



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.