



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. ■