

## La question de l'égalité d'accès aux soins

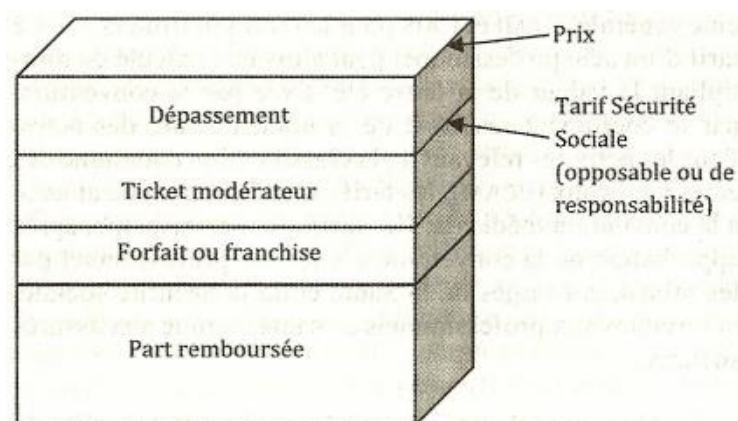
Si les pouvoirs publics n'ont pas réussi, malgré leurs efforts à maîtriser autant que nécessaire l'évolution des dépenses de santé, les différentes mesures visant à limiter les remboursements ont eu des effets sur la prise en charge de certains risques et l'accès aux soins de certaines catégories de la population. Au point que les inquiétudes sur les performances sanitaires et sociales du système de santé français (à cause notamment des risques grandissant de renoncement aux soins) se font plus pressantes depuis quelques années... C'est une question importante, dans la mesure où le droit à la santé est au fondement de la conception contemporaine de l'assurance maladie...

*Note* : on ne s'intéressera ici qu'aux obstacles financiers (d'autres existent, comme par ex., la distance, dans les « déserts médicaux »).

### 1. La prise en charge des différents soins par l'assurance-maladie : une lente érosion ?

Pour chaque type de soins, il existe des limites à la prise en charge par l'assurance maladie. Ils sont de 3 ordres : tickets modérateurs, franchises, forfaits :

Schéma de la structure de la prise en charge des soins :



Dès l'origine (1930, 1945...), des limites avaient été prévues par le législateur (ticket modérateur (« TM ») de 20 % sur les services médicaux et les médicaments) : l'idée était double → ménager une place à la prévoyance libre (mutuelles) et prévenir, déjà, la surconsommation en

Source : P.-L. Bras, D. Tabuteau, *Les Assurances maladies*, PUF, 2009, p. 34.

responsabilisant les assurés : on a vu, de fait, que la possibilité de bénéficier d'une assurance engendrait une légère surconsommation (qui peut être aggravée par une hausse des prix si les professionnels profitent de la disparition du reste à charge pour augmenter leurs tarifs).

Cependant (rappel), les effets finaux sont incertains : on a vu que l'existence du TM pouvait constituer, lorsqu'il est trop important, ou pour des personnes modestes, un obstacle pour accéder à des soins nécessaires, ce qui peut se traduire par des soins ultérieurs plus onéreux et donc au final constituer un surcoût pour l'assurance maladie... Il est donc extrêmement difficile – voire impossible – de déterminer un niveau de prise en charge optimal et tous ceux qui ont essayé s'y sont cassé les dents...

Or, depuis 25 ans (Plan Juppé, 1995), la plupart de ces limitations ont été alourdies ou ajoutées progressivement, dans le cadre de la politique de maîtrise des dépenses de santé (*cf supra*) pour limiter l'ampleur des déficits.

