



Quelles conséquences ? Quelles prises en charge ?

Les restes à charge peuvent induire des difficultés d'accès aux soins, voire des renoncements pour contraintes financières. Outre sanitaires, les conséquences peuvent être professionnelles et sociales.

Reste à charge et renoncement aux soins pour raisons financières

Aude Lapinte
Chargée d'études
à la Direction
de la recherche,
des études, de
l'évaluation et des
statistiques (Drees)

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

En 2016, le reste à charge santé des ménages, c'est-à-dire la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie obligatoire et complémentaire, est évalué à 16,5 milliards d'euros, soit un peu moins de 250 euros par habitant [5]. Il est contrasté, tant en évolution qu'en niveau, selon les différents postes de dépenses. Ainsi, si dans l'ensemble, les ménages supportent, en 2016, 8,3 % de la dépense de santé totale, il reste à leur charge 22,7 % de la dépense en dentaire et 21,5 % de celle en optique, deux postes où le reste à charge est particulièrement élevé au regard de la dépense engagée [5]. En guise de comparaison, le reste à charge des soins hospitaliers s'élève à 2,3 % et celui des médicaments à 17,1 %. Si ce reste à charge est croissant avec le niveau de vie, il pèse davantage sur les revenus des ménages modestes. En 2012, le reste à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire représente 2,1 % du revenu disponible des ménages du premier décile, contre 0,6 % pour ceux du dixième décile de niveau de vie¹.

1. Sous-indicateur n° 1-2-2 : taux d'effort des ménages pour leurs dépenses de santé après remboursements des organismes de couverture maladie complémentaire du programme de qualité et d'efficience « maladie », annexe 1 au PLFSS 2018.

L'exposition à des restes à charge élevés, en particulier pour les plus modestes, peut avoir un effet sur l'accès aux soins. Mais l'accessibilité financière des soins doit aussi intégrer la mesure du renoncement aux soins pour raisons financières. Il s'agit alors d'évaluer la part des personnes qui ont dû renoncer à se faire soigner parce que la contrainte financière était trop forte.

Le motif financier : cause importante de renoncement aux soins

Les motifs de renoncement aux soins sont de nature multiple. Ils peuvent être financiers, mais aussi géographiques (l'offre de soin se trouve trop loin), en raison de délais d'attente trop longs², par crainte d'aller chez le médecin ou encore parce que la personne préfère attendre que les choses s'arrangent d'elles-mêmes. Dans les enquêtes, toutes ces raisons ne sont pas toujours évoquées et il n'est pas toujours aisé d'identifier le principal motif du renoncement pour la personne inter-

2. Ces deux motifs viennent compléter dans l'Enquête santé et protection sociale ESPS-EHIS la question du renoncement pour raison financière. Dans l'enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (dispositif SRCV) s'ajoutent aussi les raisons suivantes : manque de temps, crainte d'aller chez le médecin, méconnaissance d'un bon médecin, attente d'une amélioration.

rogée, différentes dimensions étant parfois imbriquées les unes dans les autres.

L'obstacle financier apparaît cependant comme le motif le plus fréquemment avancé pour expliquer un renoncement au soin : en 2007, 32,2 % des personnes de 16 ans et plus ayant renoncé à des soins médicaux au cours des douze derniers mois l'ont fait principalement pour un motif financier, contre 20,1 % par manque de temps (deuxième raison principale évoquée) [12]. À titre de comparaison, des délais d'attente trop longs ne sont évoqués, comme raison principale de renoncement aux soins médicaux, que par 3,6 % des personnes, et l'éloignement géographique ou les conditions de transport par 0,3 % des personnes.

Les raisons financières qui conduisent à renoncer à se faire soigner recouvrent plusieurs paramètres, liés entre eux : le prix du soin, sa prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, le niveau de couverture complémentaire de l'assuré, sa capacité à pouvoir avancer les frais, le revenu disponible et les autres dépenses (non médicales) incompressibles du ménage, ou encore à des variables socioéconomiques de long terme, telles que les périodes d'inactivité ou d'isolement passées, et ses craintes pour l'avenir [23, 26].

Un concept difficile à mesurer

Boltanski [7] montre ainsi comment l'identification d'un besoin de soins, en particulier dans le cas de maladies fonctionnelles non décelables à l'œil nu, varie en fonction de l'attention que l'individu porte à ses sensations et de l'aptitude à les identifier le cas échéant comme des symptômes de maladie. Cette aptitude dépend de caractéristiques individuelles difficilement mesurables, telles que les connaissances médicales, ou encore d'attentes plus ou moins fortes à l'égard du système de soin.

Le renoncement aux soins pour raisons financières mesure donc un décalage entre l'identification de soins jugés – en partie de façon subjective – comme néces-

saires par la personne interrogée et sa capacité financière à pouvoir y répondre.

Par ailleurs, estimer le renoncement aux soins est délicat dans la mesure où les réponses apportées par les personnes interrogées sont particulièrement sensibles à la formulation et à l'enchaînement des questions, comme l'ont montré certaines études méthodologiques sur le sujet [60].

Une personne sur quatre concernée par le renoncement à au moins un soin pour raison financière sur les douze derniers mois

Selon l'enquête ESPS-EHIS³, en 2014, un quart de la population âgée de 18 à 64 ans⁴ déclare avoir renoncé, pour raisons financières, à au moins un soin (en dentaire, optique, médecin et/ou un autre soin) au cours des douze derniers mois⁵ (tableau 1). Les postes les plus concernés par le renoncement restent ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est élevé : 17 % des personnes âgées entre 18 et 64 ans déclarent avoir renoncé à un soin dentaire (dans 6 cas sur 10, il s'agit d'un soin prothétique, c'est-à-dire d'une couronne, d'un bridge ou un d'implant dentaire) et 10 % à une paire de lunettes ou des lentilles. Sur les seules consultations médicales, le taux de renoncement pour raisons financières s'élève à 6 %. Cette hiérarchisation des renoncements selon le type de soin reste la même quel que soit le type de couverture santé des personnes interrogées.

