



Pour quels soins ? et quels patients ?

Les restes à charge sont inégalement répartis selon l'état de santé, le niveau de vie et le lieu de résidence. Des dispositifs existent pour les patients atteints de maladies chroniques ou les personnes à faible revenu, mais ils ne compensent pas la totalité des dépenses engagées.

Iniquités des restes à charge selon la santé et le niveau de vie Enseignements de travaux récents de l'Irdes

Marc Perronnin
Docteur en sciences économiques, maître de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

À l'instar des autres pays européens, le financement des soins en France repose sur un régime d'assurance maladie obligatoire, complété par des assurances privées et par une participation des ménages. L'assurance maladie obligatoire vise à garantir un certain degré d'équité horizontale (selon la santé) et verticale (selon le revenu) dans le financement des soins, notamment par le biais de cotisations croissantes avec le revenu mais indépendantes de l'état de santé. Néanmoins, les remboursements offerts sont incomplets et des restes à charge sont laissés aux patients à visée dite de « responsabilisation ». Or ces restes à charge sont susceptibles de réduire le degré d'équité du système d'assurance obligatoire, à moins d'être eux-mêmes modulés selon l'état de santé ou le revenu du patient.

Les restes à charge du système d'assurance maladie français

En France, la part des dépenses laissée par le régime obligatoire d'assurance maladie à la charge des patients s'élevait à 23,2 % de la dépense en soins et biens médicaux en 2016, soit une part proche de celle observée

sur l'ensemble de l'Europe des Vingt-Huit. Ces restes à charge sont composés de participations de différentes natures : en ville, les tickets modérateurs d'ampleur variée selon les soins, les participations forfaitaires, les franchises et les dépassements d'honoraires. À l'hôpital, comme en ville, un ticket modérateur de 20 % s'applique aux actes pratiqués jusqu'à un seuil défini en termes de coefficient cumulé (plusieurs actes effectués par le même praticien au cours d'une même consultation ou pendant le séjour hospitalier) égal ou supérieur à 60 euros (actes complexes) ou de coût cumulé égal ou supérieur à 120 euros (actes coûteux), et au-delà une participation forfaitaire de 18 euros s'applique. Pour les hospitalisations, s'ajoutent le forfait hospitalier ainsi que d'éventuels dépassements d'honoraires. À la naissance de la Sécurité sociale, le ticket modérateur unique de 20 %, constituait le seul type de participation financière demandé aux assurés sociaux. Se sont ajoutés ensuite les dépassements d'honoraires en 1980, puis le forfait hospitalier en 1983 (plan Bérégovoy), les participations forfaitaires sur les séances de médecins et les actes de biologie médicale en 2004 et, enfin, les franchises sur

les médicaments pris en charge par la Sécurité sociale, sur les actes d'auxiliaires et les transports sanitaires.

L'étendue du panier de soins concerné par les « copaiements » publics constitue une singularité comparativement aux autres pays européens [70], susceptible de créer un lien fort entre restes à charge et santé, et donc d'occasionner une charge financière excessive pour les personnes les plus malades ou ayant de faibles ressources. Le système d'assurance maladie complémentaire – constitué de contrats collectifs d'entreprise, de contrats individuels et de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) – permet de couvrir tout ou partie de ces restes à charge. Très développé en France, il concerne 95 % de la population¹. Depuis quinze ans, les différentes réformes de l'assurance maladie complémentaire (CMU-C, contrats responsables, aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), généralisation de la complémentaire d'entreprise...) renforcent son rôle dans l'accès aux soins. Toutefois, cette couverture à adhésion libre est soumise aux contraintes de sélection adverse, autrement dit au risque de voir les individus en bonne santé quitter le contrat si la prime est trop élevée au regard des dépenses de santé qu'ils s'attendent à avoir ; elle n'est donc pas en mesure d'offrir le même degré de solidarité que la couverture publique. Ainsi, les cotisations de l'assurance maladie obligatoire, qui dépendent du revenu, et de l'assurance maladie complémentaire, qui dépendent généralement de l'âge, obéissent à des logiques différentes.

Étudier les restes à charge publics, après remboursement de l'assurance maladie obligatoire, mais avant remboursement de l'assurance maladie complémentaire, permet donc d'apporter un éclairage intéressant sur les dépenses de soins qui échappent au financement solidaire de l'assurance maladie obligatoire. Plusieurs travaux se sont intéressés au caractère inéquitable des restes à charge selon la santé et le revenu. Au travers de deux travaux récents, l'Irdes apporte des éclairages supplémentaires sur cette problématique, d'une part en s'intéressant aux profils de consommation des individus ayant des restes à charges élevés et aux caractéristiques socioéconomiques associées, d'autre part en étudiant les catégories de restes à charge qui contribuent le plus aux inégalités selon le revenu.

Une mutualisation imparfaite selon l'état de santé

Au sein de l'assurance maladie obligatoire, plusieurs mécanismes permettent de limiter les restes à charge des individus en mauvaise santé. Tout d'abord, la part de la dépense reconnue prise en charge au titre du régime obligatoire est élevée sur des soins présentant un caractère vital tel que les médicaments à service médical rendu élevé ou les soins hospitaliers : selon les comptes de la santé 2016, les taux de prise en charge

moyens sont très élevés pour les soins hospitaliers et pour les transports sanitaires (respectivement 91,3 % et 92,9 %), et nettement plus faibles pour les soins de ville – soins de médecins, de dentistes et d'auxiliaires médicaux – et pour le médicament (respectivement 64,7 % et 68,8 %) et, enfin, ces taux dépassent à peine les 40 % pour les autres biens médicaux, dont l'optique. Le régime des affections de longue durée (ALD) exonère ses bénéficiaires du ticket modérateur pour tous les soins en rapport avec les pathologies chroniques pour lesquelles ils bénéficient d'une reconnaissance.

Malgré l'ensemble des mécanismes que nous venons de citer, il existe de fortes variabilités de restes à charge au sein de la population. Ainsi le rapport 2013 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), dans son chapitre sur les restes à charge élevés [47], indique qu'en 2009 les 5 % des individus ayant les restes à charge les plus élevés supportaient 28 % des restes à charge. Les distributions présentées dans ce rapport permettaient de constater qu'en 2009, si 70 % des individus avaient un reste à charge annuel inférieur à 500 euros, 10 % avaient un reste à charge supérieur à 1 000 euro et 5 % un reste à charge supérieur à 1 600 euros. Or les auteurs soulignent que comparativement à l'ensemble de la population, ces individus supportant les 5 % de restes à charge les plus élevés sont nettement plus âgés (60 ans contre 39 ans), davantage en ALD (33 % contre 16 %) et beaucoup plus souvent hospitalisés (45 % contre 13 %). Ainsi, les restes à charge élevés sont beaucoup plus souvent associés à un profil d'état de santé dégradé. Enfin, il existe une certaine récurrence dans le temps des restes à charge élevés puisque 28 % des individus ayant eu un reste à charge supérieur à 1 600 euros en 2009 se retrouvent dans la même situation en 2010. Il est par contre rare d'observer trois années de suite des restes à charge de cette ampleur. Une autre analyse s'appuyant sur le suivi d'une cohorte d'assurés du régime général d'assurance maladie durant la période 2008-2013 confirme cette persistance modérée des restes à charge élevés. Au travers de ces résultats, ressort également le constat que les restes à charge élevés ne sont pas occasionnés uniquement par l'optique ou par le dentaire mais également par des soins en principe bien couverts, tels que les soins hospitaliers ou des soins de ville courants (notamment les médicaments) qui peuvent faire l'objet d'exonération du ticket modérateur dans le cadre du dispositif des ALD.

