentaire santé et du contrat responsable était à la fois d'offrir à tous une mutuelle et de limiter le renoncement aux soins.

L'objectif est probablement atteint, mais non sans effets indésirables :

- un nivellement des couvertures par le bas,
- l'augmentation des restes à charge sur le risque lourd (chirurgie, hospitalisation...),
- la complexification administrative pour les entreprises.

Et encore, nous ne citons que les plus massifs...

Afin de mieux comprendre les impacts pour le quotidien santé de chacun, Mercer a compilé une somme d'indicateurs permettant de **comprendre la réalité de la pratique tarifaire des médecins en France** et de mieux appréhender ses conséquences.

Étude réalisée à partir de l'exploitation de 6 millions d'actes facturés par des médecins en 2015 (consultations, radiographies, actes techniques, actes de chirurgie et d'anesthésie,...), auprès de 1,3 millions de patients potentiels et télétransmis par l'Assurance-Maladie. Recensement de 125 000 praticiens, de toutes disciplines et de tous départements.



# SOMMAIRE

LA SECTORISATION DES MÉDECINS EN FRANCE.....	06
LE CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS.....	06
LES CONTRATS RESPONSABLES.....	07
LA PRÉVALENCE DU SECTEUR 2 PARMIS LES MÉDECINS CONVENTIONNÉS.....	08
LE TAUX D'ADHÉSION AU CAS PARMIS LES MÉDECINS DU SECTEUR 2.....	08
QUELLE « OFFRE » MÉDICALE POUR LES FAMILLES ?.....	09
SI PARIS NOUS ÉTAIT CONTÉ.....	10
SECTEUR 2 ET CAS EN PROVINCE.....	12
DES ZONES RURALES À PRIORI ÉPARGNÉES.....	13
UNE TOUTE AUTRE RÉALITÉ DANS LES VILLES DE PROVINCE.....	14
OÙ SERONT POTENTIELLEMENT LES IMPACTS LES PLUS FORTS ?.....	15
LES PARADOXES D'UNE MESURE DOGMATIQUE.....	16

## LA SECTORISATION DES MÉDECINS EN FRANCE

L'ensemble des relations entre les médecins et l'Assurance-Maladie est régi par la convention médicale. La dernière version date du 26/07/11, mais a été avenantée plusieurs fois depuis.

Elle propose aux praticiens trois manières de fixer leurs tarifs : deux secteurs dits conventionnés (1 et 2), un secteur non conventionné (secteur 3).

	SECTEUR 1	SECTEUR 2	SECTEUR 3
DÉPASSEMENT D'HONORAIRES	✗ sauf exceptions	✓ avec tact et mesure	✓
PARTICIPATION DE LA CNAM AUX COTISATIONS SOCIALES	✓	✗	✗
REMBOURSEMENTS* DE LA CNAM BASÉS SUR LES TARIFS DE CONVENTION	✓	✓	✗

\* Aux patients.

Les tarifs de convention du secteur 2, sans être toujours identiques à ceux du secteur 1, sont a minima du même ordre de grandeur. Les dépenses engagées auprès d'un médecin de secteur 3 sont faiblement prises en charge par l'Assurance

Maladie, ces remboursements étant calculés sur la base des tarifs d'autorité (quelques centimes d'euros). Les médecins non conventionnés représentent moins de 1% du total des praticiens en France.

## LE CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS



Défini par l'avenant 8 à la Convention Médicale de 2011, signé le 25/10/12 par la CNAM, les médecins libéraux et l'UNOCAM, et publié au Journal Officiel du 06/12/12. Le CAS est entré en vigueur le 01/12/13.



Le médecin signataire s'engage à ne pas augmenter ses tarifs, à pratiquer un pourcentage substantiel de ses actes sans dépassement et à maintenir son taux moyen de dépassement sous la barre des 100%.



Les cotisations sociales du médecin signataire, relatives à l'activité effectuée sans dépassement, sont partiellement prises en charge par la CNAM. Le praticien bénéficie par ailleurs de nouvelles formes de rémunération (majorations...).



Destiné aux médecins de secteur 2 et ceux de secteur 1 respectant certaines conditions de parcours et diplômes. L'adhésion au CAS dure trois ans renouvelables. Initialement, 24 600 médecins étaient éligibles au CAS.



Les patients du médecin signataire bénéficient de remboursements de la CNAM basés sur les tarifs de convention du secteur 1. Ces derniers sont par ailleurs revalorisés pour certains actes techniques.



Très peu de chiffres officiels sont disponibles :

- 9 746 signataires au 01/12/13 selon la CNAM,
- 11 000 signataires au 11/09/14 selon le CSMF.

## LES CONTRATS RESPONSABLES

### La très populaire « Mutuelle d'entreprise »

Depuis le 01/01/16, toute entreprise a l'obligation de **proposer à ses salariés un contrat d'assurance santé**. Les prestations prendront la forme de remboursements complémentaires à ceux de l'Assurance-Maladie, sur les dépenses médicales des salariés et de leur famille.