3. Enquête santé et protection sociale (ESPS), support de l'Enquête santé européenne (EHIS).

4. On considère seulement les 18-64 ans pour être sur un champ d'âge comparable entre les bénéficiaires de la CMU-C et les autres.

5. Selon les enquêtes, les questions pour appréhender le renoncement ne sont pas formulées exactement de la même façon, ce qui induit une forte variabilité dans les réponses, mais, dans tous les cas, on considère comme « renoncateur » une personne qui déclare avoir renoncé « à au moins un examen ou traitement médical » (versus soin dentaire) au cours des douze derniers mois précédents l'enquête. Une personne qui a renoncé peut donc l'avoir fait à d'autres occasions dans l'année écoulée

tableau 1

Taux de renoncement aux soins pour raisons financières selon le type de soin et le type de couverture santé chez les 18-64 ans en 2014 (en %)

	Ensemble des soins	Soin dentaire	Soin d'optique	Consultation médicale	Autres soins ou examens
Ensemble de la population des 18-64 ans	26,3	17,3	10,3	6,2	5,0
Des bénéficiaires de la CMU-C	32,9	21,5	15,7	6,8	7,0
Des bénéficiaires d'une complémentaire privée	24,2	15,6	9,1	5,3	4,3
Des personnes sans complémentaire	55,0	41,3	24,4	21,3	16,2

Champ : population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans.

Lecture : 24,2 % des bénéficiaires d'une couverture privée et 32,9 % des bénéficiaires de la CMU-C déclarent avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières au cours des douze derniers mois en 2014.

Source : Drees-Irdes, ESPS-EHIS 2014, calculs Drees.



Le fait d'être couvert par une assurance maladie complémentaire diminue le renoncement aux soins...

En 2014, sur le champ des adultes âgés de moins de 65 ans⁶, un peu moins d'un quart des individus protégés par une couverture complémentaire privée a déclaré un renoncement, contre plus d'une personne sans complémentaire sur deux. L'écart des taux de renoncement aux soins pour raisons financières entre les personnes sans complémentaire et les bénéficiaires d'une couverture privée s'élève à plus de 30 points. Il est le plus élevé pour le renoncement aux soins dentaires.

Després *et al.* [24] affinent ce résultat en introduisant la qualité des couvertures complémentaires, estimée à partir de la satisfaction des personnes en bénéficiant et du niveau de la prime. Leurs résultats indiquent que le taux de renoncement est négativement corrélé à la satisfaction à l'égard de sa complémentaire santé. Tous soins confondus, les personnes qui ont choisi de ne pas avoir de complémentaire santé sont, « toutes choses égales par ailleurs », moins concernées par le renoncement pour raisons financières que les personnes couvertes par une couverture santé de mauvaise ou même de moyenne qualité. Et parmi les personnes qui ne bénéficient pas d'une complémentaire santé, ceux qui déclarent ne pas avoir de complémentaire car ils n'en ont pas les moyens renoncent trois fois plus à au moins un soin que ceux qui déclarent ne pas avoir de complémentaire par choix.

... tout comme bénéficiaire de la CMU-C

L'écart des taux de renoncement aux soins pour raisons financières entre les bénéficiaires de la CMU-C et les bénéficiaires d'une couverture privée s'établit à environ 9 points en 2014, sur la population des adultes âgés de moins de 65 ans. Ainsi, un tiers de personnes bénéficiaire de la CMU-C déclarent avoir renoncé à au moins un soin, au cours des douze derniers mois.

Une partie de l'écart entre le renoncement des bénéficiaires de la CMU-C et des assurés de complémentaires privées s'explique par les caractéristiques socioéconomiques spécifiques des premiers : des revenus plus faibles, des situations de chômage plus fréquentes, une part plus importante d'ouvriers et employés, et une surreprésentation des familles monoparentales ainsi qu'un état de santé globalement plus dégradé. Les études économétriques menées par Jess [50] et Després [24] ont ainsi montré que, « toutes choses observables égales par ailleurs », la CMU-C protège contre le renoncement aux soins pour raisons financières autant qu'une bonne couverture complémentaire. La CMU-C joue ainsi un rôle important dans l'accessibilité financière des soins, tout comme une couverture complémentaire traditionnelle, même si elle ne suffit pas à gommer toutes les inégalités socioéconomiques de ses bénéficiaires.

6. On se limite au moins de 65 ans pour être sur un champ, en terme d'âge, comparable avec les bénéficiaires de la CMU-C.

Les plus modestes et les personnes en mauvaise santé particulièrement concernées

La question du renoncement aux soins pour raisons financières est un marqueur social fort. Ainsi, tandis que dans le cinquième quintile de niveau de vie (selon l'indice OCDE), c'est-à-dire les 20 % de personnes les plus aisées, une personne sur huit⁷ déclare avoir renoncé sur les douze derniers mois à au moins un soin pour raisons financières ; cela concerne plus d'une personne sur trois dans le premier quintile (les 20 % des personnes avec le niveau de vie le plus bas)⁸.