Dès lors, on est amené à se demander si les individus ayant un reste à charge élevé cumulent une dépense relativement importante en soins de ville, en soins hospitaliers et en optique ou dentaire, ou s'ils ont des restes à charges très élevés spécifiquement sur un de ces postes. En corollaire, dans le second cas de figure, on peut s'interroger sur la part d'individus pour lesquels le reste à charge élevé est lié spécifiquement à un type de soin donné (soins de ville, soins hospitaliers, optique ou dentaire). L'Irdes [39] a cherché à caractériser plus finement les individus ayant un reste à charge élevé

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 53.

¹. Selon les comptes de la santé, les restes à charge moyens finaux des ménages n'excédaient pas 8,4 % de la DSBM (dépense de soins et de biens médicaux) en 2016, un des plus faibles taux au niveau européen.



en mettant en évidence les profils de consommations de soins rencontrés au sein de cette population et les caractéristiques sociales et médicales associées à chaque profil de consommation, ainsi que la persistance dans le temps des restes à charge élevés en fonction du profil de consommation. L'analyse s'est appuyée sur l'appariement de l'enquête santé protection sociale (ESPS) 2010 de l'Irdes avec les données de remboursements issues du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram, désormais appelé SNDS, Système national des données de santé). Cet appariement permet de construire la typologie des consommations chez les 10 % d'individus ayant les restes à charges les plus élevés et de distinguer les groupes obtenus en termes de caractéristiques sociales et médicales. Les restes à charge sont ensuite réobservés en 2012, de manière à déterminer le niveau de reste à charge de chaque groupe, deux ans après.

La population des individus ayant des restes à charges élevés en 2010 est âgée (66 % ont 50 ans ou plus), a un état de santé assez dégradé (28 % d'individus en ALD, 45 % déclarant une affection chronique, 42 % déclarant un état de santé assez bon, mauvais ou très mauvais) et bénéficie très majoritairement d'un contrat de couverture complémentaire santé individuel. Le reste à charge moyen s'établit à 1 914 euros : 1 620 euros en ambulatoire et 214 euros à l'hôpital. En classant ces individus selon leurs restes à charge par poste de soin, quatre profils sont mis en évidence.

- Le premier, regroupant 26 % des individus ayant un reste à charge élevé, concerne des patients principalement traités en ambulatoire pour des maladies chroniques. Par rapport aux autres individus ayant un reste à charge élevé, ceux-ci ont un recours fréquent aux médecins et subissent beaucoup plus souvent des dépassements d'honoraires, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ils résident plus souvent en Île-de-France. Ils ont également des restes à charges plus élevés sur les autres soins de ville « courants » (pharmacie, auxiliaires médicaux et biologie). Ils ont enfin un recours plus fréquent et des restes à charge plus élevés à l'hôpital.
- Le second, regroupant 12 % des individus, se caractérise par une forte proportion de personnes hospitalisées dans un établissement public et ayant des niveaux de reste à charge beaucoup plus élevés à l'hôpital, notamment en ce qui concerne les forfaits journaliers. Ce groupe est âgé et présente des caractéristiques d'état de santé très défavorables. Il se singularise enfin par une forte proportion de précaires puisque 30 % des individus ont un niveau de vie inférieur à 1 000 euros par mois, contre 18 % dans l'ensemble de la population ayant un reste à charge élevé.
- Le troisième, regroupant 26 % des individus, se singularise par l'importance des restes à charge pour soins dentaires. Ce groupe est caractérisé par une plus forte proportion d'actifs occupés et par des indicateurs d'état de santé nettement plus favorables que dans le reste de la population.

- Le quatrième profil, regroupant 38 % des individus, rassemble plutôt des seniors non hospitalisés et se distingue par des restes à charge plus élevés en optique et en autres matériels et prothèses.

L'analyse des consommations médicales en 2012 (tableau 1) fait apparaître une persistance des restes à charge élevés chez les individus concernés par cette situation en 2010. Parmi les individus qui supportaient un reste à charge élevé en 2010, 30 % sont encore dans cette situation en 2012. Néanmoins, cette proportion est très variable selon les groupes, atteignant 50 % pour le premier, contre 16 % pour le troisième.

En résumé, l'analyse menée permet de constater que les restes à charge élevés sont loin d'être la résultante uniquement des dépenses en optique et en dentaire. Une proportion importante des individus a des restes à charge occasionnés par des soins essentiels et *a priori* bien remboursés, pouvant faire l'objet d'exonérations du ticket modérateur, tels que les soins de ville courants et les soins hospitaliers. La caractérisation des groupes confirme le fait que cette situation concerne souvent des individus en mauvaise santé, en ALD. En outre, malgré l'existence du dispositif des ALD, il y a récurrence des restes à charge élevés pour une partie de la population, ce qui peut s'expliquer par l'existence de comorbidités qui ne sont pas prises en charge à 100 % mais également par les dépassements d'honoraires facturés par les médecins. À ce titre, on peut noter qu'à l'exception du groupe 3 (individus à forte consommation de soins dentaires), les individus très souvent âgés bénéficient dans leur grande majorité d'un contrat de couverture complémentaire santé individuel, en moyenne moins couvrant que les contrats collectifs.

Un effort financier inégalement réparti selon le niveau de vie

La problématique de l'iniquité verticale (selon le revenu) des restes à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire est également importante car, à la différence de l'iniquité horizontale (selon la santé), l'assurance maladie obligatoire ne prévoit aucun mécanisme de modulation des remboursements selon le revenu. Certes, la corrélation entre niveau de vie et état de santé des mécanismes d'exonération liés à l'état de santé, comme pour une ALD, contribuent aussi à réduire les inégalités de recours aux soins [29]. Néanmoins, plusieurs travaux ont souligné que ces participations financières des assurés conduisaient à des taux d'effort variables selon le niveau de vie [21, 41]. Ainsi, selon le tableau de bord du Hcaam, ces participations représentent une proportion du revenu moindre dans le décile de niveau de vie le plus haut (2 %) que dans le décile du revenu le plus bas (7 %).