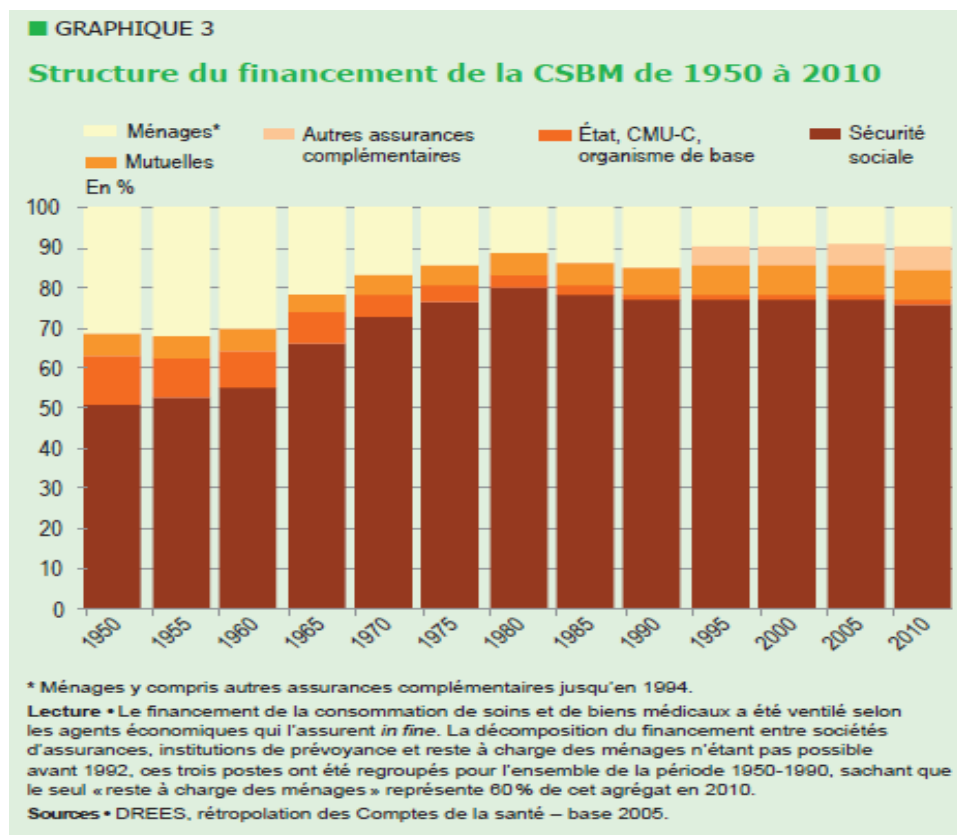
En voici quelques exemples (les principaux) :

- Consultations médicales : 80 % ; + franchise de 1€ par acte (2005)
- Hôpital : « forfait hospitalier » (dépenses « hôtelières ») de 20€/jour
- Médicaments : taux de remboursement différenciés : 15 %, 30 %, 65 %... + franchise de 0,5€ par boîte...

L'ensemble de ces limitations auraient représenté 22 Mds € en 2009. Aux TM, il faut ajouter 3 autres éléments :

- les dépassements d'honoraires (6,7 Mds€) : ils sont surtout le fait des médecins (2,4 Mds d'€, essentiellement en « secteur 2 » (conventionnés mais autorisés à dépasser les tarifs conventionnels passés avec les caisses) et des dentistes (4 Mds€) ;
- l'exclusion de certains biens et services du remboursement, pour service médical insuffisant ou bien parce qu'ils sont considérés comme « soins de confort » : c'est notamment le cas pour certains médicaments, certains soins dentaires, ou l'optique, très faiblement remboursée jusqu'à il y a peu<sup>1</sup>.
- la non présentation au remboursement (négligence, méconnaissance des droits, etc.) Difficile à quantifier (14,3 Mds d'€ pour ces deux dernières catégories d'après Bras et Tabuteau, *op cit.*, 2009, p. 79).

