

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. ■



Les restes à charge : le point de vue de l'Assurance maladie

En France, l'Assurance maladie couvre une grande partie des dépenses de soins. Le reste à charge est la part des dépenses qu'elle ne rembourse pas. Entre maîtrise des dépenses et garantie d'accès aux soins, l'Assurance maladie gère des équilibres économiques complexes.

Ayden Tajahmady

Directeur adjoint de la stratégie et des études statistiques

Christelle Gastaldi-Menager

Responsable du département des études sur les pathologies et les patients

Dorian Verboux

Économiste de la santé, département des études sur les pathologies et les patients

Caisse nationale d'assurance maladie

L'une des fonctions essentielles de l'Assurance maladie est de protéger la population des risques financiers causés par la maladie, qu'il s'agisse de compenser la perte de revenu qu'elle induit ou de rembourser les soins qu'elle nécessite. La protection ainsi offerte à tous les assurés sociaux leur permet de sortir du monde que décrivait Georges Bernard Shaw dans sa pièce *Le Dilemme du docteur* où « *On n'ose pas être malade, on n'en a pas les moyens.* »

Le mécanisme de redistribution de l'assurance maladie obligatoire (AMO) française, doublement solidaire entre les plus aisés et les plus démunis d'une part, et entre les malades et les biens portants d'autre part, s'accommode depuis sa création d'une participation des assurés au financement des soins. Le reste à charge « public » fait donc partie de longue date de la pratique de notre système de santé. Il se distribue sur l'ensemble des soins, sur un panier de biens et services large, là où d'autres pays ont fait le choix d'une prise en charge gratuite en contrepartie d'un panier de soins souvent plus restreint.

En dépit de ces différences, les données de l'OCDE montrent que la France est le pays où la proportion de dépenses qui restent à la charge directe (c'est-à-dire, le cas échéant, après l'intervention des assurances maladie obligatoire et complémentaire) des ménages est la plus faible (7 % en 2015 alors que la moyenne des pays de l'OCDE était de 20 %), témoignant du haut degré de protection que notre système offre à la population. Ainsi, selon la Drees, sur une dépense moyenne de presque 3 000 euros,

un ménage français moyen n'en supporte que 250 directement.

Un dispositif renforcé pour les malades atteint d'affections chroniques

Le système offre également une protection spécifique à celles et ceux qui ont les besoins les plus lourds à travers le dispositif des affections de longue durée (ALD) : prise en charge à 100 % pour les malades chroniques par l'exonération du ticket modérateur pour les soins qui sont en rapport avec cette affection, sur la part remboursable. Cette exonération produit un réel effet amortisseur des restes à charge, comme l'illustrent les résultats d'une étude menée par l'Assurance maladie sur les données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) pour l'année 2013. Selon cette étude, les soins des personnes souffrant d'un cancer et bénéficiant du dispositif ALD pour cette maladie induisaient des dépenses moyennes de l'ordre de 8 000 euros par an (ensemble des dépenses en rapport ou non avec l'ALD), pour un reste à charge moyen après intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO) de près de 900 euros (soit un reste à charge de 11 %). Les dépenses moyennes pour les personnes ayant un âge comparable s'élevaient aux environs de 1 700 euros, avec un reste à charge moyen, après AMO, de près de 700 euros (soit un reste à charge de 40 %). On voit ainsi que, alors que leur montant de dépenses est bien supérieur, les bénéficiaires du système ALD font face à des restes à charge plus faibles que les personnes n'ayant pas d'ALD, en proportion de la dépense, même si ces montants restent, en valeurs absolues, élevés.

Les mesures de maîtrise des dépenses de l'Assurance maladie

Ce système protecteur et généreux subit depuis plusieurs décennies une contrainte économique importante causée par la coexistence d'une croissance faible et de dépenses de santé dynamiques. Au fil des années, le déficit de l'Assurance maladie s'est creusé et sa dette s'est accumulée. Parmi les mesures qui ont été au cœur des politiques de maîtrise des dépenses de santé, deux ont contribué au renforcement du reste à charge pour les assurés.

