

L'Observatoire citoyen des restes à charge en santé : enquêter pour comprendre, sensibiliser, améliorer

Pour les représentants des usagers, la priorité est de définir, de façon concertée, un cadre clair afin de réguler les tarifs : « prix limites de vente » des prothèses et des dispositifs médicaux, plafonds pour des actes médicaux et dentaires, et forfaitisation systématique des tickets modérateurs à l'hôpital...

Gérard Raymond

Vice-président de France Assos Santé

Marc Paris

Responsable communication et animation réseau de France Assos Santé

Les restes à charge en santé sont une réalité difficile à objectiver car elle se trouve à la croisée de nombreux enjeux pour des acteurs qui, s'ils affirment tous être sensibles à l'accès de chacun à des soins de qualité, poursuivent respectivement des objectifs prioritaires différents si ce n'est divergents. La question des restes à charge est en effet interprétée comme un enjeu de rémunération pour les offreurs de soins, qu'il s'agisse des professionnels ou des établissements de santé, comme un obstacle financier dans leur recours aux soins pour les usagers, comme une variable du remboursement à ajuster pour contribuer à réguler la consommation de soins (idéalement en poursuivant un objectif de pertinence et de qualité des soins) du point de vue de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires. Il nous est donc apparu nécessaire d'apporter un éclairage documenté, sur la base de données chiffrées les plus incontestables possible, sur ce qui compose effectivement ces restes à charge : quels types de soins en sont à l'origine, dans quel contexte et selon quelle dynamique, avec quelle possibilité d'action corrective pour les réduire ou les faire disparaître ?

Partageant la conviction qu'une meilleure information sur la santé, et en particulier sur les dépenses de santé, est un gage d'amélioration du système de soins et de l'accès aux soins, l'association Collectif interassociatif sur la santé (devenue depuis l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé, France Assos Santé), la société Santéclair et le magazine *60 Millions de consommateurs* ont décidé en 2013 d'initier une convention

de partenariat pour mettre en commun leurs ressources humaines, documentaires et statistiques afin de créer l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé.

Quatre domaines du soin concentrent la majorité des restes à charge en santé

Les enquêtes réalisées dans le cadre de notre observatoire ont porté sur les domaines pouvant faire l'objet des plus forts restes à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire, en tentant à chaque fois d'apporter aussi une estimation réaliste de ce que devient ce reste à charge après la prise en charge que peuvent en assurer les complémentaires santé pour approcher une évaluation indicative du montant dont les usagers doivent s'acquitter lorsqu'ils ont recours à ce type de soins. Car, comme cela sera précisé à chaque fois lorsque des chiffres issus des enquêtes seront cités, il y a deux approches du reste à charge en santé : soit on le calcule après le seul remboursement réalisé par l'assurance maladie obligatoire, soit on l'estime après l'éventuel remboursement de la complémentaire santé (pour ceux qui en disposent, plus de neuf Français sur dix).

Les types de soins et services ou produits de santé identifiés comme les plus importants contributeurs aux restes à charge en santé sont les suivants, par ordre chronologique dans lequel nous les avons étudiés.

- Les soins dentaires : en 2012, ils représentaient 6 milliards d'euros de restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire, mais avant la prise en charge par les complémentaires. Ce sont essentiellement les soins liés aux prothèses dentaires



(couronnes, prothèses unimaxillaires...) et les soins d'orthodontie. S'agissant des prothèses dentaires, qui ont représenté à elles-seules près de 4 milliards d'euros de restes à charge avant remboursement par les complémentaires, pour 5 milliards de dépenses, nous avons estimé en 2012 le coût moyen d'une couronne céramique à 546 euros avec un reste à charge final moyen de 240 euros pour l'usager (après remboursement de 75 euros par la Sécurité sociale et une estimation d'une moyenne de 229 euros par la complémentaire); et celui d'une prothèse unimaxillaire à 1 116 euros avec un reste à charge final moyen de près de 700 euros pour l'usager (après remboursement de 130 euros par la Sécurité sociale et une estimation d'une moyenne de 315 euros par la complémentaire).

● Les dispositifs médicaux : c'est-à-dire tout instrument, appareil, équipement, logiciel, matière ou autre article destiné à être utilisé à des fins de diagnostic, prévention, contrôle, traitement, atténuation ou compensation d'une maladie et de ses effets, d'une blessure ou d'un handicap. Les exemples de dispositifs médicaux sont d'une extrême diversité : lentilles de contact et autres dispositifs d'optique, thermomètres, compresseurs, défibrillateurs externes, stents, prothèses de hanches, lits médicaux, implants, audioprothèses, béquilles, bandelettes de test pour diabétiques, certains nutriments et compléments alimentaires... Ils ont représenté en 2013, tous dispositifs confondus, 13 milliards d'euros de dépenses, dont près de 6 milliards ont été remboursés par l'assurance maladie obligatoire et 7 milliards restant à la charge de l'usager ou de sa complémentaire. En dehors de l'optique, qui pèse à elle seule 6 milliards d'euros, les autres dispositifs médicaux ont représenté en 2013 une dépense de 7 milliards d'euros, occasionnant un reste à charge d'environ 2 milliards d'euros sur l'année (avant prise en compte du remboursement des complémentaires santé), soit une moyenne de 99 euros par usager ayant eu recours à ce type de dispositifs médicaux. Ce reste à charge moyen annuel pour ce type de soins est estimé à 26 euros par bénéficiaire après intervention de la complémentaire santé, sachant que cette moyenne est issue de situations très différentes en fonction des dispositifs médicaux requis par les soins de la personne. L'exemple de l'audioprothèse est particulièrement emblématique de l'importance des restes à charge que peuvent entraîner certains dispositifs médicaux pris isolément : coût moyen par oreille d'environ 1 500 euros, soit un reste à