Toutes ces mesures ont eu pour effet de mettre un coût d'arrêt à la progression de la part des dépenses de santé prises en charge par les régimes obligatoires. Celle-ci est passée de 81 % en 1980 à 76 % env. aujourd'hui) Mais elle n'a pas fortement reculé et l'érosion est restée légère :

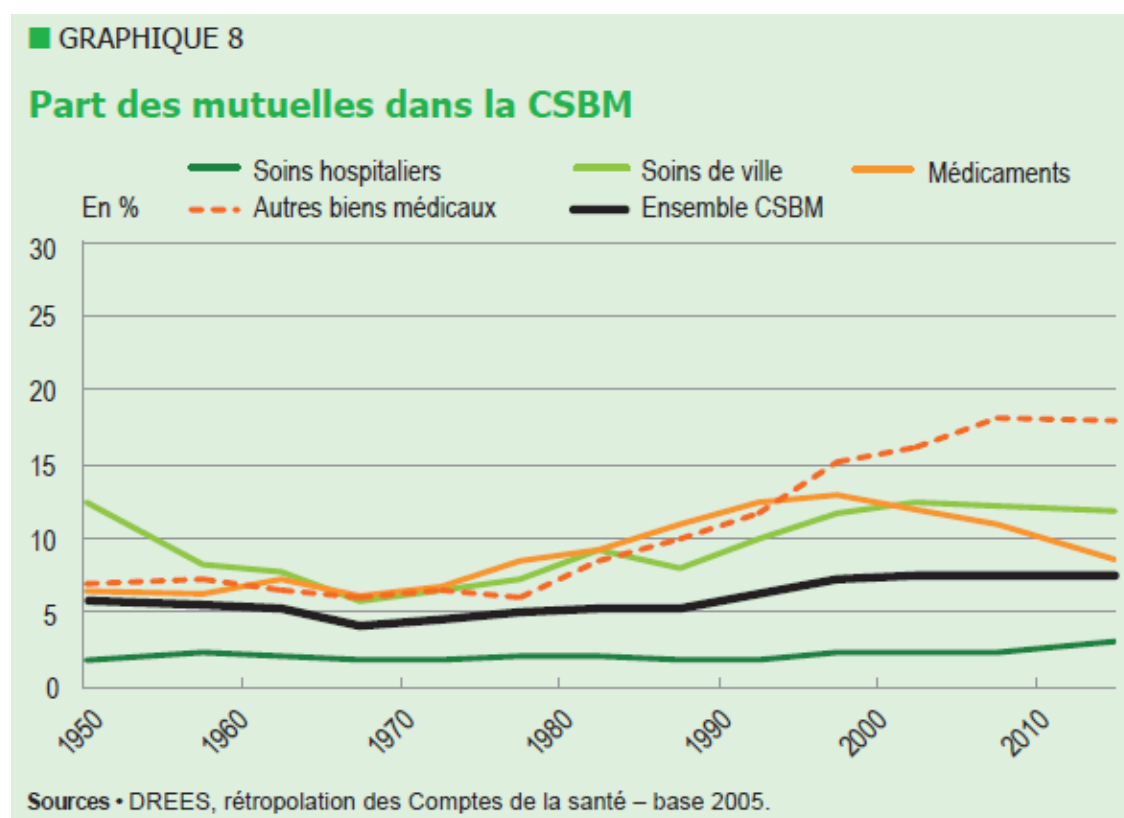


Source : 60 ans de dépenses de santé, INSEE, 2013.

<sup>1</sup> Depuis le 1er janvier 2020, opticiens et mutuelles finançant l'AMC ont toutefois l'obligation de proposer des offres « lunettes » (montures + verres) prise en charge à 100 %.

La raison principale tient au développement parallèle des exonérations de TM pour certains patients, notamment ceux touchés par une ALD (affection de longue durée) ou une invalidité quelconque : or, le nombre de ces derniers s'accroît de 3 à 4 % par an, du fait du vieillissement de la population (maladies chroniques) mais aussi d'une politique assez généreuse dans ce domaine (poids des *lobbys*...). D'une certaine manière, on peut dire que le développement des TM provoque des tensions et protestations auxquelles les pouvoirs publics répondent en accordant des exonérations partielles... qui viennent en limiter la portée réelle... (un peu comme les niches et exceptions fiscales, destinées à faire accepter l'alourdissement des impôts).