Le reste à charge étant composé de plusieurs participations financières, on peut s'interroger sur le rôle de chacune d'entre elles aux inégalités d'effort constatées selon le revenu. Une étude de l'Irdes [75] s'est intéressée à la contribution de chaque catégorie de reste à

tableau 1

Montants moyens par types de soins des restes à charge supportés en 2010 et en 2012 selon les profils des individus ayant des restes à charge élevés (en euros)

	Profil 1 (N = 324)		Profil 2 (N = 153)		Profil 3 (N = 311)		Profil 4 (N = 480)		Total (N = 1268)	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012
Ambulatoire	1 630	1 237	1 131	545	1 831	575	1 648	937	1 620	889
Omnipraticiens	133	80	60	37	31	31	62	55	74	54
Spécialistes	359	218	158	45	98	83	121	99	186	121
Dentaire	202	216	113	70	1 243	177	352	161	492	169
Biologie	93	55	52	24	12	16	40	39	50	36
Pharmacie	382	293	279	157	97	100	299	244	274	214
Optique	195	160	102	78	204	127	416	163	268	143
Transports	10	11	87	17	0	1	2	3	14	6
Urgences	7	3	13	7	1	2	1	1	4	3
Matériels/prothèses	94	103	140	48	88	22	289	115	171	82
Auxiliaires	156	99	128	62	16	17	66	57	87	60
Hôpital	311	221	1 183	250	89	52	107	97	294	140
Hospitalisation publique	85	94	1 108	228	37	29	45	63	187	84
Hospitalisation privée	226	127	74	22	52	22	62	34	107	56
Total	1 942	1 458	2 314	796	1 920	626	1 755	1 034	1 914	1 029

Sources : appariement ESPS 2010 ; Sniiram 2010 et 2012.

charge à ces inégalités, en s'appuyant sur les mêmes données que celles utilisées dans l'étude de Carine Franc et Aurélie Pierre [39] à savoir l'appariement ESPS-Sniiram 2010. Ce travail porte sur la charge financière en ville et à l'hôpital, chez les individus qui ont eu à consommer ces soins au cours d'une année.

Un examen des restes à charge moyens, selon les quintiles de niveau de vie, montre que, malgré l'absence d'ajustement des remboursements de l'assurance maladie obligatoire aux ressources des individus, les restes à charge sont plus fortement liés au revenu et semblent donc moins inéquitables après remboursements de l'assurance maladie obligatoire qu'avant. Ainsi, en ambulatoire, la dépense varie peu selon le niveau de vie (entre 1 299 euros et 1 415 euros selon les quintiles de revenu par unité de consommation) alors que les restes à charge sont en moyenne plus faibles chez les 20 % d'individus les plus pauvres que chez les 20 % les plus riches (374 contre 530 euros). À l'hôpital, en MCO², la dépense est nettement plus importante chez les plus pauvres alors que le reste à charge ne varie que très peu – de 275 à 309 euros – selon les quintiles de revenu par unité de consommation. Malgré tout, il

y a persistance de restes à charge substantiels pour les faibles revenus.

Une analyse descriptive permet de vérifier que cette persistance est liée avant tout aux tickets modérateurs, aux participations forfaitaires et franchises médicales. En ville, les restes à charge sont quasiment identiques quel que soit le niveau de vie. À l'hôpital, en MCO, les montants de tickets modérateurs et de forfaits journaliers hospitaliers sont plus élevés pour les individus ayant un bas niveau de revenu que pour ceux ayant un haut revenu. Cela peut s'expliquer par le fait qu'en médecine l'exonération du ticket modérateur hospitalier est moins fréquente et les durées de séjour plus longues. De plus, des travaux ont souligné le lien entre précarité et hospitalisation, mettant en évidence des durées de séjour plus longues des personnes isolées [87]. À l'inverse, les montants de dépassements d'honoraires sont fortement liés au niveau de vie : en ville, ils sont en moyenne de 133 euros pour les individus du premier quintile de niveau de vie (36 % du reste à charge en ville), contre 279 euros pour ceux du cinquième quintile (53 % du reste à charge en ville). Ceux liés à une hospitalisation s'élèvent à 31 euros (11 % du reste à charge en MCO) pour les individus du premier quintile de revenu, contre 124 euros (40 % du reste à charge en MCO) pour ceux

2. Médecine, chirurgie, obstétrique.



Reste à charge et santé

du dernier quintile. Ce gradient s'explique en premier lieu par le fait que les individus ayant un faible niveau de revenu peuvent plus difficilement accéder à des soins dont les dépassements d'honoraires sont élevés, ou les substituent par des soins sans restes à charge en privilégiant le recours à des médecins sans dépassements d'honoraires. De plus, les bénéficiaires de la CMU-C, situés dans les catégories les plus basses de revenu, ne supportent en principe pas de dépassements d'honoraires et le prix de leurs lunettes et prothèses dentaires est encadré par des grilles tarifaires.

La simple comparaison des moyennes ne permet pas de statuer sur le caractère inéquitable des restes à charge. Le caractère progressif ou non des restes à charge est mesuré à partir de l'indice de Kakwani. Cet

indicateur, très utilisé en sciences sociales pour mesurer les effets redistributifs d'une intervention publique, est négatif si l'effort financier est plus élevé pour les bas revenus, nul s'il est identique quel que soit le niveau de revenu, et positif s'il est plus élevé pour les hauts revenus. Cet indice présente l'avantage d'être décomposable selon différents types de restes à charge et donc de fournir la contribution de chacun d'eux à l'inégalité totale. Les valeurs de l'indice de Kakwani pour chaque type de reste à charge ambulatoire ou hospitalier et leur contribution sont présentées dans le tableau 2. Il apparaît que les inégalités en termes d'effort financier sont majoritairement occasionnées par la distribution des tickets modérateurs pour les soins hospitaliers (Kakwani de 0,42, soit une contribution aux

tableau 2

Indices d'inégalités sociales de restes à charge en ambulatoire et à l'hôpital en MCO et décomposition par type de restes à charge

	Indice de Kakwani et contribution aux inégalités	Significativité (p-value)	Intervalle de confiance*	
Restes à charge ambulatoires				
Niveau de l'indice	-0,21	0	-0,23	-0,198
Tickets modérateurs				
Niveau de l'indice	-0,28	0,000	-0,30	-0,27
Contribution aux inégalités	0,65	0,000	0,62	0,68
Dépassements d'honoraires				
Niveau de l'indice	-0,14	0,000	-0,16	-0,11
Contribution aux inégalités	0,28	0,000	0,24	0,32
Participations forfaitaires et franchises				
Niveau de l'indice	-0,25	0,000	-0,27	-0,23
Contribution aux inégalités	0,07	0,000	0,06	0,07
Restes à charge hospitaliers (MCO)				
Niveau de l'indice	-0,32	0,000	-0,38	-0,27
Forfaits hospitaliers				
Niveau de l'indice	-0,41	0,000	-0,45	-0,36
Contribution aux inégalités	0,40	0,000	0,34	0,47
Tickets modérateurs				
Niveau de l'indice	-0,42	0,000	-0,52	-0,32
Contribution aux inégalités	0,54	0,000	0,46	0,62
Dépassements d'honoraires				
Niveau de l'indice	-0,03	0,216	-0,11	0,05
Contribution aux inégalités	0,02	0,215	-0,03	0,08
Participation forfaitaire de 18 euros				
Niveau de l'indice	-0,29	0,000	-0,33	-0,25
Contribution aux inégalités	0,03	0,000	0,03	0,04

Lecture : en ambulatoire, l'indice de progressivité lié aux tickets modérateurs est de -0,28, sa contribution aux inégalités sociales des restes à charge ambulatoires totaux (-0,21) est de 0,65, autrement dit 65 %.