La prime de ce contrat est **co-financée par l'employeur et le salarié**. Si le contrat d'assurance respecte certaines conditions, la part prise en charge par le premier peut être exonérée de charges sociales. La quote-part de la prime acquittée par le salarié peut, quant à elle, être déduite du net fiscal de l'assuré. L'une de ces conditions est que le contrat soit dit "responsable".

### L'évolution du contrat responsable

Les conditions à respecter pour qu'un contrat santé soit responsable sont déterminées par le législateur et précisées par décret. Le 18/11/14, ces critères d'éligibilité ont été très largement modifiés. Si les précédentes conditions étaient simples et indolores, ce texte **durcit notablement le cahier des charges du contrat responsable**, essentiellement en y adjoignant un plafonnement de certaines garanties.

### L'impact sur les familles

Les contrats santé d'entreprise étant presque tous responsables, ces derniers vont progressivement être mis à jour entre 2016 et 2018, afin que les bénéfices sociaux et fiscaux de l'employeur et des salariés perdurent.

Dans la majorité des cas, les bénéficiaires de ces contrats vont donc subir une baisse de leurs garanties, principalement sur les médecins n'ayant pas opté pour le CAS. Cela signifie que les familles devront, selon les situations, assumer en partie les



Plafonnement des garanties verres et monture optiques en montant et en fréquence.



Plafonnement des garanties prenant en charge les dépassements d'honoraires des médecins non signataires du CAS.

dépassements d'honoraires (DP) facturés par les médecins qui les soignent, si ces derniers n'ont pas adhéré au CAS.

Les praticiens exerçant en secteur 1 non signataires du CAS ne pouvant pas facturer de dépassement d'honoraires, l'enjeu financier des familles sera en conséquence centré sur les **médecins exerçant en secteur 2 n'ayant pas opté pour le CAS**. Les conséquences sur le pouvoir d'achat des familles pourront être très fortes, notamment à l'Hôpital.



**EXEMPLE pour une consultation à 70 € chez un ophtalmologue de secteur 2, non adhérent au CAS**

Somme à charge pour le patient, non remboursée :

**24 €** (plus d'1/3 du prix de la consultation)



**EXEMPLE pour un accouchement par césarienne à 1 200 €, par un obstétricien de secteur 2, non CAS**

Somme à charge pour la patiente, non remboursée :

**573 €** (presque la 1/2 du prix de l'opération)



## ? PROBLÉMATIQUES

- Quelle sera la réaction des assurés face à l'inflation de leurs restes à charge, notamment en environnement hospitalier où ils étaient généralement bien couverts jusque-là ?
- Vont-ils délaisser les médecins de secteur 2 n'ayant pas adhéré au CAS et se détourner de praticiens les soignant parfois depuis plusieurs années ?
- Ont-ils simplement une diversité suffisante de médecins autour de leur domicile, selon l'endroit où ils habitent et les disciplines médicales qu'ils doivent consulter ?

## LA PRÉVALENCE DU SECTEUR 2 PARMI LES MÉDECINS CONVENTIONNÉS

26%

Toutes disciplines

8,4%

Pour les généralistes

42%

Pour les spécialités

## LE TAUX D'ADHÉSION AU CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS PARMI LES MÉDECINS DU SECTEUR 2



- 26,9% des médecins de secteur 2 ont adhéré au CAS.
- Parmi les généralistes exerçant en secteur 2, 1 sur 2 (49%) a opté pour le CAS.
- Seuls 23% des spécialistes exerçant en secteur 2 sont signataires du CAS.
- De fortes disparités parmi les spécialités :