La première est le déremboursement de certains médicaments ou de certains soins. En sortant certaines prestations du panier de soins ou en choisissant d'en diminuer le remboursement, on peut assurément diminuer les dépenses de l'assurance maladie obligatoire ou mieux en maîtriser la croissance, mais on alourdit également le reste à charge des ménages au risque de pénaliser les plus démunis. La seconde est le développement d'un espace de liberté tarifaire permettant aux professionnels de santé de revaloriser leur rémunération, mais au prix d'une contribution plus importante des ménages, soit directement, soit en renchérissant les primes de leur assurance maladie complémentaire, le cas échéant.

Ces options sont progressivement sorties de l'arsenal des politiques publiques depuis le début des années 2010, suite à la crise économique et aux tensions croissantes sur la démographie médicale, leurs effets en termes d'accès aux soins et leur impact différentiel sur les populations les plus démunies ayant été documentés. Plutôt que de dérembourser,

les politiques de maîtrise des dépenses sont attachées depuis à limiter les prix ou à réduire les volumes de prescription à travers des actions de plus en plus médicalisées.

La liberté tarifaire est un sujet plus complexe à traiter, dans la mesure où, en miroir du reste à charge, se pose la question du revenu des professionnels. Ainsi, l'idée de plafonner la liberté tarifaire par la loi nécessiterait soit de positionner un plafond tellement élevé qu'il ne serait pas soutenable financièrement, soit d'induire des redistributions tellement importantes entre les professionnels qu'il semblerait difficile de trouver un compromis acceptable. C'est pourquoi l'Assurance maladie a fait le choix pragmatique d'inscrire cette question dans la vie conventionnelle à travers des solutions négociées comme le contrat d'accès aux soins (CAS) et les options de pratiques tarifaires maîtrisées (Optam).

Ces deux dispositifs s'inscrivent dans la même logique de volontariat des médecins qui s'engagent à diminuer leurs dépassements d'honoraires en contrepartie de la prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales. Cette stratégie commence à porter ses fruits puisque, depuis cinq ans, le taux de dépassement moyen diminue, passant de 55,4 % en 2012 pour l'ensemble des médecins du secteur 2 (à honoraires libres) à 51,9 % en 2016, soit une baisse de 3,5 points, alors que ce taux avait enregistré une hausse constante depuis le début de la liberté tarifaire, en 1980. Les adhésions nombreuses de médecins à l'Optam témoignent en outre de l'intérêt qu'ils portent à cette démarche : à fin décembre 2016, il y avait 8 150 adhérents (médecins de secteur 2) aux anciens

contrats d'accès aux soins (CAS) contre 12 160 (médecins de secteur 2) adhérents aux Optam et Optam-CO (chirurgie obstétrique) à fin décembre 2017.

Traiter de la question des restes à charge, c'est ouvrir un sujet complexe et remettre en cause des équilibres économiques délicats. Toute action induit nécessairement une redistribution entre les professionnels, mais aussi entre les assurés, dont il faut mesurer précisément les impacts potentiels avant de la mener. Tout changement est susceptible d'avoir des conséquences inattendues. À l'heure où se mènent les discussions sur le reste à charge zéro pour le dentaire, l'optique et les audioprothèses, une approche basée sur le dialogue, la coconstruction et les négociations avec les usagers, les professionnels et dans certains cas les industriels, apparaît comme une voie pragmatique et efficace d'aborder ce sujet. ■



Les assureurs complémentaires face au défi du reste à charge

L'écart entre les bases de remboursement et les prix réellement pratiqués explique l'augmentation continue des restes à charge pour les patients. La réforme de notre système de santé pour améliorer l'accès aux soins doit être menée avec une concertation et une responsabilisation de tous les acteurs.

Étienne Caniard

Vice-président de la Matmut, vice-président du Conseil économique social et environnemental (Cese), ancien président de la Mutualité française

L'accès aux soins courants et plus particulièrement aux prothèses auditives, aux équipements d'optique et aux prothèses dentaires s'est peu à peu invité dans le débat politique. En février 2017, tous les candidats ou leurs représentants s'exprimaient sur ce sujet, à l'invitation de la Mutualité française. Emmanuel Macron déclarait alors : « *Je souhaite réduire le reste à charge des ménages. Pour l'optique, le dentaire et l'audio, je souhaite que ce reste à charge soit réduit à zéro par une politique de responsabilisation de l'ensemble des acteurs de santé, de manière concertée avec les professionnels de santé.* »

Il s'agit là d'un changement majeur. Nous nous sommes trop longtemps réfugiés derrière des taux de remboursement apparemment élevés, mais tirés vers le bas par la déconnection entre les bases sur lesquelles s'appliquent ces taux et les prix réellement pratiqués. Pour lutter contre le renoncement aux soins, il est temps de regarder la réalité en face en s'attaquant aux restes à charge qui limitent l'accès aux soins. Il faut donc se féliciter de l'orientation nouvelle qui se dessine.