charge de 1 350 euros après remboursement par l'assurance maladie obligatoire et encore d'une moyenne de 939 euros (estimation) après remboursement par la complémentaire santé.

● L'hospitalisation : elle représentait 46 % de nos dépenses de santé en 2012, avec une enveloppe globale de 85 milliards d'euros, soit 1 300 euros par Français. Elle peut occasionner des frais non négligeables en particulier lorsqu'un usager n'a pas de complémentaire santé. Si, la plupart du temps, le coût de l'hospitalisation est heureusement très bien pris en charge par l'Assurance maladie et les complémentaires santé, avec une somme restant à la charge du patient qui n'est en moyenne que de 26 euros par séjour dès lors qu'il dispose d'une couverture complémentaire, elle est en revanche supérieure à 500 euros en moyenne avant intervention de l'assurance complémentaire, du fait du coût du ticket modérateur sur les soins, de celui de la chambre particulière ainsi que de la participation aux frais d'hébergement. Une réalité importante à révéler car nombre d'usagers n'en ont en rien conscience, associant souvent sans nuance l'hôpital à l'idée de gratuité des soins.

● Les dépassements d'honoraires médicaux : ils ont globalement représenté 2,8 milliards d'euros en 2014, facturés à plus de 80 % par les spécialistes exerçant en secteur 2 (2,3 milliards à eux seuls, contre 296 millions pour l'ensemble des généralistes et 212 millions pour les spécialistes exerçant en secteur 1), soit une moyenne de 25 euros de dépassements pour chacun des actes que ces médecins réalisent. Les prises en charge par les complémentaires sont impossibles à évaluer en moyenne sur la base des données à notre disposition car les remboursements sont très variables en fonction de l'acte concerné et surtout du contrat de complémentaire, ainsi que du fait que le médecin soit ou non signataire de l'option Optam proposée par l'Assurance maladie.

Des restes à charge qui pèsent aussi sur les personnes en ALD

Représentant les usagers du système de santé et notamment les personnes atteintes de pathologies chroniques, nous avons voulu nous pencher, dans le cadre de notre Observatoire, sur la façon dont les restes à charge en santé affectent les personnes bénéficiant d'une prise en charge dite « à 100 % » au titre d'une ou plusieurs affection(s) de longue durée (ALD). En effet, l'évocation du 100 %

laisse souvent penser, à un public novice, que l'ensemble des frais de santé des personnes concernées est intégralement pris en charge. Or on sait que, dans les faits, l'ALD ne couvre pas toutes les dépenses.

Si l'ALD permet de contenir les restes à charge plutôt efficacement en moyenne, elle ne permet pas de réduire la dépense des personnes confrontées à des frais non ou mal pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Soit toujours les mêmes soins que ceux déjà identifiés : certains soins dentaires, l'optique, les prothèses auditives, les dépassements d'honoraires, les franchises... Comme pour tous les assurés sociaux, les remboursements de l'assurance maladie obligatoire des personnes en ALD ne correspondent pas toujours aux tarifs pratiqués par les professionnels de santé libéraux. Ainsi notre étude a révélé en 2016 que pour les 10 % des personnes en ALD ayant les plus grosses dépenses de santé, ce reste à charge moyen est de 1 700 euros par an et peut atteindre plusieurs dizaines de milliers d'euros.

Les personnes en ALD subissent les mêmes limites de prise en charge de certains soins que l'ensemble de la population. Mais leur situation est aggravée par le fait qu'elles doivent souvent avoir plus fréquemment recours à ces soins, et donc être confrontées aux restes à charge correspondants. Cela est d'autant plus important que la maladie a très souvent un impact sur leurs carrières professionnelles et leurs revenus.

Notre étude a ainsi suggéré que les personnes en ALD sont moins nombreuses à avoir recours à certains soins parmi ceux générant les plus gros restes à charge. Par ailleurs, le système de l'ALD apparaît complexe aux yeux de beaucoup de patients, qui ne savent souvent pas avec précision ce qui fait l'objet d'une prise en charge à 100 % ou pas. Deux indices qui tendent à laisser penser que les personnes en ALD peuvent être plus souvent amenées à renoncer à des soins, malgré la protection essentielle qu'apporte le système des ALD, et que ce dernier mériterait donc d'être encore affiné pour mieux répondre à son objectif d'assurer un recours optimal aux soins sur le long cours.

