



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). 🏠