Mais avons-nous tiré toutes les conséquences du passage d'une solvabilisation, qui ne s'intéresse qu'au taux de remboursement sans s'interroger sur la pertinence des soins, les parcours, les prix, la qualité... à une maîtrise du reste à charge qui prenne en considération tous ces aspects ? Un rapide survol des évolutions de notre système de protection sociale permet de mieux mesurer l'importance de ce changement de paradigme et les avantages et limites des différentes solutions.

Une construction aux étapes oubliées

En 1945, la majorité des dépenses de l'Assurance maladie était constituée de revenus de remplacement, alors qu'aujourd'hui les indemnités journalières ne représentent plus que 7 % des dépenses. La quasi-totalité de celles-ci est désormais consacrée au remboursement de soins. Cette lente évolution explique probablement pourquoi nous nous soucions si peu d'organisation, de régulation. Garder le regard fixé sur les taux de remboursement revient à défendre des droits devenus en partie fictifs.

En effet les taux de remboursement n'ont de sens que s'ils s'appliquent à des prix connus à l'avance, opposables, que cette opposabilité résulte de prix administrés ou d'accords, quel que soit leur forme, entre professionnels de santé et financeurs. Pourtant, entre 1945 et 2018, sur 73 années, seulement 9 ont connu des prix opposables pour les honoraires médicaux. Les premiers tarifs opposables nationaux datent de 1971... et sont remis en question en 1980, lorsque Raymond Barre a autorisé les dépassements d'honoraires, régulièrement critiqués depuis mais jamais remis en cause. C'est cet écart entre les bases sur lesquelles s'appliquent les taux de remboursement et les prix réellement pratiqués qui explique l'augmentation continue des restes à charge pour les patients.

Les dépassements d'honoraires médicaux ne sont pourtant pas le seul problème, l'accès aux dispositifs médicaux, qui incluent les lunettes et les prothèses auditives, et aux prothèses dentaires est plus préoccupant encore. Il n'existe aucune forme d'opposabilité dans ces domaines et les prix ont toujours fait la

course en tête dans leur compétition avec les remboursements!

Un haut niveau de remboursement, comme nous le connaissons en France lorsqu'il cohabite avec une liberté des prix pour une part de plus en plus importante des dépenses, concourt-il à une meilleure prise en charge ou entretient-il une logique inflationniste? L'exemple de l'optique apporte une réponse. La considérable augmentation de la prise en charge par les complémentaires n'a pas permis une diminution corrélative du reste à charge. Elle a par contre entretenu une augmentation inutile de l'offre et donc des coûts de distribution. Les complémentaires ont davantage financé de nouveaux magasins d'optique que remboursé des lunettes. Il ne suffit pas d'augmenter les remboursements pour diminuer les restes à charge.

Des complémentaires en accusation

Chacun a intégré que le niveau des déficits – certes en baisse mais avec des secteurs négligés, comme le handicap ou le vieillissement, qui devront mobiliser des moyens importants – et l'endettement cumulé depuis de longues années rendent difficile une reconquête du terrain perdu par la Sécurité sociale. Aussi, lorsque l'on veut réduire le reste à charge, on se tourne naturellement vers les complémentaires... tout en s'interrogeant sur leur utilité! Certains préconisent même leur suppression, soulignant qu'un régime obligatoire est par construction plus solidaire.

Une telle hypothèse est-elle crédible alors que depuis des décennies tous les gouvernements ont pris une direction opposée, transférant constamment de nouvelles dépenses vers les complémentaires? Une telle hypothèse est-elle raisonnable au moment où l'enjeu n'est plus seulement la solvabilisation mais aussi l'organisation de l'offre et des parcours, domaines dans lesquels la politique conventionnelle des régimes obligatoire a montré ses limites?