Outre le niveau de vie et le type de couverture, le taux de renoncement est également déterminé par l'état de santé : à âge égal, plus l'état de santé perçu par la personne elle-même est dégradé, plus le renoncement aux soins est important. Une personne qui s'estime en mauvaise santé se trouve plus souvent en situation de besoin de soin ou traitement médical. De façon mécanique, les choix à faire en matière de santé sont plus nombreux et donc les occasions de renoncer plus fréquentes. Il est donc tout à fait possible que les personnes qui renoncent au moins une fois sur les douze mois qui précèdent l'enquête aient, par ailleurs, un recours au soin plus élevé que la moyenne.

Parmi les personnes déclarant avoir renoncé à des soins, 13 % estiment être en mauvaise ou très mauvaise santé, contre 8 % dans l'ensemble de la population. Ce chiffre atteint 22 % parmi les bénéficiaires de la CMU-C ayant renoncé à des soins.

Les différentes études sur le sujet montrent également que les femmes déclarent davantage renoncer à des soins pour raisons financières que les hommes, que ce soit pour des soins médicaux ou des soins dentaires. Cet écart persiste aux différents âges bien qu'il n'y ait, en matière de soins dentaires et optiques, pas de différences physiologiques qui pourraient expliquer un besoin plus fort pour les femmes. Une explication à cela tient plutôt à ce que les femmes auraient tendance à s'estimer en plus mauvaise santé que les hommes et qu'elles ont des attentes différentes des hommes en matière de santé [26].

Les personnes les plus modestes cumulent les facteurs de renoncement aux soins pour raisons financières : elles ont à la fois une santé plus dégradée et une moins bonne couverture santé. En 2014, 12 %⁹ des personnes du premier quintile de niveau de vie n'ont pas de complémentaire santé et ne bénéficient pas de la CMU-C, contre 2 % à partir du quatrième quintile [74].

Le taux de renoncement à au moins un examen ou traitement médical a augmenté depuis 2007

Contrairement à l'enquête ESPS-EHIS, qui ne permet pas de comparaison dans le temps avec les années

7. Sur l'ensemble de la population des 18 ans et plus chiffres EHIS-ESPS.

8. D'après EHIS-ESPS 2014.

9. Chiffres ESPS-EHIS 2014, ensemble des 18 ans et plus, parmi les personnes qui ont renseigné le quintile de niveau de vie.

précédant 2012¹⁰, l'enquête SILC-SRCV¹¹ permet de suivre l'évolution de la notion de « besoins de soins non satisfaits » (*unmet needs*) jusqu'en 2014 (2015 correspondant, là aussi, à une rupture de série). Sur la période 2007-2014, la part des personnes confrontées à des besoins de soins médicaux non satisfaits pour raisons financières augmente à raison de 0,1 à 0,4 point par an, passant ainsi de 1,2 % en 2007 à 2,3 %¹² en 2014 (figure 1).

Le faible niveau de ces chiffres issus de SILC-SRCV par rapport à ceux issus d'ESPS-EHIS souligne la difficulté de saisir précisément un taux de renoncement : de ce fait, plus qu'en niveau, la mesure du taux de renoncement doit plutôt se regarder en évolution dans le temps et en comparaison des populations entre elles [60]. C'est sur ce principe qu'a été établi l'indicateur de suivi du renoncement au soin dans le volet « maladie et santé publique » des programmes de qualité et d'efficacité (PQE) du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) : l'indicateur évalue l'évolution de l'écart du taux de renoncement au soin pour raisons financières

10. En effet, les questions sur le renoncement aux soins pour raisons financières ont été reformulées de façon plus précise à compter de la vague 2012 de l'enquête ESPS-EHIS, conduisant à une rupture de série.

11. Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (dispositif SRCV), partie française du système communautaire EU-SILC (European Union-Statistics on Income and Living Conditions).

12. Ces chiffres sont très en dessous de ceux issus de EHIS-ESPS, du fait d'une grande sensibilité de la mesure de l'indicateur à la formulation de la ou des questions. Compte tenu de leur niveau, l'évolution en termes de points est faible, mais sur la période 2007-2014, ce taux double.

entre une population précaire et une population de référence¹³.

La part des personnes déclarant avoir dû renoncer à au moins un examen ou traitement médical pour raisons financières augmente aussi plus fortement que celui de l'ensemble de la population sur la période 2007-2014, conduisant à une hausse des inégalités en termes de renoncement à un examen ou traitement médical. Cet accroissement des inégalités s'observe aussi dans le renoncement aux soins dentaires (figure 1).

Un phénomène persistant

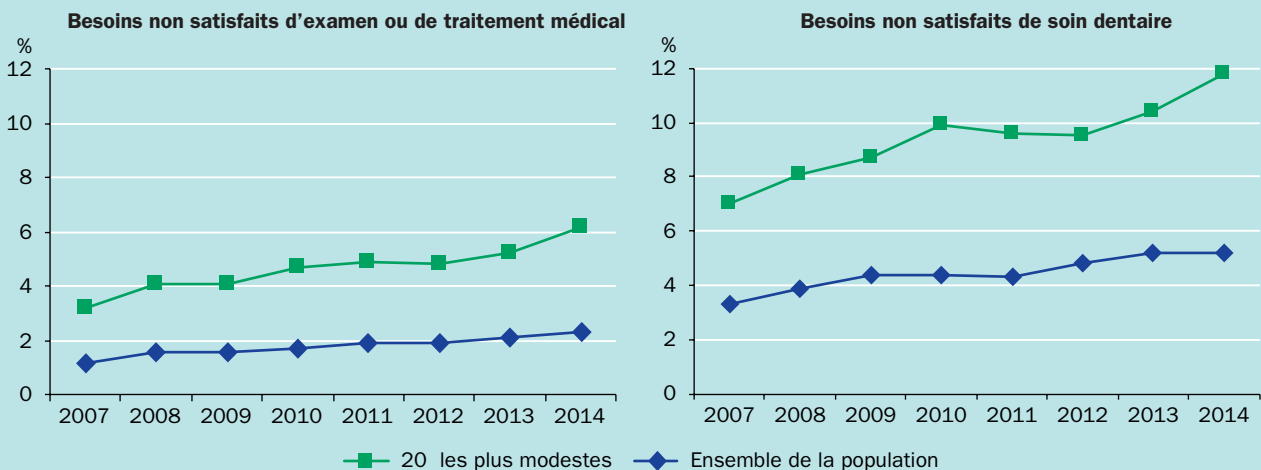
La dimension longitudinale de l'étude statistique sur les ressources et conditions de vie SILC-SRCV permet de rendre compte de la persistance du renoncement : parmi les personnes ayant renoncé à des soins une année¹⁴ pour raisons financières, 29 % déclaraient l'année suivante être à nouveau concernées. La répétition du phénomène deux années de suite est encore plus marquée chez les personnes ayant renoncé pour cette même raison à des soins dentaires une année donnée : la moitié d'entre elles est à nouveau concernée l'année suivante [12]. La persistance dans le temps du phénomène de renoncement aux soins peut s'interpréter comme un report dans le temps et, dans certains cas, comme un réel abandon de certains soins. 🏠