D'autre part, *le reste à charge des ménages* ne s'est pas accru dans la même proportion (il a même baissé) du fait du développement de l'AMC (assurance maladie complémentaire) :



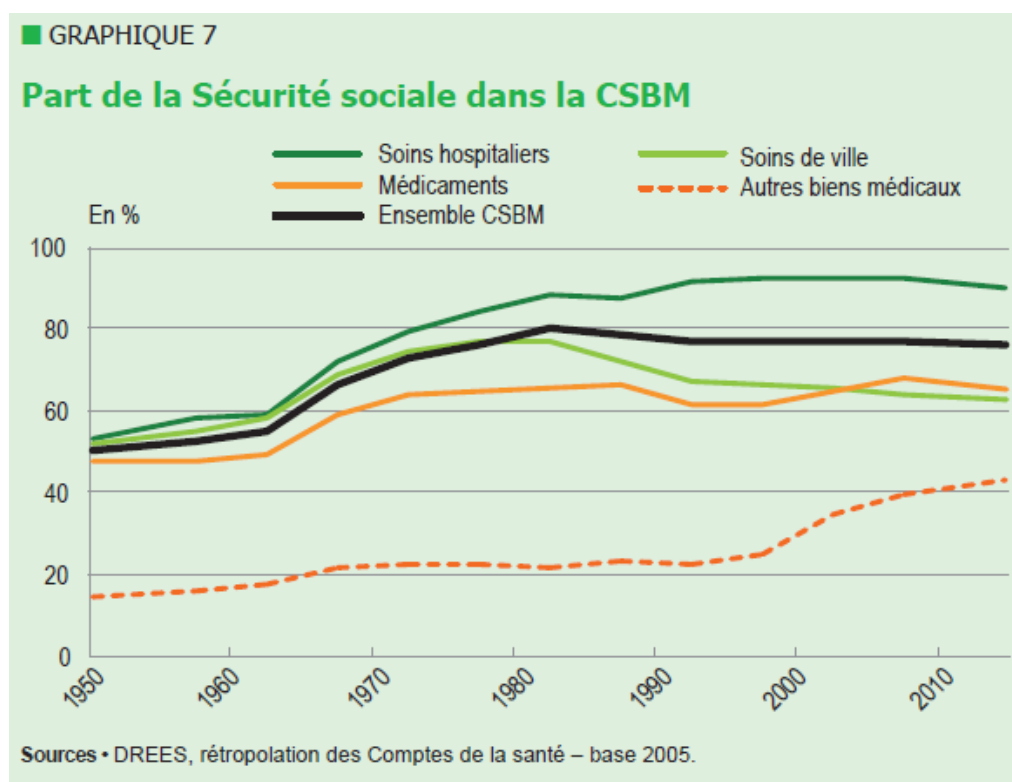
Source : *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties*, DREES, 2016

Note :

1. Primaire : en l'absence d'AMO
2. Complémentaire : part du risque non pris en charge par l'AMO
3. Duplicative : pour accéder à des prestations spécifiques (lits privés, accès direct au médecin...)
4. Supplémentaire : prise en charge de risques pas du tout couverts par AMO

La conséquence en est que la France reste, comme on l'a vu, l'un des pays du monde où la dépense de santé est la plus socialisée. Ceci cache toutefois des disparités qui tendent à s'accroître, à la fois suivant le type de soins et suivant le type de personnes...