Ceux qui préconisent la suppression des complémentaires ont le sentiment que leurs dépenses non remboursées par l'Assurance maladie se réduisent au ticket modérateur. Or c'est loin d'être le cas. Le ticket modérateur des dépenses de ville représente moins de la moitié des dépenses des complémentaires. Les dépenses les plus dynamiques sont des dépenses qui ne sont pas du tout remboursées par la Sécurité sociale, comme les implants dentaires ou le forfait hospitalier, ou des frais dont les prix sont totalement déconnectés des bases de remboursement, comme l'optique ou

les prothèses dentaires. Les complémentaires ne sont d'ailleurs pas moins présentes dans les départements alsaciens ou en Moselle, où le régime local rembourse presque à 100 %... des tarifs de la Sécurité sociale, mais pas des prix pratiqués.

En réalité, la maîtrise du reste à charge, quel que soit le financeur, passe d'abord par la recherche d'une nouvelle forme d'opposabilité des prix afin de stopper la course délétère entre les prix et les remboursements. Or, plus personne ne croit à un illusoire retour à des tarifs administrés pour l'ensemble des dépenses de soins. Il ne faut donc pas voir le copaiement comme une anomalie, mais au contraire comme une opportunité pour mieux réguler le système et imaginer des mécanismes de fixation des prix plus respectueux des différents partenaires.

Des solutions qui ne se résument pas à une augmentation des remboursements des complémentaires

Les sommes nécessaires pour réduire le reste à charge, dans les trois domaines pour lesquels le gouvernement s'est engagé, sont estimées à 4,5 milliards d'euros. Si certains ont rêvé, faisant preuve d'une immaturité économique étonnante, que les complémentaires pourraient prendre en charge une telle dépense sans augmenter leurs tarifs, les hypothèses évoquées sont aujourd'hui plus raisonnables puisque la ministre de la Santé a récemment déclaré « *qu'il n'est pas question de supprimer le reste à charge pour toutes les lunettes, audioprothèses et prothèses dentaires* ». Seuls les patients optant pour un panier standard n'auraient aucun reste à charge. Est-ce la bonne solution?

Les pouvoirs publics ont toujours fait preuve de schizophrénie en imposant des normes prudentielles destinées à mieux garantir les souscripteurs de contrats et en invoquant l'existence de ces réserves obligatoires pour demander aux complémentaires des interventions supplémentaires sans modifier leurs tarifs. Si quelques marges peuvent exister ici ou là, le résultat technique moyen des complémentaires santé, proche de zéro, démontre que toute augmentation des interventions sera répercutée tôt ou tard dans la tarification.

La tentation de vouloir normer, encadrer les interventions des complémentaires n'est pas nouvelle. C'est la réponse qui avait été imaginée pour favoriser l'accès des retraités aux couvertures complémentaires, c'est ce qui est à l'œuvre dans les contrats responsables. Cet encadrement excessif a pour conséquence une accélération de la sélection des risques

en déplaçant la concurrence entre offreurs de soins vers les financeurs sur le seul critère de prix. Une telle concurrence favorise en effet les acteurs qui choisissent de limiter leurs interventions aux niches les plus solvables plutôt que de chercher à couvrir des populations plus larges en mettant en œuvre des mécanismes de mutualisation.

Le choix est simple. Soit on considère que les régimes obligatoires peuvent garantir une prise en charge de l'ensemble des dépenses de santé, mais il faut expliquer comment résoudre l'équation économique et répondre à l'enjeu d'organisation, soit on organise mieux l'intervention des complémentaires pour qu'elle contribue à la régulation du système de protection sociale.

« L'entre-deux » actuel nourrit les difficultés d'accès aux complémentaires pour les plus fragiles, complémentaires pourtant devenues indispensables pour se soigner, et contribue au développement des dispositifs des filets de sécurité comme la CMU. Alors que l'enjeu essentiel est l'organisation du parcours de soins des patients, n'est-il pas possible d'imaginer des solutions qui privilégient l'engagement des acteurs et leur responsabilisation pour une véritable diminution du reste à charge? La contractualisation entre financeurs et professionnels de santé est l'objet de débats passionnés mais souvent caricaturaux et simplificateurs, alors qu'il faudrait faire preuve de pragmatisme et mieux prendre en compte les caractéristiques des différents secteurs.