13. Jusqu'au PQE 2016, l'écart du renoncement financier était calculé entre personnes bénéficiaires de la CMU-C et personnes couvertes par une complémentaire privée, et depuis 2017, compte tenu d'un changement de source, l'écart est mesuré entre les personnes du premier quintile de niveau de vie et l'ensemble de la population.

14. La période étudiée est 2004-2007.

figure 1

Besoins non satisfaits pour raisons financières (examen ou traitement médical et soin dentaire) : écart entre les 20 % les plus modestes et l'ensemble de la population de 16 ans ou plus de 2007 à 2014



Champ : France métropolitaine, population âgée de 16 ans ou plus.

Lecture : en 2014, le taux de personnes déclarant avoir dû renoncer pour des raisons financières à un examen ou traitement médical alors qu'elles en avaient besoin s'élevait à 6,2 % chez les 20 % les plus modestes, soit 3,9 points de plus que dans l'ensemble de la population.

Source : SILC-SRCV 2007-2014. Résultats publiés dans PQE 2017.



Reste à charge, accès aux droits en santé et citoyenneté

Antoine Rode

Chercheur à l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore)

Hélène Revil

Chercheuse à l'Odenore, laboratoire PACTE/CNRS, post-doctorante à l'université Grenoble-Alpes, programme de recherche LIFE/IDEX

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

Depuis 2013, les plateformes d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (Pfidass) interviennent sur le renoncement aux soins des assurés du régime général de l'Assurance maladie. Elles reposent sur l'identification puis l'accompagnement des personnes renonçant aux soins, en mobilisant différentes réponses (ouverture de droits, aides financières, orientation dans le système de soins...).

Les baromètres du renoncement aux soins (BRS)¹, qui font partie du dispositif, démontrent que la principale cause du phénomène est financière, en lien notamment avec l'absence de complémentaire santé et/ou les faibles budgets des ménages. Dans le dernier baromètre, pour l'année 2017, parmi les 25 % de personnes déclarant avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des douze derniers mois, 57 % évoquent les restes à charge et 9 % les incertitudes concernant l'ampleur de ces derniers [82]. Un homme de 51 ans, en renoncement à des soins dentaires depuis plusieurs années, décrit ses difficultés financières et le retentissement sur les soins : « Je calcule que je touche 500 euros par mois, j'ai 250 euros de loyer et après vous retirez le reste. Dans le meilleur des cas, il reste 80 euros pour faire le mois. Donc les soins, ce qu'il faut payer de sa poche pour ça, et la mutuelle, on peut pas. » Les renoncements pour cause de restes à charge concernent certes les soins dentaires (prothétiques et conservateurs), mais éga-

1. Les baromètres du renoncement aux soins (BRS) ont été créés en 2014 par la CPAM du Gard et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore). Ils reposent sur un questionnaire permettant de collecter de multiples informations sur le renoncement aux soins. Plus de 100 000 personnes ont été déjà questionnées au travers des campagnes successives des BRS. La connaissance produite est utilisée par les CPAM pour la mise en place des Pfidass. Les données issues des BRS font également l'objet d'analyses secondaires dans le cadre du programme de recherche LIFE de l'initiative d'excellence (Idex) de l'université Grenoble-Alpes. <https://life.univ-grenoble-alpes.fr>

lement d'autres types de soins ou d'actes médicaux, comme l'indique le tableau 1.

Les BRS apportent des informations sur les conséquences des renoncements pour les personnes concernées. Au-delà des effets sur la santé (pour 74 % des répondants du BRS 2017) et des ruptures induites dans les parcours de soins, ils occasionnent des difficultés sur le plan professionnel (24 %), sur la vie sociale (25 %) et/ou familiale (19 %). Les renoncements ont ainsi des coûts sociaux mais également économiques, au niveau plus collectif des dépenses de santé [81].