## 2. Des soins plus ou moins bien remboursés :



Source : 60 ans de dépenses de santé, INSEE, 2013 ;

On voit dans le document ci-dessus que l'érosion la plus forte a touché les « soins de ville » (consultations médicales) ; à l'opposé, les dépenses hospitalières n'ont pas été affectées jusqu'à une date récente et restent aujourd'hui (document ci-dessous) les mieux prises en charge par la Sécurité sociale (ce sont des dépenses lourdes et « vitales » ; celles où la solidarité est la plus justifiée, à la fois économiquement et socialement parlant ; il y a peu de reste à charge dans ce domaine), tandis que les soins ambulatoires et les médicaments le sont beaucoup moins (dépenses plus quotidiennes, mais pas toujours), de l'ordre des 2/3. C'est dans ce domaine principalement qu'interviennent les organismes complémentaires : leur contribution est plus importante pour les soins ambulatoires que pour les médicaments, de sorte que le reste à charge (RAC) pour les ménages est un peu plus important pour ces derniers (16,3 % contre 12,7 en 2010).

**Tableau 7. – Structure de financement de la CSBM et de ses principales composantes en 2010**

	<i>Soins hospitaliers</i>	<i>Soins ambulatoires</i>	<i>Médicaments</i>	<i>CSBM</i>
Sécurité sociale	90,9 %	63,2 %	66,2 %	75,8 %
État, CMUC	1,1 %	1,8 %	1,2 %	1,2 %
Organismes complémentaires	4,9 %	22,3 %	16,3 %	13,5 %
Ménages	3,2 %	12,7 %	16,3 %	9,4 %

Source DREES, Comptes de la santé 2010.

Source : Bras, Tabuteau, *Les Assurances maladies*, op. cit., p. 79

### 3. Des taux moyens qui cachent de fortes disparités sociales

Le taux de prise en charge n'est pas réparti non plus de manière égale entre les assurés et les chiffres moyens cachent des disparités importantes: le taux de remboursement effectif serait ainsi inférieur à 60 % pour la majorité des assurés, qui ne recourent qu'à des soins « courants » (Bras, Tabuteau, *op. cit.*, p. 80). A l'autre extrémité, un nombre significatif et croissant de patients bénéficient, on l'a dit, d'une prise en charge à 100 % (pas de TM), car ils sont de gros consommateurs de soins hospitaliers (pathologies graves, fin de vie...) ou par le biais de l'admission à l'ALD (cf *supra*). Le risque engendré par cette évolution est double :

1. Que des réactions de rejet se développent chez ceux, nombreux, qui contribuent au prix fort au système (les actifs d'âge moyen, entre 25 et 50 ans), alors qu'ils ont l'impression de ne pas beaucoup consommer (vrai) ou de ne pas pouvoir en profiter quand ils en ont besoin (lorsqu'ils doivent supporter d'importants TM sur les soins dentaires ou les lunettes des enfants, par ex.). Ils pourraient alors être tentés de remettre en cause la solidarité et de chercher à se soustraire au principe de l'assurance obligatoire (des réactions de rejet de cette nature s'observent, de longue date, chez les travailleurs indépendants, dont les cotisations sont lourdes et les taux de remboursement parfois plus faibles, encore qu'ils aient été aujourd'hui alignés sur ceux du régime général, pour l'essentiel<sup>2</sup>).

Ce serait un mauvais calcul pour deux raisons :

- Cela compromettrait le financement du système aujourd'hui.
- Cela les exposerait à être à leur tour mal voire pas du tout remboursés une fois devenus plus âgés (rappelez-vous que les dépenses de santé deviennent nettement plus importantes avec l'âge et peuvent alors excéder les capacités financières des individus...) ou gravement malades (le coût annuel réel de certains médicaments anticancéreux dépasse 200 000€ pour un seul patient).

2. Que, du fait de restes à charge importants, certaines personnes sont conduites à renoncer à des soins pour des raisons financières, avec toutes les conséquences évoquées plus haut. Ce risque est lui bien réel – pas seulement en France - comme en témoignent les données disponibles :

Tableau 9. – Personnes déclarant avoir renoncé à des soins pour des raisons financières, en %<sup>1</sup>

États-Unis	33 %
Allemagne	25 %
Australie	22 %
Canada	15 %
Nouvelle-Zélande	14 %
France	13 %
Norvège	11 %
Suisse	10 %
Suède	10 %
Pays-Bas	6 %
Royaume-Uni	5 %

Source : 2010 Commonwealth Fund International Survey in Eleven Countries.