Peut-on comparer l'optique, dans laquelle les régimes obligatoires ne couvrent plus que 3,6 % de la dépense, et le secteur dentaire, où le décrochage du prix des prothèses dentaires des bases de remboursement est le fruit d'une politique d'économies à courte vue qui a conduit à une dévalorisation des soins conservateurs? Dans le premier cas, la solution passe à l'évidence par un renforcement des relations contractuelles entre opticiens et financeurs pour développer des accords qui mettent fin à la course délétère entre prix et remboursements. Comment diminuer les restes à charge si on ne met pas fin aux pratiques souvent dénoncées de ce qui est pudiquement appelé « l'ajustement », qui consiste à adapter l'offre au niveau de remboursement? Est-ce par une offre imposée aux acteurs, financeurs comme opticiens, qui existera sur le papier mais pas dans la réalité parce que contrainte et irréaliste économiquement?

La question de la filière dentaire est très différente. Les mêmes professionnels pratiquent des soins conservateurs, qui



globalement représentent les deux tiers de leur activité et le tiers de leurs revenus, et des soins prothétiques, qui leur procurent les deux tiers de leurs revenus pour un tiers de leur activité. Comment imaginer qu'un accord sur le prix des prothèses, qui ne sont plus financées qu'à hauteur de 18 % par les régimes obligatoires, ne soit pas articulé avec une revalorisation des soins conservateurs, sur lesquels les complémentaires n'interviennent globalement que pour couvrir le ticket modérateur. Ne faudrait-il pas commencer par rééquilibrer les interventions des deux financeurs pour éviter d'aller au bout de la logique actuelle, qui conduit à l'émergence d'une offre dite « *low cost* » exclusivement consacrée à l'activité prothétique, évidemment d'autant plus « rentable » qu'elle n'est pas pénalisée par la pratique de soins conservateurs ? Le secteur dentaire exige à l'évidence une négociation globale qui prenne en compte l'ensemble des enjeux de santé publique, y compris les domaines délaissés avec de lourdes conséquences sanitaires comme la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

L'audioprothèse répond encore à un autre modèle. Certes, comme pour l'optique, l'offre a considérablement augmenté (entre 2000

et 2017, le nombre d'audioprothésistes a plus que doublé) mais si le nombre d'appareils vendus a connu la même progression, il y a néanmoins un sous-équipement encore important. On estime à plus de 6 millions les personnes présentant une déficience auditive, moins de 2 millions sont équipées. Le débat porte sur le prix, qui ne représente pas que le coût de l'appareil mais le service associé, l'adaptation et le suivi. La plupart des observateurs, rejoints par les professionnels du secteur, estiment qu'une approche trop centrée sur le prix de l'appareillage, qui peut aller jusqu'au découplage entre appareil et prestations de suivi, présente des risques notamment en terme d'observance (la France est bien placée dans ce domaine puisque l'on estime à seulement 10 % le taux d'appareils vendus et non portés). Mais le paiement forfaitaire doit s'accompagner d'une grande vigilance sur le suivi et offrir des solutions réellement applicables, en cas de déménagement des patients par exemple. À l'évidence, le rôle de l'audioprothésiste n'est pas comparable à celui d'un opticien, mais on ne peut imaginer que l'effectivité du suivi ne soit pas mieux mesurée et évaluée.

Ces trois exemples montrent bien qu'il faut

sortir des postures et engager un dialogue entre les acteurs, qui, sinon, se verront imposer des solutions inadaptées ou difficilement applicables. Le débat sur le reste à charge est l'occasion de dépasser les clivages trop longtemps entretenus entre les acteurs. Le rôle des pouvoirs publics est davantage de faciliter ce rapprochement que d'imposer sa solution. De véritables usines à gaz ont été inventées dans un passé récent, pour les retraités par exemple, sans que cela n'apporte de réponse aux difficultés des intéressés.

La référence à des taux de remboursement ayant perdu tout sens est une illustration de notre attachement à une égalité de droits, même si elle n'est qu'illusion pour une partie de la population. L'approche par le reste à charge permet de progresser vers une égalité de fait et de sortir de l'hypocrisie qui entoure bien des discours sur la Sécurité sociale. Il serait dommage que cette occasion de réformer notre système pour améliorer l'accès aux soins soit gâchée faute de confiance faite aux acteurs. L'État doit être plus exigeant en fixant des objectifs ambitieux pour diminuer le renoncement aux soins, mais laisser plus de marges de manœuvre aux acteurs pour ne pas brimer leur capacité d'innovation. 🏠