* Les intervalles de confiance des indices et de leur contribution sont estimés par *bootstrap*, le nombre de tirages effectués pour mettre en œuvre cette méthode étant à chaque fois de 500.

Source : appariements ESPS 2010-DCIR et ESPS 2010-PMSI.

inégalités de 54 %) comme pour les soins ambulatoires (Kakwani de $-0,28$, soit une contribution de 65 %). Pour les soins hospitaliers, le forfait journalier est également très régressif et joue un rôle important (Kakwani de $-0,28$, soit une contribution de 40 %). Le rôle joué par les dépassements d'honoraires en ville est beaucoup plus modeste et il est pratiquement nul à l'hôpital. Les franchises médicales en ambulatoire contribuent également assez peu aux inégalités, leur montant étant faible au regard des autres participations financières.

Les limites d'une réponse par le système d'assurance maladie complémentaire

Les travaux qui viennent d'être exposés confirment l'existence de problèmes d'équité selon la santé et selon le revenu, tout en apportant des précisions sur les catégories de soins, les types de participations et les caractéristiques de la population concernée. Le ticket modérateur, le forfait hospitalier et les dépassements d'honoraires contribuent tous à l'iniquité des restes à charge, mais de manière différenciée par rapport à l'âge et à l'état de santé ou par rapport au revenu.

Le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier contribuent clairement aux inégalités selon le revenu. Ils jouent également un rôle significatif dans la formation de restes à charge élevés et dans leur inégale répartition selon l'âge et la santé, pour une partie de la population concernée, celle du groupe 1 (restes à charge élevés en ville) et du groupe 2 (restes à charge élevés à l'hôpital public). Pour les restes à charge hospitaliers, ce constat est à mettre en parallèle avec ceux présentés dans le rapport 2013 du Hcaam, mettant en évidence le poids prépondérant des tickets modérateurs dans les restes à charge élevés dans le secteur public hospitalier [45]. Le caractère particulièrement inéquitable des restes à charge hospitaliers mérite d'être souligné. En effet, le recours à ce type de soins pouvant être considéré comme crucial et inévitable, la participation financière ne peut pas se justifier par une logique de régulation de la demande de soins par le partage des coûts. Or ces restes à charge concernent plus souvent les seniors et les individus à bas revenus. Ce caractère inéquitable est renforcé par le fait que, dans les établissements publics et privés à but non lucratif, les tickets modérateurs restent basés sur les tarifs journaliers de prestation (TJP), qui sont fixés au niveau des établissements – induisant d'importants écarts de tickets modérateurs selon les établissements pour des séjours similaires – alors que la réforme de la tarification à l'activité de 2004 avait prévu que soient considérés des tarifs par groupe homogène de séjour (GHS) fixés au niveau national.

Les dépassements d'honoraires contribuent quant à eux aux restes à charge élevés dans trois des quatre profils mis en évidence. Ce constat rejoint les chiffres présentés dans le rapport 2013 du Hcaam faisant apparaître un poids des dépassements d'honoraires plus important parmi les 10 % d'individus ayant les restes à charge plus

élevés. En revanche, ils influencent peu les inégalités selon le revenu. Ce résultat peut être lié comme on l'a vu à un recours plus important à des soins sans dépassements de la part des populations précaires. Mais il peut également être la conséquence d'un renoncement plus important à des soins pour lesquels la liberté tarifaire est fréquente et peut donc traduire un phénomène nettement moins positif. Ce résultat pose la question de l'accès à certains soins dont le coût excède le tarif conventionnel. Il peut enfin traduire le fait qu'à certains égards la régulation des tarifs limite les inégalités, comme c'est le cas avec la CMU-C. L'interprétation de ce résultat ne saurait donc être univoque.

Les inégalités de restes à charge entraînent des inégalités de même nature en termes de cotisations de contrat de couverture complémentaire santé, et en termes d'inégalités de remboursements. Les évolutions législatives récentes ont consisté à renforcer la régulation de la complémentaire santé plutôt qu'à modifier les remboursements du régime obligatoire. La législation sur les contrats responsables, qui étend l'obligation de couvrir les tickets modérateurs sur les soins de ville et les soins hospitaliers et qui stipule que le forfait journalier hospitalier doit être remboursé sans limitation de durée, constitue un exemple important qui fait écho à nos résultats. L'extension du cahier des charges des contrats responsables permet, par le biais des couvertures complémentaires santé, de couvrir intégralement deux types de restes à charge qui sont sources de fortes inégalités en termes de charge financière. D'autre part, depuis 2016 la couverture collective a été généralisée à l'ensemble des salariés, leur permettant de bénéficier d'un financement d'au moins 50 % de la prime par l'employeur. Enfin, une réflexion sur les modalités de mise en œuvre d'un reste à charge zéro en optique a été engagée.

Les mesures déjà mises en œuvre ne paraissent pas permettre de répondre pleinement aux problèmes d'équité que nous avons exposés, d'abord parce qu'il subsiste une fraction de la population qui ne bénéficie pas de complémentaire santé et reste donc exposée à l'intégralité des restes à charge laissés par l'assurance maladie obligatoire. Cette population se caractérise par des niveaux de ressources plus faibles que le reste de la population [19]. Par ailleurs, éloignées du marché du travail, les populations âgées et celles à faible revenu bénéficient assez peu de la généralisation de la complémentaire d'entreprise à l'œuvre depuis le 1^{er} janvier 2016 [55]. De plus, la mutualisation sur les contrats d'assurance complémentaire reste imparfaite, les cotisations sont donc indirectement liées au risque de restes à charge élevés, notamment dans le cas de couvertures individuelles dont les tarifs dépendent de l'âge [59]. À cet égard, la loi de financement de la Sécurité sociale 2016 (LFSS) avait prévu une labellisation des contrats seniors, les contrats labellisés devant respecter des critères de garantie et de prix, labellisation qui n'a finalement pas été instaurée. 🏠



Les différences de reste à charge entre régimes légaux

Romain Marié

Maître de conférences en droit privé, université de Lorraine, membre de l'équipe de recherches Droit et changement social (UMR CNRS 6297), université de Nantes