Source : Bras, Tabuteau, *Les Assurances maladies*, *op. cit.*, p. 90.

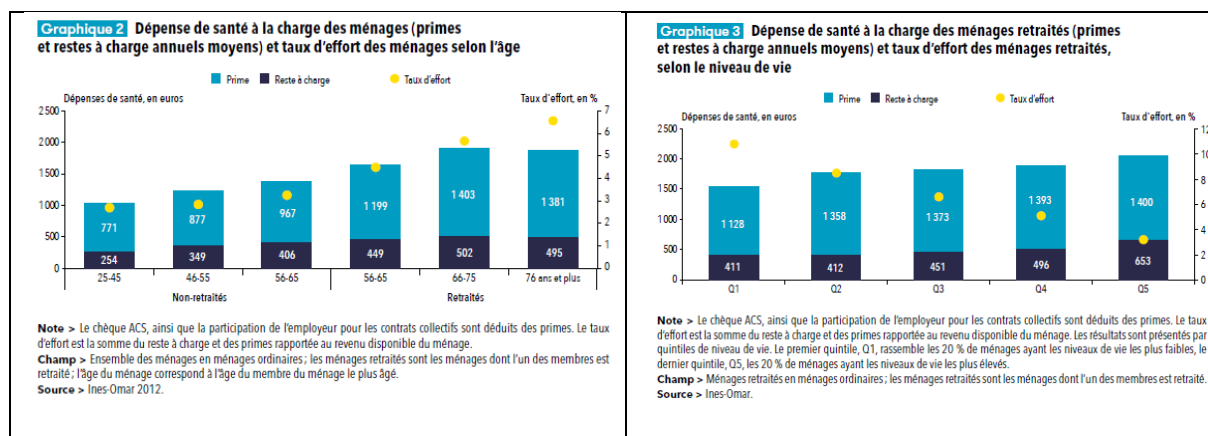
Sans surprise, le renoncement aux soins est plus grand dans les pays où n'existe pas (ou n'existait pas jusqu'à une date récente) d'AMO (USA). Mais il touche aussi la France (13 %) : il concerne soit des personnes à revenus modestes, que l'existence de

<sup>2</sup> En 1993, la Cour de justice des Communautés européennes (auj. de l'Union européenne) a rejeté le recours de deux travailleurs indépendants français qui avaient été condamnés pour avoir refusé de cotiser à l'AMO et préféré souscrire une assurance privée. Sur la question du monopole de la sécurité sociale sur la couverture de base, voir : <http://www.securite-sociale.fr/le-monopole-de-la-securite-sociale>

TM parfois importants dissuade ; soit des personnes à forte consommation : familles (rôle des enfants), personnes âgées confrontées au coût croissant de l'AMC avec l'âge :

Âge

Retraités selon niveau de vie



Source : La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties, DREES, 2016

C'est pour remédier à ces difficultés que les pouvoirs publics ont mis en place des dispositifs spécifiques que nous avons évoqué précédemment : CMU-C et ACS (devenus récemment CSS), mais aussi des contrats de complémentaire santé à coût réduit pour les retraités, qui sont confrontés à des primes d'assurance souvent élevées en raison de la morbidité élevée liée à leur âge.

Si le cas des personnes sans assurance de base est le plus dramatique, numériquement, les cas de renoncements aux soins les plus fréquents se rencontrent chez des assurés qui n'ont pas les moyens, pour diverses raisons, de payer une AMC.

