



CONTRAT RESPONSABLE : FONCTIONNEMENT, ENJEUX ET DERNIÈRES ACTUALITÉS

Le contrat responsable est un cahier des charges applicable à certains contrats d'assurance afférents au remboursement de frais de santé.

Institué par une loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie¹, insérant un **article L. 871-1 au sein du Code de la Sécurité sociale**, ce dispositif a pour objet de valoriser, par « une incitation financière forte »², les « comportements responsables » des organismes assureurs mais aussi des assurés et des employeurs souscripteurs, qui respectent des « référentiels de bonne pratique [et] la promotion de véritables parcours de soins »³, afin de parvenir à une « meilleure utilisation du système de soins »⁴.

Depuis sa création, ce cahier des charges est régulièrement enrichi de nouvelles obligations, conditionnant l'incitation financière qu'il recouvre, selon la manière dont le législateur entend orienter le comportement des organismes assureurs et des assurés en matière de soins. Ainsi en début d'année 2026⁵, le législateur souhaitant améliorer la prise en charge des prothèses capillaires et des fauteuils roulants, a adapté le cahier des charges sur ce point. Ces récentes modifications sont l'occasion de revenir sur les implications du contrat responsable.

Nous évoquerons l'incitation financière (1.) résultant de l'application des obligations constituant le contrat responsable (2.) avant d'aborder les dernières actualités en la matière (3.).

1. INCITATION FINANCIÈRE RECOUVERTE PAR LE CONTRAT RESPONSABLE

Afin d'inviter toutes les parties prenantes au système de soins au respect du cahier des charges, le législateur a assorti le contrat responsable de **différentes déductions sociales et fiscales** au profit des assurés, des organismes assureurs et des employeurs souscripteurs des contrats d'assurance pour le compte de leurs salariés.

Par exemple :

> la **contribution patronale finançant un régime de frais de santé peut être exclue**, sous plafond, de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale sous réserve que certaines conditions soient remplies⁶. Les garanties doivent notamment :

- ➔ revêtir un caractère collectif et obligatoire,
- ➔ être formalisées par un acte de droit du travail,
- ➔ être externalisées auprès d'un organisme assureur par la souscription d'un contrat d'assurance,
- ➔ respecter le cahier des charges du contrat responsable.

1 Article 57 de la Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

2 Rapport du 24 juin 2004 de Jean-Michel Dubernard au nom de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi n° 1675 relatif à l'assurance maladie

3 Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé de la protection sociale, séance du 22 juillet 2004, première lecture du projet de loi au Sénat

4 Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, séance du 27 juillet 2004, première lecture du projet de loi au Sénat

5 Décret n° 2025-1131 du 26 novembre 2025 prévoyant la participation des assurés aux frais de vaccination en laboratoire ainsi que l'accès sans reste à charge à certaines prothèses capillaires et à certains véhicules destinés à des personnes en situation de handicap

6 Article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale

Ainsi, dans l'hypothèse où le régime de frais de santé institué par l'entreprise n'est pas conforme aux exigences du contrat responsable, l'employeur ne peut pas bénéficier au titre de son financement de l'exclusion de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale.

> concernant l'impôt sur le revenu des salariés, l'article 83 du Code général des impôts énonce que **la participation des salariés au financement de garanties de frais de santé peut, dans certaines limites, être exclue de l'assiette imposable** lorsque les garanties respectent le cahier des charges du contrat responsable.

> les organismes assureurs sont redevables d'une taxe de solidarité additionnelle (TSA) assise sur les cotisations d'assurance stipulées à leur profit au titre de leurs contrats de frais de santé⁷. **Le taux de la taxe est en principe fixé à 13,27 %, mais il est majoré de 7 points si les garanties de frais de santé ne respectent pas, notamment, les conditions du contrat responsable.**

En synthèse, sous certaines conditions et dans certaines limites, l'application du cahier des charges prévu par le contrat responsable donne accès notamment à une :

- > exclusion de la contribution de l'employeur finançant des garanties de frais de santé de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale,
- > déduction de la part salariale des cotisations d'assurance du montant imposable en matière d'impôt sur le revenu,
- > application du taux non majoré de la TSA pour les organismes assureurs.