OPHTALMOLOGIE  
10%



GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE  
21%



PÉDIATRIE  
37%



CHIRURGIE  
15%



ORTHOPÉDIE-RHUMATOLOGIE  
28%



RADIOLOGIE  
38%



ANESTHÉSIE  
18%



NEUROLOGIE-PSYCHIATRIE  
29%



CARDIOLOGIE  
43%



## QUELLE « OFFRE » MÉDICALE POUR LES FAMILLES ?

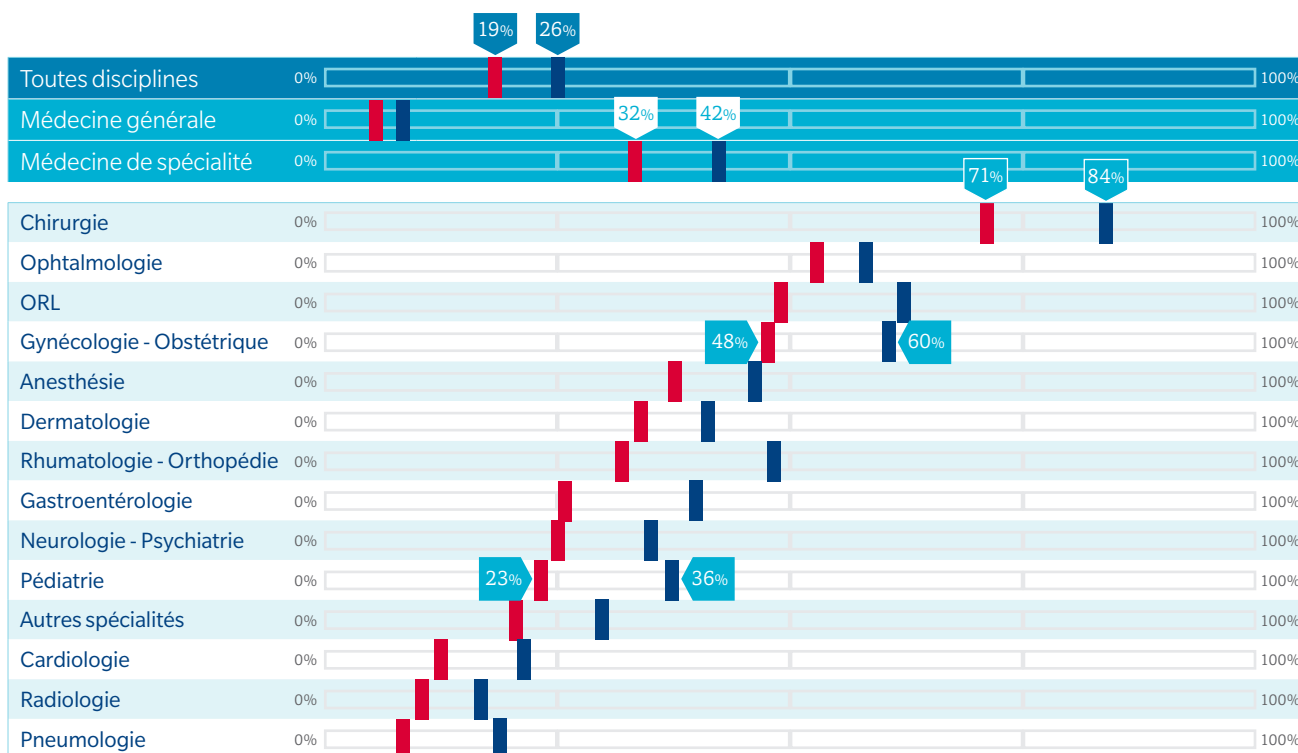
Les nouveaux critères d'éligibilité au contrat responsable induiront généralement des baisses de garanties sur les médecins exerçant en secteur 2, non signataires du CAS. L'enjeu financier des familles se concentrera sur ces praticiens.

Ces familles modifieront-elles la sélection de leurs médecins en s'orientant vers des signataires du CAS ou des praticiens du secteur 1 ? Le choix de médecins est-il suffisamment large pour que cela soit possible ? Cela dépend (entre autres) de la spécialité.

### ! LÉGENDE ET LECTURE

- Proportion de médecins de secteur 2 non signataires du CAS pour la discipline concernée parmi l'ensemble des médecins conventionnés de ladite discipline.
- Proportion de médecins de secteur 2 pour la discipline concernée (adhérant ou non au CAS) parmi l'ensemble des médecins conventionnés de ladite discipline.

Discipline 0% 25% 50% 75% 100%



## Le coup de scalpel ou le coût du scalpel ?

Sur 10 chirurgiens, 7 sont de secteur 2 non signataires du CAS. Autant de situations exposant les assurés à de lourds restes à charge qu'ils ne connaissent pas aujourd'hui.

Spécialités hospitalières toujours, 38% des anesthésistes exercent en secteur 2, hors CAS.

## Des inégalités creusées selon la pathologie

Parmi les spécialités « de ville » usuelles, il sera beaucoup plus difficile de trouver un ORL, un ophtalmologue, ou un gynécologue de secteur 1 ou de secteur 2 adhérent au CAS (dans ces spécialités, plus d'un praticien conventionné sur deux exerce en secteur 2 sans avoir signé un CAS), qu'un cardiologue, pneumologue ou qu'un radiologue de même "carac-

téristique" conventionnelle (environ 90% de ces spécialistes appartiennent au secteur 1 ou ont adhéré au CAS s'ils exercent en honoraires libres). Ou comment favoriser la couverture des hommes cardiaques au détriment des femmes myopes... Sur les généralistes, seuls 4% exercent en secteur 2, sans être adhérents au CAS.

## SI PARIS NOUS ÉTAIT CONTÉ...

### L'échec du CAS francilien

12 millions d'habitants, soit environ un français sur 5, habitent en Ile-de-France. Leur quotidien médical ainsi que le budget des dépenses de santé vont fortement être modifiés par la refonte des critères d'éligibilité du contrat responsable.

En effet, plus que nulle part ailleurs, la prévalence du secteur 2 y est forte et l'échec du CAS auprès des médecins s'y étant installés est cuisant.



- 19% de la population française.
- Environ 1 médecin conventionné sur 2 (47%) exerce en secteur 2 (rappel : 26% dans toute la France).
- 29% des médecins franciliens exercent dans Paris intra-muros (75), un peu moins des 2/3 en secteur 2.
- Près de 18% de praticiens franciliens de secteur 2 ont signé un CAS.
- 9,5% des médecins parisiens (75) de secteur 2 ont adhéré au CAS.

