

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