QUEL EST L'INTÉRÊT D'UN CONTRAT DE FRAIS DE SANTÉ « NON RESPONSABLE » ?

Un contrat d'assurance n'est pas « responsable » dès lors qu'il ne respecte pas le cahier des charges y afférent. Dès lors, les traitements fiscaux et sociaux de faveur, développés ci-avant, ne s'appliquent pas.

Il existe pourtant de tels contrats qui permettent à l'organisme assureur et à l'entreprise souscriptrice de passer outre, notamment, les plafonds de garantie prévus par le contrat responsable. C'est le cas des contrats d'assurance de remboursement des frais de santé dits « surcomplémentaires », « qui [interviennent] explicitement après un (ou plusieurs) autre(s) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire »⁸, et assurent ainsi une couverture additionnelle.

Opérationnellement, le régime complémentaire « responsable » et celui afférent au régime surcomplémentaire qui ne l'est pas, doivent être mis en œuvre par deux contrats d'assurance distincts de sorte que le « non-responsable » ne pollue pas celui qui l'est pour ne pas risquer de perdre le traitement social de faveur sur ce dernier.

2. CONTENU DU CAHIER DES CHARGES

Le remboursement d'une dépense de santé (notamment : consultation ou acte médical, médicament, équipement, etc.) peut être décomposé de la manière suivante :

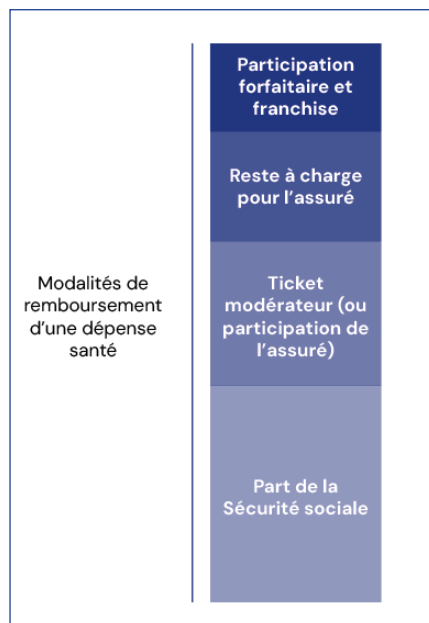
- > la **prise en charge (ou remboursement) par l'assurance maladie** : elle est basée sur le tarif fixé par décret pour la dépense de santé et correspond de façon générale à un pourcentage de ce tarif.
- > et, le **cas échéant**, une part à la charge de l'assuré susceptible de se décomposer, selon les cas, de la manière suivante :

➔ la participation forfaitaire et la franchise :

- la **participation forfaitaire** est la part à la charge de l'assuré, au titre d'actes médicaux réalisés par un médecin⁹,
- la **franchise** est également à la charge de l'assuré. Elle concerne certaines prestations et produits pris en charge par l'assurance maladie (boîtes de médicaments, actes paramédicaux, transports). Elle se cumule avec la participation forfaitaire.

➔ le « **ticket modérateur** », est la part prise en charge par l'assuré, fixe ou proportionnelle.

➔ le **reste à charge** pour l'assuré correspond au supplément restant, après la soustraction des éléments précédents. Par exemple, le reste à charge comprend les dépassements d'honoraires.



Par ailleurs, en cas de passage dans un établissement hospitalier, **deux autres types de frais peuvent être ajoutés** :

- > le **forfait journalier hospitalier**, facturé par certains établissements,
- > le « **forfait patient urgence** », facturé en cas de passage aux urgences non suivi d'hospitalisation¹⁰.