Des conséquences sur la vie sociale et professionnelle

Les évaluations qui accompagnent le déploiement des Pfidass amènent des éléments qualitatifs à ces données chiffrées. Nous nous appuyons ici sur deux enquêtes : une par entretiens en face à face, menée en 2015 auprès d'assurés de la CPAM du Gard ; une téléphonique, en 2017, auprès de 151 assurés ayant été accompagnés par plusieurs Pfidass et qui visait à mesurer les effets à court terme du passage par le dispositif. Les témoignages des incidences de soins non réalisés, pour cause de restes à charge trop élevés, sont nombreux. Un des éléments de compréhension est que le renoncement est durable pour une partie non négligeable des personnes². L'absence de soins s'ancrant dans la durée concerne en particulier les soins dentaires et optiques. Ce type de renoncement touche en outre à des dimensions esthétiques, « ce qui est visible par autrui ». Il peut, en parallèle, générer une limitation de relations sociales, mais aussi une gêne pour les déplacements ou le travail. Un chauffeur de camions, qui renonce à l'achat de lunettes, souligne lors de l'entretien ses

2. Le renoncement dure depuis plus de deux ans pour plus d'un quart des renonçants interrogés dans le BRS 2017.

Les missions des Pfidass

Mises en place à titre expérimental par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Gard, puis déployées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS) sur l'ensemble du territoire métropolitain, les plateformes d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (Pfidass) repèrent les

personnes renonçant aux soins et leur proposent un plan d'accompagnement individualisé. L'assuré(e) bénéficie d'abord d'un bilan de ses droits santé (ouverture des droits de base, présence d'une complémentaire santé, déclaration d'un médecin traitant...), puis d'un accompagnement par un conseiller dédié qui l'aide dans ses démarches jusqu'à la réalisation

effective de ses soins. Fin 2017, près de 7 000 assurés avaient pu se soigner, suite à leur prise en charge par les CPAM et leurs partenaires, dans le cadre des Pfidass¹. 📍

1. Chiffre issu du séminaire de lancement de la troisième vague de généralisation des Pfidass, 8 mars 2018, régime général de l'Assurance maladie.

tableau 1

Pourcentage de renoncement aux soins pour raisons financières selon le type de soin en 2017

Nature des soins	Pourcentage de personnes ayant renoncé à ce type de soins à cause des restes à charge*
Soins dentaires prothétiques	56,1
Soins dentaires conservateurs	35,8
Optique	26,0
Consultation en ophtalmologie	25,5
Autres consultations spécialisées	23,4
Actes chirurgicaux	7,3
Analyses ou examens médicaux (biologie, radiographie, imagerie)	6,1

* Le total dépasse 100 car les personnes pouvaient déclarer plusieurs renoncements pour cause de restes à charge trop élevés.

Source : BRS 2017.

difficultés pour conduire et « sa peur d'être un danger pour les autres et de perdre son emploi ».

Sur le plan professionnel, les conséquences sont fortes parmi les personnes qui exercent ou qui veulent exercer des métiers de service, en contact avec des clients ou exigeant une « présentation correcte ». Une mauvaise santé dentaire est ressentie comme un handicap professionnel. C'est le cas d'une vendeuse en prêt-à-porter, ou de cette aide ménagère en intérim qui évoque une gêne liée à ses dents devant les nouveaux clients, insistant sur le fait « qu'[elle] ne renvoyai [t] pas une bonne image ». Cela peut être un frein à l'employabilité, comme pour cet homme qui recherche un emploi en hôtellerie et qui « avoue que c'est difficile de [se] présenter ». Il relate son dernier entretien d'embauche : « Quand je suis rentré, j'ai tout de suite vu le regard de la dame, elle a bloqué sur mes dents. Ensuite elle a été honnête, elle m'a dit que j'avais le profil mais que j'avais un problème esthétique. »

Les personnes interrogées font souvent état de comportements de repli : ne pas parler, ni sourire, ou sortir pour éviter de dévoiler des signes de mauvaise santé qui font d'elles des « individus discrédités » [42]. Ces comportements sont exacerbés dans les sphères sociales et familiales. Un homme de 60 ans raconte qu'il refuse de voir ses petits-enfants à cause de ses problèmes d'audition. Il ne souhaite pas que ceux-ci se rendent compte « de [son] handicap ». Un autre explique : « Avec les amis à l'extérieur, ça devenait dur, je commençais à plus sortir, je m'enfermais. Je ne réponds plus à ma famille quand ils m'invitent, à quoi ça sert si je peux pas manger ? Ou alors j'essaie de passer rapidement avant ou après les repas. » Ces comportements provoquent un mal-être clairement exprimé dans les entretiens, permettant de comprendre pourquoi les renoncements sont associés à des dimensions psychologiques comme une faible estime de soi [4]. Ils peuvent en effet contribuer à cette dernière.

L'expression du sentiment « d'être différent » ne concerne pas que l'exposition des effets physiques d'une absence de soins. Quand on interroge les personnes sur les conséquences d'un renoncement causé par un reste à charge

élevé, on perçoit de la frustration liée à la conscience d'une restriction. En l'occurrence, les difficultés à se soigner, les privations en la matière, s'additionnent souvent à d'autres. Une femme retraitée raconte : « Je pouvais un peu assumer certains soins, mais en me privant de manger par exemple. Ou alors je me servais moins de ma voiture. » De ce type de restrictions peut découler une frustration qui n'est pas sans portée sociale et politique.