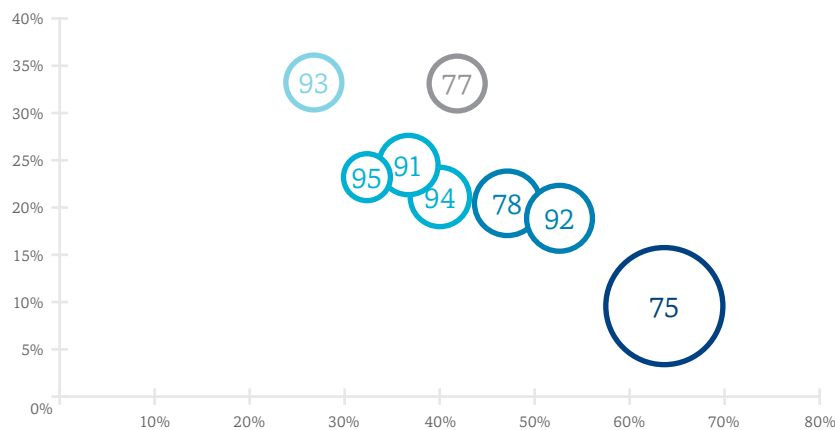
### ! LÉGENDE ET LECTURE

L'aire du cercle représente la proportion des médecins du département concerné parmi l'ensemble des médecins conventionnés de la région IDF entière.

#### Lecture

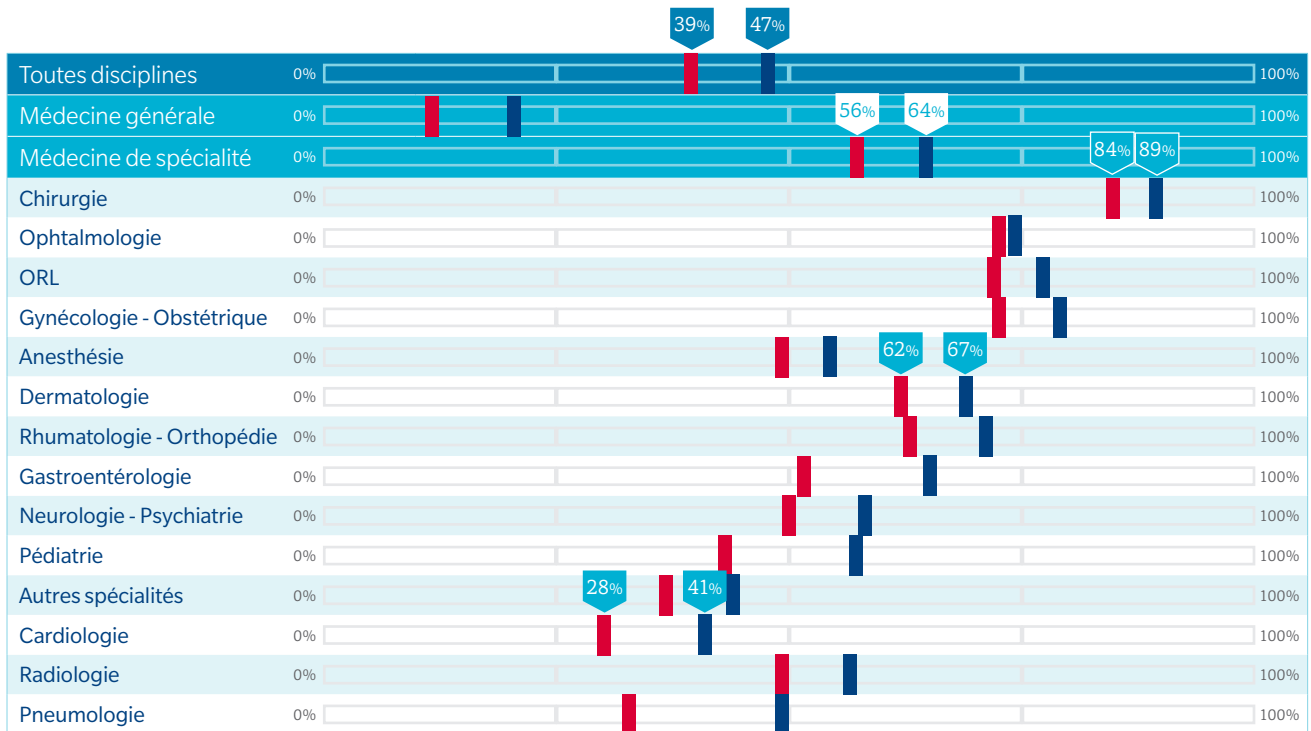
Parmi les médecins conventionnés en IDF, 14% sont installés dans les Hauts-de-Seine. 53% de ces derniers exercent en secteur 2. Parmi eux, 19% ont adhéré au CAS.