Le constat récurrent d'un système d'assurance maladie manquant de lisibilité et de régulation

Nos différentes enquêtes sur les restes à charge présentées ci-dessus nous ont permis de tirer différents constats, communs à chacune des thématiques abordées.

● D'abord, la grande complexité des modalités de remboursement des soins. Cela demande souvent d'être un spécialiste du domaine pour connaître utilement les critères et conditions de prise en charge spécifiques à chaque type de soins : la couverture obligatoire et la couverture complémentaire, et pour cette dernière le niveau de garantie dont dispose la personne, mais aussi souvent son âge, son statut médico-administratif, si elle est ou non bénéficiaire d'une couverture particulière (CMU-C, ACS...) ou reconnue atteinte d'une ALD, etc. sont autant de situations qui influent sur la façon dont elle sera prise en charge, sans être facilement en mesure de l'anticiper avec suffisamment de précision pour prévoir le niveau des éventuels restes à charge auxquels elle va être confrontée. Que ce soit le dentaire, l'audioprothèse, l'hospitalisation ou même les dépassements d'honoraires médicaux, chaque domaine a ses spécificités, historiquement accumulées pour répondre aux besoins de prise en charge dans différents contextes, mais qui rendent au final le système de prise en charge complètement opaque et illisible pour presque tous les acteurs et en particulier pour les usagers, se retrouvant la plupart du temps mis devant le fait accompli.

● Ensuite la quasi-absence d'indicateurs sur la qualité et la pertinence des soins, notamment de ceux reçus en ville. Les usagers ne disposent de pratiquement aucun recours effectif ni de référence pour être informés et accompagnés dans une approche qui permette de mettre en relation le coût d'un soin et sa qualité. Or on sait qu'il ne suffit pas de payer un soin plus cher pour qu'il soit qualitativement supérieur ou davantage pertinent.

● Enfin, dans un environnement où l'on choisit de laisser certains domaines du soin à tarifs libres, il faudrait apporter aux usagers les moyens de comparer les offres pour qu'ils puissent faire jouer les effets que la concurrence peut théoriquement avoir sur la régulation nécessaire de ce qu'on considère alors comme un « marché ». Mais, d'une part, la possibilité d'une comparaison effective des offres est souvent battue en brèche par des facteurs aussi concrets que la démographie des professionnels de santé, par exemple : comparer les tarifs des dentistes requiert de prendre rendez-vous chez plusieurs dentistes afin d'obtenir le diagnostic de chacun et le devis correspondant. Qui en a concrètement le temps lorsqu'on sait les délais d'attente pour l'obtention d'un simple rendez-vous dans de nombreux territoires ? Et lorsque des systèmes sont mis en place, comme ceux des réseaux de soins développés par les complémentaires santé, ils sont bien vite accusés de ne faire que tirer vers le bas la qualité de soins sans que cela ne s'appuie sur aucun élément permettant de démontrer de façon factuelle et scientifique cette relation revendiquée entre augmentation du prix et amélioration de la qualité de l'acte ou du produit de santé. Et, d'autre part, on sait que la concurrence se joue de façon particulièrement imparfaite lorsqu'il s'agit de santé, domaine qu'on ne peut définitivement pas considérer comme un marché comme les autres notamment du fait que l'usager se trouve dans une situation rendant éminemment complexe sa capacité à établir un choix rationnel, objectif et éclairé.

Sans administrer à outrance les domaines du soin concernés par les restes à charge,

on se rend compte qu'ils sont plutôt sous-administrés, ce qui empêche la régulation essentielle des prix et des pratiques. Il ne s'agit pas d'ajouter des règles complexes qui rendraient encore plus difficiles la compréhension et l'appréhension du système de prise en charge, travers qui participe incontestablement à l'éloignement du soin, voire à son renoncement, mais de construire de façon concertée des règles qui constitueraient un cadre clair pour réguler les tarifs. Cela nous apparaît comme une voie évidente vers laquelle s'orienter, qu'il s'agisse de définir des « prix limites de vente » pour tout ce qui concerne les prothèses au sens large et les dispositifs médicaux, des plafonds pour les tarifs des actes médicaux et dentaires, une forfaitisation systématique des tickets modérateurs à l'hôpital... Un cadre plus clairement établi au sein duquel on peut faire jouer la liberté tarifaire sans qu'elle risque de se traduire, même à la marge, par l'exclusion du recours aux soins. C'est certainement cet objectif d'une « construction concertée d'un cadre » qui va être tout l'enjeu des négociations récemment initiées dans le cadre de la mise en œuvre de la promesse de campagne du président de la République autour d'un « reste à charge zéro » pour les soins dentaires, l'optique et l'audioprothèse. Nous espérons que les différents acteurs de la négociation garderont bien en tête l'objectif prioritaire, qui doit être celui de l'accès de tous à des soins pertinents et de qualité. ■