Dans le cadre du contrat responsable, le cahier des charges comprend principalement des exclusions (2.1.), des obligations de prise en charge (2.2.) et définit des planchers et des plafonds de garanties (2.3.), s'articulant avec les modalités de remboursement de la Sécurité sociale.

⁷ Article L. 862-4 du Code de la Sécurité sociale

⁸ Instruction de la direction de la Sécurité sociale n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019

⁹ Décision du 21 mars 2024 fixant le taux de la participation forfaitaire des assurés sociaux aux frais de santé en application du II de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale

¹⁰ Bulletin officiel de la Sécurité sociale (Boss), Protection sociale complémentaire, §420

2.1 EXCLUSIONS DE PRISE EN CHARGE

Le cahier des charges du contrat responsable comprend deux principales exclusions :

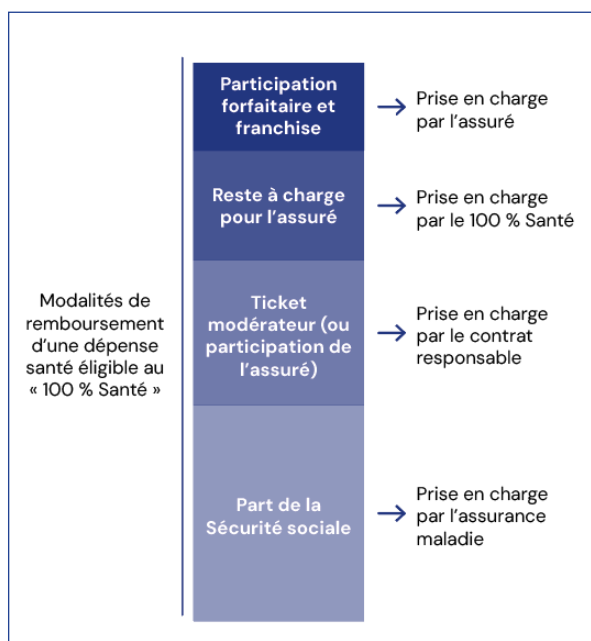
- > certaines exclusions de prises en charge de frais de santé visent à **inciter les assurés à suivre le parcours de soins**. Il s'agit du parcours qui implique la désignation d'un médecin traitant, qui doit être consulté prioritairement, notamment avant la consultation d'un médecin spécialiste. Les garanties du contrat responsable ne peuvent pas comprendre la prise en charge de la majoration appliquée en cas de non-respect du parcours de soins par l'assuré, ni les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques y afférents¹¹.
- > **la participation forfaitaire et la franchise dues par les assurés** au titre de certaines dépenses de santé¹², celles-ci ne peuvent donc pas être prises en charge par un organisme assureur dans le cadre du contrat responsable.

2.2. OBLIGATIONS DE PRISE EN CHARGE

Le contrat responsable impose une prise en charge totale :

- > du ticket modérateur, lorsqu'il s'applique¹³,
- > du forfait journalier en cas d'hospitalisation,
- > du « forfait patient urgence ».

En outre, le contrat responsable doit comprendre la prise en charge intégrale de certaines dépenses de santé, incluses dans le dispositif dénommé « 100 % Santé ». Institué par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019¹⁴, ce dispositif impose, depuis cette date, une prise en charge intégrale de certains frais d'optique, de soins dentaires puis, à compter de 2020, d'aides auditives. Concrètement, **le « 100 % Santé » garantit à l'assuré l'accès à un premier niveau d'équipements et de prestations, dont les prix sont fixés réglementairement sans reste à charge pour l'assuré**. Ce mécanisme excède ainsi le seul remboursement du ticket modérateur, ce qui explique qu'il soit également désigné sous l'appellation de « **reste à charge zéro** ».