L'assurance maladie obligatoire prend en charge les dépenses de santé dans la double limite des tarifs de responsabilité, fixés dans les conventions de santé, du ticket modérateur et des autres dispositifs de déremboursement instaurés. Au ticket modérateur créé par la loi du 8 mars 1928, et qui avait initialement pour objectif de responsabiliser les assurés sociaux puis, implicitement, de laisser, à partir de 1945, un champ d'intervention résiduel aux mutuelles, qui constituaient les chevilles ouvrières des assurances sociales issues de la loi 1930, sont venus s'ajouter en 1983 le forfait journalier hospitalier, en 2005 les participations forfaitaires, en 2006 la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes lourds, et en 2008 les franchises médicales. Parallèlement, les tarifs pratiqués par certains professionnels de santé, tels que les médecins en secteur à honoraires différents, se sont progressivement éloignés des tarifs de responsabilité. Un constat analogue peut être fait pour les dispositifs médicaux (optique, prothèses auditives), dont les prix de vente sont aujourd'hui totalement déconnectés des bases de remboursement. En dépit de la diversité des régimes juridiques qui inviterait à en parler au pluriel, ce sont toutes ces dépenses non couvertes par l'assurance maladie obligatoire et/ou par l'assurance maladie complémentaire qui sont regroupées sous le terme générique et unique de reste à charge.

Le reste à charge individuel

Le reste à charge individuel moyen était, en 2010, de 498 euros, dont 456 euros pour les soins de ville. Il peut cependant être très variable d'une population à l'autre. Il atteignait par exemple près de 900 euros pour les personnes âgées de plus de 75 ans et environ 800 euros pour celles ayant entre 66 et 75 ans, allant même jusqu'à 5 000 euros pour 1 % des assurés sociaux ! L'incidence du reste à charge sur l'accès aux soins est en partie atténuée par des exonérations portant sur le ticket modérateur, au nombre d'une quarantaine, qui sont liées d'une part à la nature des actes et prestations dispensés et d'autre part à la personne de l'assuré social, notamment lorsqu'elle est enceinte, victime d'une affection de longue durée (ALD), d'un accident du travail, d'une maladie professionnelle ou en situation de précarité. Les participations forfaitaires, les franchises médicales voire les dépassements d'honoraires peuvent également être inopposables à certaines catégories de personnes tels que les titulaires de la CMU-C, de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), et à un degré moindre les mineurs, les femmes enceintes.

Le reste à charge collectif

Sur une consommation de biens et de services médicaux de 194,6 milliards d'euros en 2015, la part supportée par l'assurance maladie obligatoire a atteint 149,5 milliards d'euros, soit 76,8 %. Au cours des quinze dernières années, sa participation au financement des dépenses de santé s'est maintenue entre 76 et 77 %. Cette stabilité apparente cache toutefois des niveaux de remboursement très différents entre les personnes intégralement couvertes, dans la limite des tarifs de responsabilité, au titre des ALD (prise en charge supérieure à 80 %) ou des soins hospitaliers (prise en charge supérieure à 90 %) et les autres assurés sociaux, pour lesquels l'intervention de l'assurance maladie obligatoire semble marquer le pas voire reculer. Le taux de remboursement des soins courants (hors ALD et hospitalisation) est aujourd'hui estimé à un peu moins de 50 %. Ce désengagement de l'assurance maladie obligatoire peut se traduire par un renoncement aux soins ou aux actions de prévention. Ces diverses approches ne tiennent en revanche pas compte des disparités, non renseignées statistiquement, qui sont liées au régime auquel sont affiliés les intéressés.

Une pluralité de régimes

Bien que les processus à l'œuvre soient à l'uniformisation des règles de prise en charge entre le régime général et les régimes avec lesquels il coexiste, essentiellement le régime agricole (5,4 millions d'assurés) depuis le vote de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, qui a programmé la disparition progressive du régime social des indépendants (RSI, 4,6 millions d'assurés), peuvent perdurer ici et là quelques spécificités particulièrement au sein des régimes spéciaux, qui représentent un total d'environ 1,5 million de ressortissants répartis au sein des régimes de la RATP (107 098 assurés), de la SNCF (576 056 assurés), des mines (136 860 assurés), des clercs et employés de notaires (166 629 assurés), des industries électriques et gazières (526 000 assurés). À cette population soumise à un régime dérogatoire vient s'ajouter celle relevant du régime local du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle (2,1 millions d'assurés).

Des tarifs de responsabilité uniformes

Concernant les risques maladie et maternité, les tarifs de responsabilité fixés dans les différentes conventions de santé ainsi que la participation laissée à la charge de l'assuré social (ticket modérateur, forfait hospitalier, franchises médicales, participations forfaitaires) sont identiques entre le régime général et le régime agricole. Il en est de même pour les travailleurs indépendants qui seront à compter du 1^{er} janvier 2018 progressivement

affiliés au régime général et ne relèveront plus d'un régime autonome. Les régimes spéciaux qui gèrent encore directement le risque maladie prévoient généralement que les prestations en nature auxquelles leurs ressortissants ont droit sont celles du régime général, liquidées en référence au Code de la Sécurité sociale. Ainsi, s'il existe des différences de reste à charge entre régimes, elles ne sont pas le fruit des tarifs de responsabilité pratiqués mais des niveaux de remboursement garantis.

Un reste à charge parfois plus lourd

Les travailleurs indépendants victimes d'un accident ou d'une maladie survenus à l'occasion de l'exercice de leur activité professionnelle sont soumis aux tickets modérateurs de droit commun, alors que dans tous les autres régimes la couverture est portée, y compris dans le régime agricole, à 100 % des tarifs de responsabilité. Ont également à supporter un reste à charge plus lourd les membres des congrégations et des collectivités religieuses affiliés au régime des cultes, qui peuvent se voir appliquer, à leur demande, un dispositif dérogatoire comportant des cotisations (61 % des cotisations de droit commun) et des prestations réduites.

Les régimes spéciaux

Les régimes des mines, de la SNCF ou de la RATP assurent règlementairement une couverture à 100 % des dépenses de santé dans la limite des tarifs de responsabilité. Cette absence de ticket modérateur suppose néanmoins que ces prestations soient réalisées par les services médicaux propres à ces régimes ou par des praticiens agréés. Les régimes spéciaux qui ne s'appuient pas sur une organisation médicale propre assurent le service des prestations en nature, maladie et maternité, dans les mêmes conditions que le régime général. Un ticket modérateur spécifique est ensuite arrêté, à l'image du régime des clercs ou employés de notaires, qui en général le réduit sans toutefois le

supprimer totalement. Si le régime des industries électriques et gazières s'inscrit dans la même perspective, les mécanismes utilisés pour améliorer le niveau de protection de ses ressortissants sont quelque peu différents. Au régime général, auquel il faut se référer pour liquider les prestations en nature, vient s'ajouter un régime complémentaire obligatoire, cofinancé par l'employeur et les salariés, qui offre des prestations supplémentaires. La prise en charge est alors portée à 100 % des tarifs de responsabilité, voire au-delà pour les biens médicaux dont les prix ne sont plus en rapport avec les bases de remboursement (les appareils correcteurs de surdité sont par exemple financés jusqu'à 590 % des tarifs du régime général).