Taux d'adhésion au CAS parmi les médecins de secteur 2, par département francilien



Taux de secteur 2 par département francilien

## Le CAS en Ile-de-France par spécialité






- En IDF, **4 médecins sur 10** (39%) exercent en secteur 2 sans être adhérents au CAS, c'est plus du double de la moyenne nationale.
- **12%** des généralistes et **56%** des spécialistes sont dans ce cas.
- **84%** des chirurgiens, **48%** des anesthésistes, **72%** des gynécologues, **71%** des ophtalmologues...
- Selon la spécialité, la part des médecins de secteur 2 non CAS est en général **1,5 à 2,5 fois supérieure** en IDF qu'en moyenne sur la France entière.






# LES CHIFFRES DU SECTEUR 2 ET DU CAS EN PROVINCE




## Fortes inégalités Paris-Province

	 RAPPEL FRANCE ENTIÈRE	 RAPPEL IDF	 PROVINCE
PRÉVALENCE DU SECTEUR 2	26,1%	47,2%	21,3%
TAUX D'ADHÉSION AU CAS PARMIS LE SECTEUR 2	26,9%	17,7%	31,5%
NOMBRE DE MÉDECINS SECTEUR 2 NON CAS POUR 100 MÉDECINS CONVENTIONNÉS	19	39	15

## Dualité villes-campagnes en province

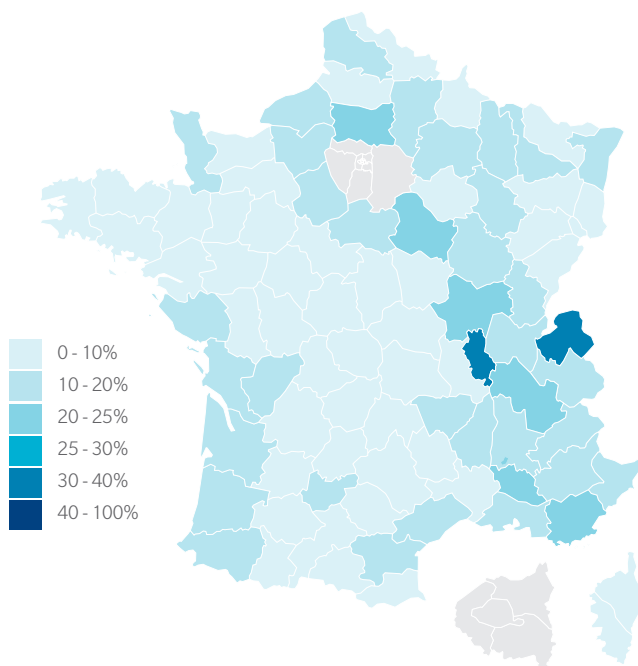
	 RAPPEL PROVINCE	 VILLES < 50 000 HAB.	 VILLES > 50 000 HAB.
PRÉVALENCE DU SECTEUR 2	21,3%	12,3%	27,8%
TAUX D'ADHÉSION AU CAS PARMIS LE SECTEUR 2	31,5%	37,1%	29,7%
NOMBRE DE MÉDECINS SECTEUR 2 NON CAS POUR 100 MÉDECINS CONVENTIONNÉS	15	8	20

## Homogénéité relative parmi les villes de province

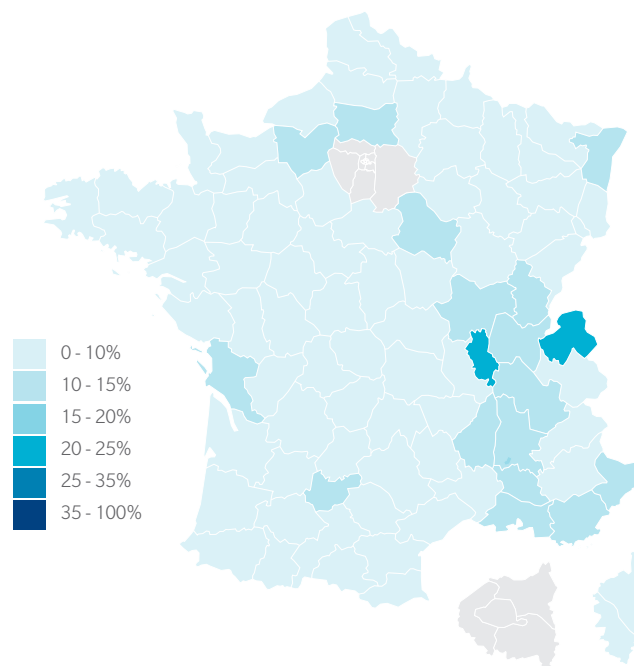
	 50 000 - 100 000 HAB.	 100 000 - 300 000 HAB.	 300 000 HAB. ET PLUS
PRÉVALENCE DU SECTEUR 2	23,5%	25,4%	31,3%
TAUX D'ADHÉSION AU CAS PARMIS LE SECTEUR 2	35,1%	30,8%	27,6%
NOMBRE DE MÉDECINS SECTEUR 2 NON CAS POUR 100 MÉDECINS CONVENTIONNÉS	15	18	23

## DES ZONES RURALES À PRIORI ÉPARGNÉES PAR LES INCIDENCES DU CONTRAT RESPONSABLE

Prévalence du secteur 2 dans les villes provinciales de moins de 50 000 habitants



Proportion de médecins de secteur 2 non adhérent au CAS parmi l'ensemble des médecins conventionnés, dans les villes provinciales de moins de 50 000 habitants



Dans les zones rurales, seuls 8 médecins conventionnés sur 100 exercent en secteur 2 sans adhérer au CAS. Cette statistique jouit d'une forte homogénéité géographique (carte de droite), ne dépassant pas 10% dans la plupart des départements français. Seuls le Rhône (23,5%) et la Haute-Savoie (20,1%) présentent une prévalence majorée de médecins de secteur 2 non CAS en « zone rurale ».