2.3. ENCADREMENT DE LA PRISE EN CHARGE DE CERTAINS FRAIS DE SANTÉ

Le contrat responsable impose, pour certaines dépenses de santé qui ne sont pas incluses dans le « 100% Santé », le respect de plafonds et planchers de remboursement, notamment :

- > **en optique**, la prise en charge des paires de lunettes est encadrée par des seuils, déterminés en fonction du type de verres et de correction¹⁵. En tout état de cause, le remboursement de la monture est limité à 100 euros. Une limite temporelle est également fixée¹⁶ : les garanties s'appliquent aux frais exposés pour les montures et verres dans une période de deux ans¹⁷.
- > **en aides auditives**, la prise en charge est plafonnée à 1 700 euros par équipement, ce montant incluant la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation forfaitaire de l'assuré¹⁸. Ce remboursement n'est possible que tous les quatre ans.
- > **les dépassements d'honoraires**, dont l'encadrement varie selon l'adhésion du médecin ou non à un dispositif imposant une pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-Co).

SYNTHÈSE DES PRINCIPALES MESURES DU CAHIER DES CHARGES DU CONTRAT RESPONSABLE :

Exclusions de prise en charge :

- > majorations et autres sommes liées au non-respect du parcours de soins,
- > participation forfaitaire et franchise de l'assuré.

Obligations de prise en charge :

- > ticket modérateur,
- > forfait journalier hospitalier,
- > « forfait patient urgence »,
- > reste à charge de l'assuré dans le cadre du dispositif « 100 % Santé ».

Prises en charge encadrées :

- > dispositifs optiques (hors « 100 % Santé »),
- > aides auditives (hors « 100 % Santé »),
- > dépassements d'honoraires.

3. ACTUALITÉS DU CONTRAT RESPONSABLE

En 2025, le législateur a complété le cahier des charges du contrat responsable en ajoutant de nouvelles obligations de prise en charge intégrale au titre du 100 % Santé : les fauteuils roulants et les prothèses capillaires (3.1.). En outre, les protections périodiques réutilisables devraient intégrer prochainement les prises en charge incluses dans le contrat responsable (3.2.).

11 Article R. 871-1 du Code de la Sécurité sociale

12 Articles L. 871-1, L. 160-13, II et III et L. 322-5 du Code de la Sécurité sociale

13 Boss, Protection sociale complémentaire, §400

14 Article 51 de la Loi n° 2028-1203 du 22 décembre 2018 pour le financement de la Sécurité sociale pour 2019

15 Article R. 871-2, 3° du Code de la Sécurité sociale

16 Article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale

17 Par dérogation, cette limite varie en cas d'évolution de la vue, ou lorsque l'assuré est un enfant de moins de 16 ans ou de moins de 6 ans.

18 Article R. 871-2, 4° du Code de la Sécurité sociale

3.1. DERNIÈRES ACTUALITÉS

Par un décret du 26 novembre 2025¹⁹, le législateur a modifié le contrat responsable pour organiser une **prise en charge intégrale** de :

- > **fauteuils roulants** pour la location de courte durée (moins de 6 mois)²⁰, à compter du 1^{er} décembre 2025²¹,
- > certaines **prothèses capillaires** (prothèses de classe II)²², à compter du 1^{er} janvier 2026²³.

Depuis cette date, **ces dépenses de santé sont intégrées dans le « 100 % Santé »** et les organismes complémentaires doivent garantir leur remboursement à leurs assurés.

La modification du cahier des charges doit être formalisée en adaptant le contrat d'assurance qui définit les garanties de frais de santé. Par principe, toute modification des garanties par l'organisme assureur doit être constatée par un avenant signé des parties²⁴. Par dérogation, lorsque la modification vise à mettre en conformité le contrat au cahier des charges du contrat responsable, l'organisme assureur est simplement tenu d'informer le souscripteur, qui dispose d'un délai de trente jours pour refuser la modification, à défaut de quoi ces modifications sont réputées acceptées.

Cela étant, en pratique, pour des raisons techniques et juridiques, les contrats d'assurance sont revus à leur date d'anniversaire, contraignant ainsi le moment auquel des modifications peuvent être intégrées.