Le régime local du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle

Ce régime garantit des remboursements à hauteur de 90 ou 100 % (frais d'hospitalisation) des tarifs opposables. La part imputable au régime local est déterminée en retranchant de ce taux global de 90 ou 100 % la participation du régime général, qui oscille suivant la nature de la prestation. L'intervention du régime local varie donc en fonction des évolutions à l'œuvre dans le régime général. Le principe d'un ticket modérateur résiduel de 10 % est néanmoins assorti de deux exceptions : alors que les médicaments remboursés à 15 % par le régime général ne le sont plus par le régime local, ceux à 30 % ne le sont désormais qu'à 80 %. Si le régime local couvre également la participation forfaitaire de 18 euros pesant sur les actes médicaux coûteux, tel n'est par contre pas le cas de la participation forfaitaire de 1 euro, des franchises médicales et des dépassements d'honoraires. Il ne finance en outre que très marginalement les dépenses engagées en matière dentaire, d'optique, de prothèses auditives ou d'autres dispositifs médicaux, l'assiette retenue étant celle des tarifs opposables du régime général. 🏠

Dépassements d'honoraires médicaux, restes à charge... et accès aux soins

Depuis le début des années 1980, la possibilité a été ouverte à certains médecins, en très grande majorité des médecins spécialistes, d'exercer à tarif libre : ce que ces médecins facturent au-dessus du tarif de la Sécurité sociale est appelé « dépassements d'honoraires », montant qui n'est régulé que par la notion de « tact et de mesure » dont on n'a jamais réussi à obtenir une définition claire en termes quantitatifs et qui est donc laissée à l'appréciation du praticien. Les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés

par l'assurance maladie obligatoire et constituent des restes à charge plus ou moins importants pour l'usager en fonction de ce que sa couverture complémentaire santé en rembourse. Globalement, sur la vingtaine de milliards d'euros d'honoraires que les médecins généralistes (8,8 milliards) et spécialistes (11,5 milliards) ont facturé en 2016, les dépassements d'honoraires ont représenté près de 3 milliards d'euros (à 90 % du fait des spécialistes), dont on peut estimer qu'en moyenne les deux tiers pèsent directement sur le budget des

Gérard Raymond
Vice-président de
France Assos Santé
Marc Paris
Directeur de la
communication de
France Assos Santé



Reste à charge et santé

ménages après intervention des organismes d'assurance complémentaire. Mais, derrière cette présentation générale, se cachent d'importantes disparités dans la façon dont les usagers sont confrontés aux dépassements d'honoraires médicaux et aux restes à charge qu'ils peuvent entraîner, au point de constituer un véritable obstacle à l'accès aux soins dans des cas de plus en plus fréquents.

Les disparités géographiques

La concentration en médecins spécialistes autorisés à facturer des dépassements d'honoraires, c'est-à-dire exerçant en secteur 2 ou en secteur 1 ayant signé avec l'assurance maladie l'« option pratiques tarifaires maîtrisées » (Optam), est historiquement beaucoup plus importante dans certains territoires et en particulier dans les zones où les habitants sont les plus aisés de Paris et de l'Île-de-France, de Lyon et du département du Rhône, de la Haute-Savoie ainsi que sur la Côte d'Azur, autour de Nice notamment. On pourrait donc être tenté de penser que, pour les usagers qui n'habitent pas dans ces territoires, les dépassements constituent un

problème moins important, mais ce serait sans compter avec l'impact que peut avoir la démographie médicale sur la problématique des dépassements. En effet, ces territoires où il y a le plus de médecins spécialistes facturant des dépassements sont aussi ceux où il y a la plus forte densité médicale, il y reste donc souvent possible, pour l'usager qui sait comment et où chercher, de trouver un médecin exerçant en secteur 1 sans dépassements d'honoraires. À l'inverse, dans des territoires où on manque de médecins, en particulier dans certaines spécialités, il est plus difficile voire impossible pour l'usager d'avoir cette démarche de rechercher ceux qui continuent à exercer en secteur 1 puisqu'ils n'ont dans ce cas souvent pas le choix du spécialiste auquel ils peuvent recourir. Et ce cas de figure tend à se généraliser dans tous les territoires quand on sait que 61 % des nouvelles installations sont intervenues en secteur 2 en 2015.

Les disparités liées à la spécialité médicale

Si les dépassements d'honoraires sont essentiellement le fait des spécialistes, on note toutefois d'importantes

Migrants et étrangers : des restes à charge spécifiques

La réglementation en matière de protection sociale des étrangers impose de distinguer quatre cas de figure¹ :

1. les étrangers vivant en France en situation régulière (au sens nouveau de l'arrêté ministériel du 10 mai 2017) relèvent du système d'assurance maladie (avec éventuellement le bénéfice de la CMU-C donnant droit à une dispense d'avance de frais, ou une aide à la complémentaire santé) tout comme les Français ;

2. les étrangers vivant en France en séjour irrégulier et démunis financièrement relèvent du système « extra-Sécurité sociale » de l'aide médicale de l'État (AME), avec dispense d'avance de frais ;

3. et 4. les étrangers vivant en France en séjour irrégulier et avec quelques ressources (notamment les travailleurs sans titre de séjour valide), et les étrangers nouvellement arrivés en France sont, sauf exception,

1. La réforme dite de Protection universelle maladie (PUMa) n'a pas impacté cette classification.

exclus de toute protection maladie ; à noter cependant que le dispositif de soins urgents et vitaux (DSUV) permet aux hôpitaux publics d'être remboursés des frais engagés si les personnes ne sont pas sous visa et si elles répondent à la définition des soins prévus² ;

5. ainsi que les cas de non-recours, lorsque la personne ne parvient pas à ouvrir les droits prévus, faute d'information ou faute de parvenir à les faire valoir auprès des caisses, ou faute de délai de rétroactivité suffisant pour couvrir les soins déjà engagés (généralement après un recours aux soins aux urgences ou aux permanences d'accès aux soins de santé (Pass)).

2. C'est-à-dire en cas de risque d'altération grave et durable de leur état de santé (art. L. 254-1 du Code de l'action sociale et des familles), et également si les soins sont destinés à éviter la propagation d'une maladie infectieuse, au cours de la grossesse et en périnatalité, et dans le cadre d'une interruption volontaire ou médicale de grossesse (circulaire ministérielle du 16 mars 2005).

À noter que, dans le cadre des pathologies relevant de la liste des ALD 30, les frais de santé sont intégralement couverts pour tous les bénéficiaires de l'assurance maladie (même en l'absence de couverture complémentaire).

Pour le cas 1, la situation est identique à celle du droit commun. Pour les cas 3 et 4 hors du dispositif de soins urgents et vitaux, et pour le cas 5, le reste à charge est intégral. C'est en matière d'AME que la situation est spécifique.

