



## 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)<sup>1</sup>, 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 personnes<sup>2</sup>. 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 Pfidass<sup>1</sup>. 📍

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.

**M**ise 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