Les habitants de ces communes rurales, confrontés à d'autres problématiques (désert médical, ...) devraient donc être faiblement impactés par la refonte du contrat responsable. Deux effets expliquent ce constat :

- d'une part, une faible prévalence du secteur 2 dans ces zones (carte de gauche),
- d'autre part, un taux d'adhésion au CAS substantiel parmi les médecins de secteur 2 y exerçant (37% en moyenne).

# UNE TOUTE AUTRE RÉALITÉ DANS LES VILLES DE PROVINCE

## Du bleu plus soutenu !

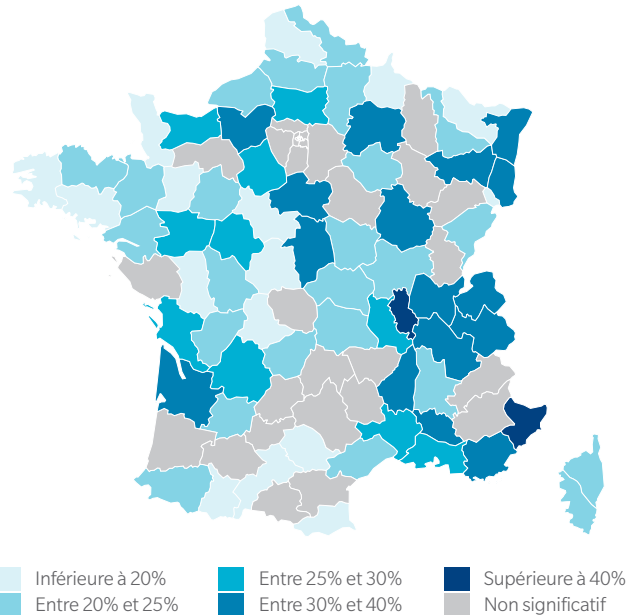
La carte ci-contre consigne la **prévalence du secteur 2** parmi les médecins conventionnés exerçant en province, dans des agglomérations de plus de 50 mille habitants.

Le premier constat est que, quel que soit le département, cette statistique est plus forte dans les villes que dans les zones rurales.

La prévalence moyenne de secteur 2 y est de 28% (contre 26% pour la moyenne nationale, toutes zones incluant l'Île-de-France, et 21% sans cette dernière).

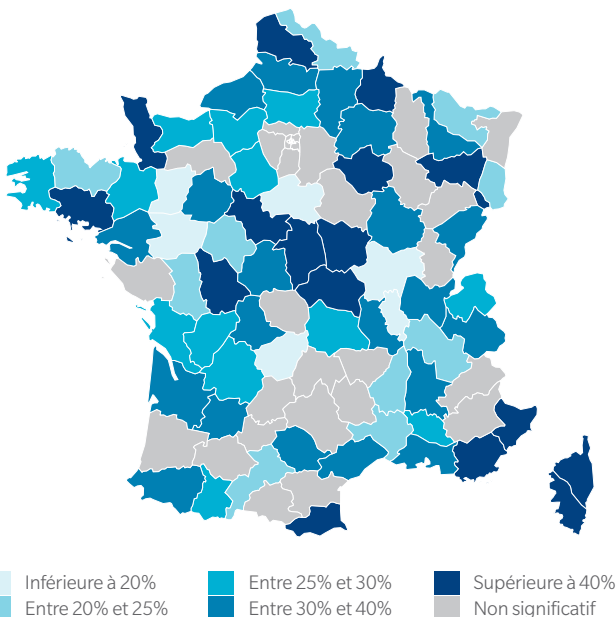
Il n'existe pas de département dans lequel la proportion de médecins de secteur 2 dans les villes de plus de 50 mille habitants est inférieure à 10%. Dans la plupart, cette statistique se situe entre 20% et 40%, avec :

- des valeurs élevées dans certaines régions assez identifiables (*Rhône-Alpes, PACA, Alsace, départements limitrophes de la Région Parisienne avec une très grande agglomération*)
- des valeurs plus modérées, dans le Nord, le Centre-Est et en Bretagne.



Seuls deux départements affichent une prévalence similaire à celles de l'Ouest francilien : le Rhône (spécificité de l'agglomération lyonnaise) et les Alpes Maritimes (typicité touristique forte).

## Et le CAS dans tout ça ?



La carte ci-contre consigne le **taux d'adhésion au CAS** parmi les médecins de secteur 2 exerçant en province, dans des agglomérations de plus de 50 mille habitants.