Les prestations totalement exclues de l'aide médicale d'État (reste à charge de 100 %)

Le panier de soins de l'AME est identique au panier de soins de l'assurance maladie (le forfait journalier est notamment pris en charge), à l'exclusion de quelques prestations :

- les médicaments dont le service médical rendu (SMR) est considéré comme faible ;
- la procréation médicalement assistée (PMA) ;

Didier Maille
Responsable du pôle social et juridique du Comede

Pascal Revault
Médecin, directeur opérationnel du Comité pour la santé des exilés (Comede)

disparités entre spécialités médicales. Les différentes spécialités de chirurgie, la gynécologie obstétrique, l'ophtalmologie ou l'ORL font partie de celles où les dépassements sont les plus fréquents et potentiellement les plus élevés. Là encore, il faut croiser ces données avec celles de la démographie médicale pour mieux appréhender la façon dont la réalité des dépassements d'honoraires s'applique de façon plus ou moins systématique dans le parcours de santé de chacun.

Cela souligne en tout cas à quel point les problématiques de démographie médicale et de dépassements d'honoraires sont liées dans la façon dont elles affectent la possibilité d'un recours aux médecins spécialistes sans reste à charge pour les usagers. D'où le grand intérêt que présentent, du point de vue des usagers, les propositions visant à jouer simultanément sur ces deux tableaux, comme par exemple celle envisageant de ne permettre l'installation d'un médecin pratiquant une spécialité en surnombre dans un territoire que s'il exerce en secteur 1.

Par ailleurs, il est important de souligner que les dépassements ne sont pas l'apanage exclusif des médecins

exerçant en ville ou en clinique, ils sont également pratiqués par certains praticiens hospitaliers (une minorité mais facturant des dépassements plutôt élevés lorsque c'est le cas) autorisés à avoir une activité privée au sein d'établissements publics de santé.

Les disparités dues à la couverture complémentaire dont l'utilisateur dispose

La façon dont les dépassements d'honoraires affectent le reste à charge des usagers dépend aussi, et même avant tout, de la couverture que lui apporte son contrat de complémentaire santé s'il en dispose. C'est un constat que l'on peut faire avec tous les soins occasionnant des restes à charge : lorsque le remboursement d'une dépense de santé est majoritairement confié aux complémentaires, ou même exclusivement comme dans le cas des dépassements d'honoraires médicaux, la situation de l'utilisateur peut varier du tout au tout car les contrats proposent des garanties variables qui dépendent de ce que l'utilisateur est en mesure de payer pour sa complémentaire. Ce sont donc les personnes qui ont le plus de moyens qui sont en général les mieux

- les cures thermales ;
- les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés ;
- les frais de l'examen de prévention bucco-dentaire pour les enfants.

De plus, les bénéficiaires de l'aide médicale d'État n'étant pas des « assurés sociaux », ils sont exclus de prestations connexes mais pourtant importantes en matière d'accès à la prévention et aux soins : pas de carte Vitale ; pas d'accès au « fonds social » des caisses ; pas de tarif de solidarité sur l'énergie (électricité et gaz naturel) ; pas d'examen de santé périodique gratuit de la Sécurité sociale ; pas de financement exceptionnel des prestations hors nomenclature (fibro-test en consultation externe) ; réduction dans les transports (en Île-de-France) limitée à 50 %³ (75 % pour les bénéficiaires de la CMU-C).

3. Le tribunal administratif de Paris a jugé illégale et a annulé (25 janvier 2018) la décision du Syndicat des transports de réduire à 0 % la réduction tarifaire pour les bénéficiaires de l'AME en Île-de-France.

Les prestations moins bien prises en charge par l'AME que par la CMU-C

L'AME couvre à ce jour les frais à 100 % du tarif de la Sécurité sociale (pas de ticket modérateur appliqué ; pas de contribution forfaitaire). La limitation à seulement 100 % du tarif Sécurité sociale signifie que l'aide médicale d'État ne paie aucun dépassement d'honoraires, ni le dépassement du tarif Sécurité sociale. Les lunettes, les prothèses dont les prothèses dentaires, les dispositifs à usage individuel (béquille, fauteuil roulant...) ne sont donc financés que dans la limite du « 100 % ». En théorie, il est donc possible de financer très partiellement ces dispositifs par l'aide médicale d'État, mais, en pratique, les bénéficiaires de l'aide médicale d'État se retrouvent exclus de ces soins.

Enfin, le non-remboursement des médicaments considérés à SMR faible, comme par exemple certains hypnotiques et anxiolytiques, pose des difficultés sur le plan du

traitement de pathologies de santé mentale parfois particulièrement invalidantes et avec un risque de surmortalité significatif (dépression sévère, psychotraumatisme complexe). 🏠



couvertes et par conséquent les moins exposées aux restes à charge liés aux dépassements d'honoraires médicaux.

Il est ici important de pointer le cas des usagers disposant des revenus les plus faibles et qui peuvent de ce fait être couverts par la CMU-C ou par un contrat bénéficiant de l'aide à la complémentaire santé. Les quelque 7 millions d'usagers qui bénéficient de l'une ou l'autre de ces couvertures sont censés être protégés contre les restes à charge liés aux dépassements d'honoraires, que les médecins n'ont alors pas le droit de leur facturer : il leur est imposé d'appliquer les tarifs de la Sécurité sociale à ces usagers. Une disposition en théorie tout à fait vertueuse en termes d'accès aux soins, mais dont on sait les limites : d'une part du fait que de nombreux bénéficiaires ignorent cette disposition et se voient malgré tout facturer des dépassements qui sont alors entièrement à leur charge, d'autre part au regard des différentes enquêtes suggérant un lien évident entre les refus de soins que se voient trop souvent opposer ces bénéficiaires et l'interdiction faite aux médecins de leur facturer des dépassements d'honoraires.

Enfin, en matière de couverture des dépassements d'honoraires par les complémentaires santé, les évolutions des obligations liées aux contrats responsables (soit plus de 90 % des contrats de complémentaire santé souscrits par nos concitoyens) ont complexifié et restreint les conditions de prise en charge des dépassements selon que les médecins les facturants se sont ou pas engagés dans l'option Optam que leur propose leur conventionnement avec l'assurance maladie. Ces

nouvelles dispositions, qui peuvent avoir du sens sur le principe puisqu'elles cherchent à inciter les médecins à modérer leurs dépassements en évitant que les prises en charge trop généreuses par les complémentaires n'aient un effet inflationniste sur le montant des honoraires, sont en général illisibles pour les usagers et se sont surtout souvent traduites par une augmentation de leurs restes à charge, y compris chez ceux ayant une complémentaire haut de gamme. En effet, les médecins de secteur 2 sont une écrasante majorité à ne pas avoir signé l'Optam, ils n'ont donc aucune obligation de contenir le montant de leurs dépassements, alors que les usagers voient eux leur complémentaire contrainte de réduire leurs remboursements. L'équation est vite résolue : ce sont les restes à charge qui augmentent chez les usagers concernés, il aurait en effet fallu imposer l'encadrement des tarifs en même temps que celle des remboursements si on avait voulu réduire efficacement les restes à charge liés aux honoraires médicaux.