Des sentiments d'exclusion et d'injustice

Cette frustration laisse transparaître l'érosion voire la rupture du lien de citoyenneté, l'un des quatre types de liens fondamentaux [71], recouvrant le fait qu'un individu est exclu ou a le sentiment de l'être dès lors qu'il ne peut bénéficier de protection et de droits sociaux de manière égale à tout citoyen, dont le droit aux soins. Il est frappant de voir comment, avant d'être en contact avec les Pfidass, les personnes ne se pensaient pas toutes des sujets de droits. Elles notent la « surprise » d'avoir été contactées et aidées. En effet, plusieurs s'estimaient mal informées sur leurs droits, sur le système de santé, et surtout ignorées des systèmes de protection et d'aide sociales. Les mots sont forts sur ce point : « n'avoir droit à rien », « être laissé pour compte » ou « abandonné dans la nature ». Les réactions sont plus vives parmi les personnes se situant au-dessus des seuils de la CMU-C. Ainsi de cette femme aux douleurs de dos non traitées, selon qui, « quand on est dans une période d'entre deux, on a le sentiment de pas être aidée » ou de cette autre femme qui dit se heurter aux coûts des soins depuis qu'elle retravaille : « Je pensais pas avoir de l'aide, quand j'ai perdu la CMU je me suis dit j'ai plus accès, les portes se ferment. »

En tenant ces propos, les personnes comparent fréquemment leur situation à celle de personnes aux ressources plus faibles, mais qui n'auraient, selon elles, pas à renoncer aux soins grâce aux aides. La figure des « profiteurs », de « ceux qui restent assis au soleil à attendre qu'on leur donne je sais pas quoi », est mobilisée pour insister sur une forme d'injustice marquée par une impression d'absence de soutien de la part du système



de protection sociale, auquel les personnes contribuent. Malgré l'existence d'actions, l'Assurance maladie n'est d'ailleurs pas identifiée comme une institution pouvant être sollicitée, comme le démontrent les propos de cette femme renonçant à des lunettes adaptées à sa vue : « La CPAM aide ceux qui ont la CMU oui, mais pas les cas comme moi, de gens qui avaient une mutuelle mais qui ne pouvaient pas avancer les frais. » Renoncer à se soigner à cause de restes à charge élevés nourrit alors un ressentiment observé dans d'autres enquêtes, c'est-à-dire ce « mélange d'envie et de mépris qui joue sur un différentiel de situation sociale et fixe les responsabilités du malheur que l'on subit sur les catégories placées juste au-dessus ou juste au-dessous sur l'échelle sociale » [9].

La relation entre renoncement aux soins, droit aux soins et lien de citoyenneté est également visible une fois l'accompagnement par les Pfidass terminé. Parmi les effets de cet accompagnement, les personnes interrogées mettent en avant un soulagement physique et moral, la reprise d'activités personnelles ou de moindres difficultés sur le plan de l'emploi. Mais les entretiens montrent un autre effet de la levée de certaines barrières financières à l'accès aux soins : le rétablissement d'une protection maladie de base ou l'ouverture de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) par exemple, qui renvoie au double sentiment d'avoir dorénavant une protection face aux aléas, avec le bénéfice de droits en matière de santé, et par là d'être intégré à une communauté. Même quand l'aide financière pour des soins est ponctuelle, cela peut contribuer à renforcer chez les personnes un sentiment de sécurité face

au risque maladie. Prenons la situation d'une femme invalide qui avait des restes à charge trop élevés pour plusieurs soins et qui se trouvait dans le cas de ceux pensant être exclus des droits : « Ça faisait longtemps que j'arrivais pas à me faire soigner parce qu'on me disait que j'étais trop riche. » L'accompagnement de la Pfidass lui a permis d'avoir une participation financière à ses soins. Elle en tire la conclusion que « maintenant les aides peuvent [lui] être accessibles ». Elle poursuit en expliquant : « Il y avait comme une barrière sociale, maintenant je sais que je fais partie de la société française et que j'ai des droits. »

Ce témoignage en rejoint d'autres, qui indiquent que retrouver la possibilité, financière, de se soigner permet de « se sentir un peu plus dans la société » et d'être d'une certaine façon « à égalité » avec les autres citoyens pour accéder au système de soins. L'homme de 51 ans en renoncement à des soins dentaires explique ainsi : « Ma place dans la société, on me l'a redonnée en me permettant de me soigner, une place comme les autres. »

Empruntons en conclusion les mots de Didier Fassin, pour qui « l'accès aux soins n'est donc pas tellement accès à une meilleure santé [...]. C'est bien sûr un droit : droit d'être soigné, d'être aidé, d'avoir accès à des conseils, à des mesures de prévention. Ce droit est une forme de reconnaissance de l'individu par la société, une façon de lui faire une place, au titre de la solidarité » [35]. C'est tout dire de l'importance de la notion de droit et des enjeux de citoyenneté qui se jouent derrière la problématique du reste à charge et plus globalement de l'accessibilité au système de soins. 🇫🇷

La CMU-C comme alternative au reste à charge : quel bilan ?

Marianne Cornu-Pauchet

Directrice du Fonds
CMU-C

Gwénaëlle Le Bohec

Directrice adjointe du
Fonds CMU-C

Stéphane Runfola

Conseiller technique du
Fonds CMU-C

Les auteurs remercient

Véronique Wallon,
présidente du conseil
d'administration
du Fonds CMU-C,
pour sa relecture attentive
et ses commentaires.

Mise en place en 2000 pour garantir l'accès aux soins des populations les plus démunies, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) complète les prises en charge de l'assurance maladie obligatoire, assurant aux bénéficiaires la gratuité des soins. Dix-huit ans après sa mise en place, cet article revient sur la genèse et les objectifs initiaux de la CMU-C et dresse le bilan des apports de la CMU-C.

La genèse de la CMU-C

L'augmentation progressive des restes à charge et l'exclusion de certaines populations d'une couverture complémentaire

Fondé sur une logique assurantielle contributive, le système d'assurance maladie comporte depuis l'origine un système de copaiement dont l'objectif est d'inciter les patients à modérer leur consommation de soins (ticket modérateur). À partir des années 1970, les pouvoirs publics ont progressivement augmenté la contribution

financière des assurés via la hausse des tickets modérateurs et l'instauration de participations diverses, alors même que les dépassements d'honoraires se développaient largement.