Dans ces zones, 3 médecins sur 10 en moyenne ont opté pour le CAS. Derrière ce chiffre, se cachent de fortes disparités géographiques.

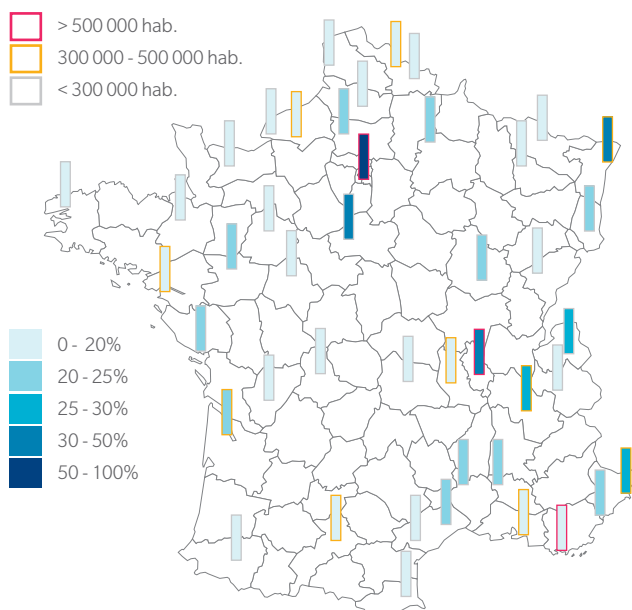
Par ailleurs, prévalence du secteur 2 et taux d'adhésion au CAS ne semblent pas naturellement corrélés. On recense ainsi :

- des départements où la proportion de médecins de secteur 2 est forte, au sein desquels la pénétration du CAS est parfois forte (région PACA), parfois faible à mesurée (Alsace),
- réciproquement, des départements où la proportion de médecins de secteur 2 est faible, au sein desquels la pénétration du CAS est parfois forte (Pas-de-Calais), parfois faible à mesurée (Maine-et-Loire).

Enfin, la substantielle homogénéité géographique qui pouvait être remarquée à l'observation de la prévalence du secteur 2 (par exemple en Rhône-Alpes ou dans le Centre-Est) vole en éclat à l'étude du taux d'adhésion au CAS.

## OÙ SERONT POTENTIELLEMENT LES IMPACTS LES PLUS FORTS ?

Prévalence des médecins de secteur 2 non CAS parmi le secteur conventionné, dans 44 villes françaises



### Des inégalités accrues

L'hétérogénéité des taux départementaux d'adhésion au CAS vue précédemment, combinée aux différences régionales de prévalence du secteur 2 aboutissent à des situations très inégalitaires face aux impacts potentiels de la refonte du contrat responsable, mesurés par la proportion de médecins exerçant en secteur 2 sans adhérer au CAS. Celle-ci est recensée sur la carte ci-contre.

Nous avons déjà mis en exergue les inégalités entre Ile-de-France et Province et campagnes/villes. Force est de constater que, même au sein de villes comparables, les impacts susmentionnés seront très différents. Sur 100 médecins conventionnés :

- on trouvera par exemple 39 médecins de secteur 2 non CAS à Lyon, contre 17 à Marseille,
- on en dénombre 31, 28, 25 et 24 à Strasbourg, Nice, Grenoble et Bordeaux, mais pas plus de 19 à Saint-Etienne, Toulouse, Lille ou Nantes.

Pour rappel, la moyenne nationale est de 19. Sur les villes plus « petites », à l'exception d'Orléans et Annecy, moins de 25% des médecins conventionnés exercent en secteur 2 sans adhérer au CAS. Cependant, là-aussi, cette statistique peut varier sensiblement d'une commune à une autre, même proche : de 8% à Perpignan à 21% à Montpellier par exemple. Seul l'axe Nord-Pas-de-Calais, Normandie, Bretagne présente une substantielle homogénéité.

En outre, Paris intra-muros reste loin devant toutes les autres villes françaises, avec 57% de médecins conventionnés exerçant en secteur 2 sans adhérer au CAS.



## LES PARADOXES D'UNE MESURE DOGMATIQUE

À l'issue de cette analyse, il est difficile de comprendre le sens de la refonte du contrat responsable, si ce n'est une volonté dogmatique de l'exécutif d'occuper le terrain dans la bataille qui l'oppose aux médecins libéraux et aux dépassements d'honoraires.

La volonté affichée du législateur est de faciliter l'accès aux soins en incitant les praticiens à limiter les dépassements d'honoraires. Si l'on essaie de comprendre le raisonnement utilisé, la voie empruntée pour atteindre cet objectif est double :

- des avantages financiers dans le cadre du CAS s'ils acceptent de restreindre leurs dépassements (la carotte),
- la limitation des couvertures des assurés, dans l'espoir que les praticiens adapteront leurs pratiques tarifaires, face à cette pression contraignante sur la « demande » de soins, et signeront donc le CAS (le bâton).