Le Bulletin officiel de la Sécurité sociale (BOSS), doctrine administrative opposable à l'Urssaf, a pris en compte ces contraintes quant à la formalisation de cette évolution du contrat responsable en instituant une période transitoire pour²⁵ :

- > **les contrats d'assurance conclus, renouvelés ou prenant effet d'ici le 1^{er} juin 2026 compris, l'absence de mention de ces nouvelles garanties sur les prothèses capillaires et les fauteuils roulants n'est pas de nature, jusqu'au 31 décembre 2026, à priver ces contrats de leur caractère responsable. Les contrats conclus, renouvelés ou prenant effet après le 1^{er} juin 2026 devront, quant à eux, mentionner immédiatement le remboursement complémentaire de ces garanties pour être considérés comme des contrats responsables.**

- > s'agissant des actes de droit du travail (accord collectif ou décision unilatérale), dès lors qu'ils mentionneraient les garanties du cahier des charges du contrat responsable, l'absence de mention de la prise en charge des nouvelles garanties précitées n'est pas de nature à remettre en cause le bénéfice de l'exclusion d'assiette de cotisations de Sécurité sociale jusqu'à l'entrée en vigueur de la prochaine modification desdits actes et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2026.

3.2. ÉVOLUTIONS À VENIR

Prenant acte de la précarité menstruelle concernant principalement les jeunes de moins de 26 ans, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024²⁶ a instauré un dispositif de **remboursement des protections périodiques réutilisables**. Depuis le 28 décembre 2023, en application des articles L. 162-59 et R. 162-144 du Code de la Sécurité sociale, les coupes et culottes menstruelles sont remboursées en partie par l'assurance maladie, notamment selon les modalités suivantes²⁷ :

- > le bénéficiaire doit être âgé de moins de 26 ans, ou bénéficier de la protection complémentaire santé solidaire,
- > la prise en charge est limitée à deux produits par an.

Une participation de l'assuré est également prévue par les textes²⁸. Cette participation correspond à un ticket modérateur qui, dans le cadre du contrat responsable, doit être pris en charge par l'organisme assureur. **La part de ce ticket modérateur sera comprise entre 35 % et 45 % des frais relatifs aux protections périodiques réutilisables**²⁹. Les textes qui permettront de déterminer la nature des produits concernés, leur tarif et le prix maximal de vente n'ont pas encore été publiés à ce jour. Relevons toutefois que, le 16 juin 2026, à l'occasion d'une question posée au gouvernement, ce dernier a précisé que l'entrée en vigueur effective de cette modalité de remboursement était prévue pour le 1^{er} octobre 2026.

À l'instar des modifications précédentes du cahier des charges du contrat responsable, une période transitoire pourrait être, là aussi, mise en place pour permettre l'adaptation des contrats d'assurance et, le cas échéant, des actes de droit du travail.

19 Décret en Conseil d'Etat n°2025-1131 du 26 novembre 2025

20 Articles L. 165-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale et Arrêté du 6 février 2025 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) aux titres I et IV de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale

21 Arrêté du 6 février 2025 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) aux titres I et IV de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale ; Boss, Protection sociale complémentaire, §380

22 Articles L. 165-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale et Arrêté du 16 octobre 2025 portant modification des modalités de prise en charge des prothèses capillaires et accessoires inscrits au chapitre 2 du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale

23 Arrêté du 16 octobre 2025 portant modification des modalités de prise en charge des prothèses capillaires et accessoires inscrits au chapitre 2 du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale ; Boss, Protection sociale complémentaire, §380, précité

24 Article L. 112-3 du Code des assurances et L. 221-5 du Code de la mutualité

25 Boss, Protection sociale complémentaire, §380, précité

26 Article 40 de la Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la Sécurité sociale pour 2024

27 Article R. 162-145 du Code de la Sécurité sociale

28 Article L. 160-13 et L. 160-8 du Code de la Sécurité sociale

29 Article R. 160-5 du Code de la Sécurité sociale