Pour couvrir des restes à charge de plus en plus importants, les salariés des grandes entreprises et les personnes disposant de revenus suffisants ont souscrit des contrats auprès des organismes complémentaires : on estimait à 84 % le nombre de personnes couvertes par une protection complémentaire de type assurantiel en 1996, contre 69 % en 1980. Neuf millions de personnes à faibles revenus n'ont en revanche pas pu accéder à une telle protection, ce qui a fortement augmenté les inégalités d'accès aux soins.

Les études menées à la fin des années 1990 faisaient ainsi apparaître qu'une proportion importante des assurés sociaux non couverts par une assurance complémentaire renonçait aux soins, principalement

pour raisons financières [10]. Dans le décile le plus pauvre de la population, ce phénomène atteignait un niveau très important, en particulier pour les soins dentaires et l'optique.

Annuler le reste à charge pour les populations précaires sans créer un système à deux vitesses est ainsi l'ambition de la CMU-C

Les pouvoirs publics ont tenté, à partir des années 1980, de faciliter l'accès aux soins des populations précaires avec la création de l'aide médicale départementale (AMD) et de l'assurance personnelle. Mais, complexes d'accès et se traduisant par des prestations très inégales d'un département à l'autre, ces dispositifs ont rapidement atteint leurs limites.

La CMU-C est précisément née de la volonté d'élaborer un dispositif garantissant une égalité de traitement sur l'ensemble du territoire français pour les neuf millions d'assurés sociaux démunis et exposés à des restes à charge élevés. La loi du 27 juillet 1999 a ainsi créé la CMU de base, qui permettait à tous de bénéficier d'une protection maladie sur critère de résidence¹, et la CMU complémentaire, qui ouvrait droit à une protection complémentaire santé gratuite sous conditions de ressources. Afin d'éviter tout renoncement aux soins lié à l'avance de frais, la réforme a organisé la mise en œuvre du tiers payant intégral pour les bénéficiaires de la CMU-C.

Novateur dans sa conception, le dispositif visait à permettre aux personnes les plus démunies d'exercer un droit objectif reconnu à une couverture complémentaire santé [49] et d'accéder à l'ensemble du système de soins au même titre que les autres assurés sociaux. En rompant le lien entre cotisations et ouverture des droits, il franchissait par ailleurs un pas supplémentaire vers l'universalisation de l'assurance maladie.

Le dispositif répond à l'objectif de solvabilisation des restes à charge...

La CMU-C s'est rapidement étendue et bénéficie pour 44 % aux moins de 20 ans

Alors qu'en 1998, 3 millions de personnes disposaient de l'AMD, la CMU-C a concerné 4,5 millions de bénéficiaires dès sa seconde année de mise en œuvre. Fin 2017, le dispositif couvre 5,5 millions de personnes, soit 7,4 % de la population en métropole et 30 % de la population dans les DOM [37].

Le régime général concentre 90 % des bénéficiaires. La moitié d'entre eux sont des adultes de 20 à 59 ans et 44 % ont moins de 20 ans alors que cette tranche d'âge ne représente que 25 % de la population française.

Le panier de soins pris en charge par la CMU-C couvre l'ensemble des soins couverts par l'assurance maladie obligatoire

En deçà de 70 % du seuil de pauvreté², la CMU-C assure une prise en charge totale du ticket modérateur pour l'ensemble des soins couverts par l'assurance maladie obligatoire. Elle couvre également le montant du forfait journalier hospitalier, sans limite de durée.

Quel que soit leur secteur de conventionnement, les professionnels de santé doivent respecter le tarif de responsabilité et appliquer le tiers payant intégral.

Pour les soins prothétiques dentaires et orthodontiques, les prothèses auditives et les lunettes, un dépassement réglementé est autorisé et pris en charge par la CMU-C. Ces dépassements autorisés ont fait l'objet de plusieurs revalorisations, soit pour respecter l'équilibre économique des professionnels de santé, soit dans le but d'améliorer la qualité des équipements, pour les corrections les plus fortes en optique et (pour l'audioprothèse). La dernière évolution des paniers de soins optiques et audioprothétiques date de 2014 et celle du panier de soins dentaires d'octobre 2017.

Il faut cependant relever que, si elle permet d'accéder à l'ensemble des « soins primaires », la CMU-C ne couvre pas les soins non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, tels que par exemple les soins de parodontie ou les implants³.

Par ailleurs, l'effet de seuil pour les assurés dont le niveau de ressources dépasse de 1 euro le plafond d'éligibilité à la CMU-C est important. L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ouverte à ceux dont les ressources sont comprises entre 70 % et 100 % du seuil de pauvreté laisse en effet potentiellement des restes à charge élevés pour les soins prothétiques dentaires, l'optique et l'audioprothèse, en plus de restes à payer lors de l'acquisition du contrat⁴.

Les bénéficiaires en termes d'accès aux soins sont réels

Détenir la CMU-C réduit de moitié le renoncement aux soins pour raisons financières [50], toutes choses égales par ailleurs. Le rôle protecteur de la CMU-C est d'autant plus visible que les prestations sont moins bien prises en charge par l'assurance maladie obligatoire : soins dentaires (notamment prothétiques) et optique.

Enfin, lorsqu'ils recourent aux soins, les bénéficiaires de la CMU-C ont, à état de santé équivalent, des dépenses de santé proches de celles des autres assurés⁵.

2. Soit 734 euros par mois pour une personne seule en métropole.

3. Le cas de la parodontie reste un point de débat important, surtout pour les populations concernées qui présentent un état de santé dégradé.