Ce regard critique que l'on peut porter, du point de vue des usagers, sur la façon dont les dépassements d'honoraires affectent leurs restes à charge montre bien l'importance essentielle, dans ce domaine comme dans beaucoup d'autres, d'une régulation des pratiques... en l'occurrence tarifaires mais également, on l'a vu, en matière d'installation. L'expression « liberté tarifaire » n'est vécue comme une liberté que par les professionnels concernés ; pour les usagers, cela représente une incontestable contrainte toujours plus complexe à appréhender et représentant un obstacle grandissant pour accéder aux soins. 🏠

Reste à charge et cancer

Emmanuel Jammes
Délégué à la mission
société et politique
de santé de la Ligue
nationale contre le
cancer

Les cancers sont inscrits sur la liste des affections de longue durée exonérantes (ALD), maladies dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ouvrant droit à une prise en charge intégrale des soins.

L'impossible définition du reste à charge

Cependant la notion de « prise en charge intégrale » est trompeuse, tout comme le terme « reste à charge », qui dépend essentiellement de son interprétation. Ainsi, pour l'assurance maladie, le reste à charge se limite à sa nomenclature et à son barème de remboursement, écartant ainsi tout ce sur quoi elle n'intervient pas, comme par exemple les médicaments ou actes non remboursés, les dépassements d'honoraires, mais aussi les participations forfaitaires qui n'entrent pas dans la prise en charge intégrale de l'ALD...

Les personnes malades atteintes de cancer sont ainsi confrontées, dans leur parcours de soins et même longtemps après la fin de leurs traitements, à de multiples dépenses qui, même si elles représentent une faible partie de l'ensemble des coûts liés à leur pathologie, peuvent grever leurs finances, parfois pour longtemps. Certaines personnes atteintes de cancer dénoncent cet état de fait : « C'est tout simplement inadmissible d'avoir des restes à charge pour des frais liés au cancer. C'est déjà suffisamment éprouvant d'être malade. »

Les restes à charge participent à la fragilisation financière des personnes malades

Cette situation est d'autant plus difficile à vivre qu'une affection de longue durée se conjugue bien souvent avec un deuxième facteur aggravant, la baisse de revenus. Parmi les salariés ou les travailleurs indépendants confrontés au cancer, peu parviennent à garder le même

niveau de vie. Et pour les personnes déjà financièrement fragiles avant la maladie (familles monoparentales, travailleurs pauvres, etc.), le cancer est bien souvent le point de bascule vers la précarité : « Mes revenus ont diminué. Je fais des restrictions sur tout, même sur l'alimentaire. Les transports sont trop chers. Je crains de ne plus pouvoir régler les soins médicaux non pris en charge. »

Des impacts financiers en cascade

La famille de la personne atteinte de cancer est également souvent mise à contribution, que ce soit pour compenser la baisse de revenu ou pour payer les restes à charge. 56 % des aidants déclarent ainsi apporter un soutien financier à leur proche malade¹.

Les restes à charge souvent inévitables

En 2007, une première étude de la Ligue contre le cancer sur les restes à charge en cancérologie montrait que les personnes malades dépensaient en moyenne 817 euros depuis le début de leur prise en charge.

Depuis, plusieurs études ciblées ont mis en évidence les principaux postes de dépenses qui occasionnent ces restes à charge : dépassements d'honoraires ; soins dits « de confort » pourtant indispensables pour aider à supporter les effets secondaires des traitements et qui ne bénéficient d'aucune prise en charge² ; mais aussi forfaits et franchises, frais de transport, prothèses capillaires, frais dentaires imposés par certains traitements anticancéreux ou consultations psychologiques lorsque les personnes malades qui en ont besoin ne peuvent pas accéder à une consultation hospitalière³. Témoignages : « Quand on me prescrit des vitamines B1-B6 pour améliorer mon taux de plaquettes, ce n'est pas du confort, c'est vital ! » « Pour continuer les soins

liés au cancer, j'ai dû me faire arracher plusieurs dents. Les soins dentaires, y compris la prothèse, ne sont pas pris en charge dans l'ALD. Mon mari a dû faire un crédit pour que je puisse être appareillée. »

Un exemple frappant : le reste à charge pour la reconstruction mammaire

Les femmes qui ont recours à une chirurgie reconstructrice après un cancer du sein déclarent un reste à charge moyen de 1 391 euros⁴, essentiellement du à des dépassements d'honoraires pour l'intervention chirurgicale. Car toutes les femmes n'ont pas accès à un centre de soins qui propose cette reconstruction sans reste à charge, l'offre étant trop faible et inégalement répartie sur le territoire. Ce reste à charge peut être un frein au choix de se faire reconstruire (15 % des cas). Mais, pour la plupart des femmes, la volonté indiscutable de se faire reconstruire est à ce prix, ce qui les conduit à sacrifier des projets de vie, ou pire encore à s'endetter, au risque d'entrer dans une spirale délétère pour elles et leurs familles : « Je viens de verser 800 euros à mon chirurgien pour avoir accès à ce "droit à la reconstruction". Et que dire de l'hypocrisie de nombre de mutuelles qui refusent de considérer tout dépassement d'honoraires. Il n'y a pas assez de place dans le service public [...]. Oui, pour sauver sa peau on peut être obligée de se faire opérer en libéral et ça coûte très cher. Oui, la reconstruction par la méthode de son choix doit être proposée à chaque femme, prise intégralement en charge par la Sécurité sociale et dans des délais normaux. »

Pour pallier ces difficultés, les comités départementaux de la Ligue contre le cancer peuvent aider financièrement les personnes malades et leurs familles, notamment pour limiter l'impact des restes à charge⁵. Maladie sociale tant que physique, le cancer est un révélateur, un amplificateur de toutes les difficultés qui préexistaient avant sa survenue. Les restes à charge contribuent pour une partie importante à ces effets et freinent la réinsertion économique et sociale de la personne malade et de sa famille. 🏠

1. Rapport 2015 de l'Observatoire sociétal des cancers, Les Aidants, les combattants silencieux du cancer, Ligue contre le cancer. 56 % des aidants déclarent que l'aide qu'ils apportent occasionne des dépenses financières. 10 % d'entre eux dépensent plus de 200 euros par mois à cette fin, et cette proportion monte à 23 % lorsque ce sont des conjoints qui vivent sous le même toit.

2. Par exemple les produits dermatologiques qui aident les personnes malades à supporter les brûlures occasionnées par la radiothérapie.

3. La consultation d'un psychologue en ville n'est pas remboursée par l'Assurance maladie.

4. Rapport 2014 de l'Observatoire sociétal des cancers, Cancer du sein, se reconstruire après une mastectomie, Ligue contre le cancer.

5. En 2016, 4 millions d'euros ont permis de soutenir 11 000 familles.