**Actuellement, 5 % de la population est sans assurance complémentaire, dont un peu plus de la moitié pour des raisons financières :**

**Tableau 2** Motifs déclarés de non-couverture par une complémentaire santé

Motifs de non-couverture par une complémentaire santé	%
Pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale pour une ALD*, une invalidité	17
N'en n'a pas les moyens ou c'est trop cher	53
Ne souhaite pas être couvert, n'en a pas besoin	12
En cours d'adhésion	9
N'y pense pas, n'a pas le temps de faire les démarches	9
Autre	13

\* Affection de longue durée.

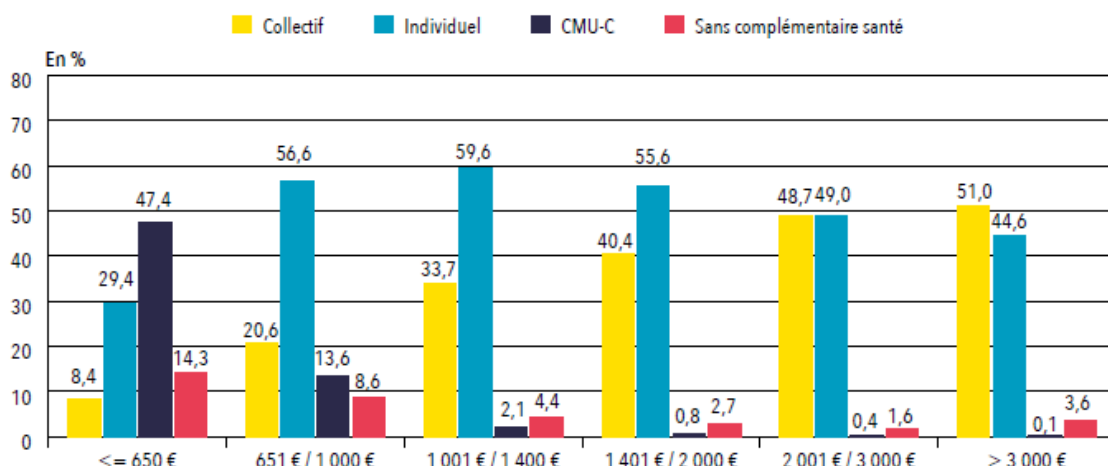
**Champ** > Individus de 18 ans et plus sans complémentaire santé ayant répondu au questionnaire auto-administré, soit 472 personnes.

**Source** > ESPS 2012, IRDES.

Source : La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties, DREES, 2016



### Graphique Taux de personnes couvertes par une complémentaire santé, selon le revenu par unités de consommation et le type de couverture



**Champ** > Participants à l'enquête pour lesquels le revenu a été renseigné, soit 16 829 personnes.

**Source** > ESPS 2012, IRDES.

Source : La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties, DREES, 2016

Même s'il existe des « effets d'aubaine » (certains profitent de l'aide alors qu'ils auraient accepté de payer même si elle n'existait pas), il est certain que si des aides n'existaient pas, le nombre de personnes sans AMC serait bcp plus élevé, avec les conséquences prévisibles en terme d'état de santé et peut-être, de dépenses d'hospitalisation... (bénéficiaires de la CMUC-C + personnes sans AMC pour raisons financières = 8,85 % de la pop. en 2012).

Ces dispositifs permettent à plusieurs millions de personnes supplémentaires de bénéficier d'une protection maladie complémentaire mais ils coutent cher. C'est pourquoi, **depuis le 1er janvier 2016, on l'a vu, il obligation pour toutes les entreprises de proposer une AMC à tous leurs salariés**, avec participation de l'employeur. On peut toutefois douter de la capacité de cette mesure à faire reculer significativement l'absence d'AMC car on retrouve le plus souvent cette dernière chez les travailleurs précaires, ceux qui ont le plus de mal à s'insérer dans l'emploi (de ce point de vue, cette charge supplémentaire imposée aux entreprises est de nature à renchérir encore le coût du travail...). Par contre, la mesure devrait être bénéfique pour les finances publiques en faisant diminuer à terme le nombre de bénéficiaires de la nouvelle CSS.