4. L'ACS est un chèque, modulé selon l'âge et valorisable pour le paiement de la prime du contrat de complémentaire santé. Voir Rapport annuel sur l'ACS : bénéficiaires, prix et contenu des contrats. Fonds CMU-C, octobre 2017.

5. En revanche, aucune étude n'a été conduite concernant les effets de la couverture CMU-C sur l'état de santé.

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

1. Pour toute personne de nationalité française ou étrangère non couverte par un régime de sécurité sociale et résidant en France depuis plus de trois mois. En 2016, la CMU de base a été remplacée par la protection universelle maladie (Puma).



Reste à charge et santé

... mais la solvabilisation des restes à charge ne suffit pas à garantir l'accès aux soins

Dix-huit ans après le déploiement du dispositif CMU-C, plusieurs enseignements peuvent être tirés de cette réponse innovante à l'augmentation des restes à charge.

Encore 30 % des personnes éligibles à la CMU-C n'y recourent pas

Malgré les bénéfices incontestables apportés par la CMU-C, le non-recours au dispositif reste très significatif. Selon une étude de l'Irdes publiée en janvier 2018 [74], le taux de personnes sans couverture complémentaire s'élève à 5 %, avec une forte concentration observée chez les personnes ayant de faibles revenus⁶. La moitié des personnes non couvertes ont un niveau de vie inférieur à 970 euros par unité de consommation et pourraient donc, en principe, prétendre à la CMU-C ou à l'ACS. D'après les dernières données de la Drees, le nombre de personnes éligibles à la CMU-C en France métropolitaine en 2016 mais qui n'y recourent pas est compris entre 1,5 et 2,8 millions, soit un taux de non-recours situé entre 24 % et 36 %⁷.

Un non-recours en partie imputable à la complexité de l'accès au droit

La couverture n'est pas automatiquement attribuée en fonction des revenus des assurés mais doit faire l'objet d'une demande annuelle d'ouverture ou de renouvellement des droits. La méconnaissance du dispositif par les personnes éligibles et la lourdeur des démarches administratives – exhaustivité des ressources prises en compte pour le calcul du droit, nombre et nature des

6. Plus de 12 % des personnes du premier quintile de revenu restent non couvertes.

7. En 2016, la population éligible à la CMU-C était comprise entre 6,4 et 7,7 millions de personnes.

pièces justificatives demandées à l'appui⁸ – expliquent une part importante du non-recours.

De façon plus marginale, la non-demande peut également renvoyer à un choix personnel – ne pas accorder d'importance à la complémentaire santé, éviter une aide perçue comme stigmatisante, refuser une logique perçue comme de l'assistanat, se suffire d'une prise en charge à 100 % du fait d'une ALD [13].

Outre le non-recours au droit à la CMU-C, une partie des bénéficiaires de la CMU-C renonce aux soins pour des raisons personnelles ou de contexte : crainte du refus de soins ou peur de la stigmatisation [34], dépassements d'honoraires, refus de soins, rareté de l'offre de soins, rapport personnel à la santé et au monde médical.

Conclusion

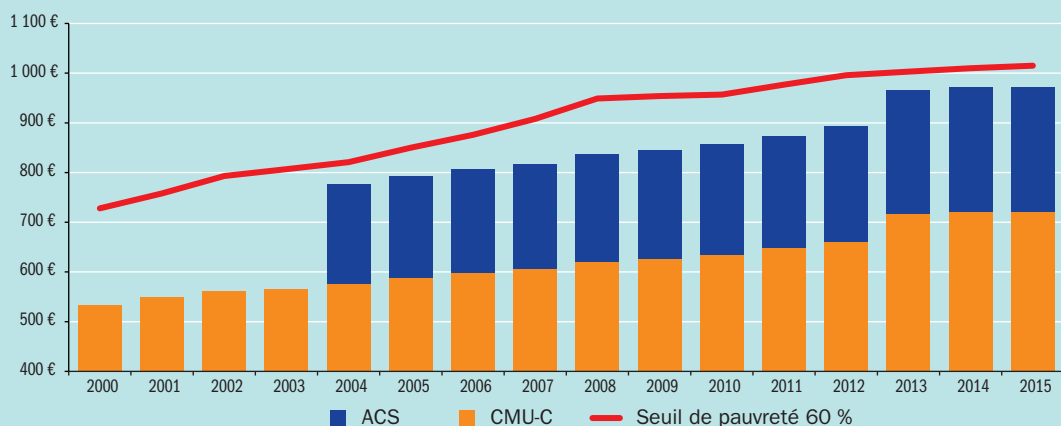
Renforcée au cours du temps par l'élargissement de la population éligible, la CMU-C n'a pas encore rencontré l'ensemble de son public après dix-huit ans de mise en œuvre. La persistance du non-recours, d'une ampleur comparable à celui observé sur d'autres prestations, démontre que, paradoxalement, un droit construit sur une logique de ciblage ne garantit pas l'usage de ce droit par toutes les personnes éligibles. Certaines populations fragiles en situation de pauvreté sont par ailleurs exclues du bénéfice de la CMU-C, notamment les retraités au minimum vieillesse ou les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés.

La CMU-C a cependant contribué à la généralisation de la couverture complémentaire santé et permet désormais à plus de 5,5 millions de personnes en situation de pauvreté d'accéder aux soins, jouant un rôle majeur dans la réduction des inégalités de santé. Cet exemple a toute sa place dans les réflexions actuelles sur le reste à charge « zéro ».

8. Souvent déjà fournies à d'autres organismes de protection sociale.

figure 1

Plafonds de ressources d'une personne seule pour l'accès à la CMU-C et à l'ACS par rapport au seuil de pauvreté à 60 % de 2000 à 2015 en métropole



Sources : Insee, Fonds CMU-C.