Si l'on s'attarde sur ce deuxième *item*, cela revient à espérer que les constructeurs automobiles baisseront les tarifs des voitures électriques le jour où les boni écologiques disparaîtront.

Raisonnement déjà hasardeux dans l'économie secondaire ou tertiaire, il l'est d'autant plus dans un domaine qui n'obéit pas à la loi traditionnelle de l'offre et la demande.

La santé et la médecine ne sont pas des économies classiques. Pour preuve, là où l'offre est la plus dense, elle est aussi la plus onéreuse... Alors que dans les déserts médicaux, les médecins sont peu nombreux mais ne facturent pas de dépassement d'honoraires.

En outre, les praticiens sont des confrères/consociers, et non des concurrents. Nous sommes leurs patients, et non leurs clients... Et passons l'aspect psychologique du recours aux soins, bien loin d'être celui d'un acte de consommation courante, au supermarché ou chez le vendeur de téléphones mobiles.

Vouloir pressuriser l'offre de soins (les prix) en réduisant la capacité financière de la demande (le pouvoir d'achat et la couverture santé des ménages) nous paraît être un pari excessivement risqué, dont les gagnants seront peu nombreux.

L'avenir dira si cette mesure aura *in fine* produit les effets escomptés par le législateur sur les dépassements d'honoraires. Pour cela, le taux et la nature des adhésions aux CAS seront de bons indicateurs (en effet, on voit mal un praticien accepter de réduire ses tarifs sans vouloir bénéficier des avantages financiers du CAS).

De fait, le présent donne déjà de bonnes indications. Ainsi, on constate déjà que, parmi les disciplines au sein desquelles les dépassements d'honoraires sont élevés, le taux d'adhésion au CAS est faible : 23% des spécialistes (notamment 15% pour les chirurgiens), alors qu'un généraliste sur 2 a opté pour ce dernier en secteur 2.

On devine dès lors l'effet d'aubaine sous-jacent : les adhérents au CAS exerçant en secteur 2 semblent être majoritairement ceux pratiquant de faibles dépassements, donc peu impactés par les contraintes tarifaires. En revanche, la souscription au CAS leur permettra de bénéficier de ses incitations financières. Dans le même temps, les gros « dépasseurs » boudent massivement le CAS.

En outre, on constate, avec une certaine surprise, que le taux d'adhésion au CAS parmi le secteur 1 (non abordé dans ce baromètre) est substantiel : un certain nombre de médecins, jusque-là interdits de dépassements, vont pouvoir en pratiquer.. Ou comment étendre les dépassements d'honoraires alors que l'objectif était initialement de les restreindre. **Premier paradoxe.**

On l'aura compris, il y a fort à parier que, finalement, les efforts tarifaires des médecins, induits par la refonte du contrat responsable, seront limités, voire inexistantes, au pire inversés. Dès lors, est-il envisageable que les familles modifient leurs habitudes pour se tourner vers les praticiens les moins « chers » ?

Ici encore, la médecine n'est pas une affaire d'économie traditionnelle et met en jeu, plus que toute autre, des mécanismes intimes et psychologiques qui dépassent la seule question du prix...

De surcroît, la présente étude démontre très bien que, selon les spécialités concernées et les zones géographiques, il est parfois difficile de trouver une offre de soins sans dépassements élevés. Dans de telles situations, les familles n'auront pas la possibilité d'adapter leurs habitudes médicales car l'hétérogénéité des tarifs sera insuffisante.

On aboutit alors au **deuxième paradoxe** : alors que le législateur souhaite améliorer l'accès médical et limiter le renoncement aux soins, la refonte du contrat responsable aboutira à des situations où le reste à charge des ménages augmentera, pouvant aboutir à des abandons de soins. La problématique des interventions chirurgicales à l'Hôpital est particulièrement préoccupante.

Le **troisième paradoxe** est largement abordé dans la présente étude : l'accroissement des inégalités. Le coût des soins en France est très hétérogène. Les couvertures santé complémentaires d'entreprises avaient l'avantage de niveller ces différences, en proposant généralement des garanties cohérentes avec l'offre de soins locale et avec les besoins des salariés.

Plafonner ainsi arbitrairement les garanties, sans modulation, revient à supprimer cette « soupape », qui permettait de minimiser les inégalités de tarifs, notamment régionales, et de faciliter la convergence des niveaux de couverture santé des salariés. Comme précisé au cours de l'étude, il vaut donc mieux être un Breton cardiaque qu'une Alsacienne myope...

**Dernier paradoxe** : que penser d'une mesure qui permettra toujours de « se payer » une monture de lunettes de marque mais qui induira des restes à charge insoutenables pour les familles en cas d'hospitalisation ?

Finalement, personne n'y gagne vraiment, pas même l'Assurance-Maladie qui remboursera toujours une consultation classique 15€, que celle-ci ait coûté 23€ ou 120€... Quant aux assureurs santé, les complexités de gestion induites par la création du CAS devraient rapidement grignoter les gains techniques issus du plafonnement des garanties.





[www.mercer.fr](http://www.mercer.fr)

