

Note du 20 mars 2018

La question des restes-à-charge est une préoccupation majeure pour les usagers du système de santé.

La promesse d'un reste-à-charge zéro sur ces soins est très attendue par les associations d'usagers, qui attendent des engagements forts de la part des pouvoirs publics.

Néanmoins, France Assos Santé rappelle son attachement à **une Assurance maladie obligatoire solidaire repositionnée au centre de la prise en charge.**

Si l'Assurance Maladie obligatoire prend en charge la plus grande part des dépenses de santé de manière générale, ce n'est pas le cas concernant les soins prothétiques dentaires, audio et optiques. C'est pourquoi les restes-à-charge sont les plus élevés dans ces domaines. En effet, même après l'intervention de l'assurance maladie complémentaire, ceux-ci s'élèvent respectivement à 24% pour l'optique, 57% pour l'audioprothèse et 35% pour les soins dentaires. Les organismes complémentaires ont pris une place de plus en plus importante dans la prise en charge de ces soins, ce qui entraîne un système de santé plus inégalitaire au regard des modes respectifs de financement de l'Assurance maladie obligatoire et de l'Assurance maladie complémentaire.

La réforme doit se faire **sans augmentation des cotisations**, une telle augmentation serait paradoxale avec l'objectif visé, et elle rendrait encore plus difficile l'accès à la complémentaire. **L'Assurance maladie obligatoire doit se repositionner comme financeur principal de tous les soins.**

Au-delà, l'objectif de l'accès aux soins pour tous ne peut être atteint que si le champ est élargi à l'ensemble des situations de restes-à-charge les plus élevés en travaillant à des solutions favorisant l'accès équitable de tous à la santé.

### ❖ Un reste-à-charge zéro pour tous, partout

Le reste-à-charge zéro ne doit pas être limité à certaines structures qui le proposeraient, telles que les centres de santé et/ou mutualistes. Cette offre doit être accessible dans toutes les structures concernées, professionnels libéraux, établissements, distributeurs... Il est important que tous les professionnels jouent le jeu et proposent systématiquement le panier de soins « reste-à-charge zéro » à tous les usagers, avec une explication claire et transparente de l'offre de soins.

### ❖ **Un panier de soins de qualité, modulable en fonction des besoins avec des nomenclatures évolutives et encadrées**

Pour réussir le pari du reste-à-charge zéro, il est impératif que le panier de soins soit de qualité, attractif, non stigmatisant **et modulable afin de s'adapter aux besoins de chacun** en fonction de ses problèmes de santé spécifiques, de son éventuel handicap et de sa situation. Proposer des produits de moindre qualité, qui ne correspondraient pas aux besoins évalués de manière individuelle, serait à coup sûr un objectif raté et inciterait au rejet des usagers et des professionnels qui orienteraient vers d'autres produits, se révélant ainsi totalement contre-productif.

En outre, **les nomenclatures devront être révisées**, notamment pour les audioprothèses, afin de tenir compte des évolutions techniques mais aussi de permettre l'accès de tous à ces innovations, parce que les prescripteurs pourront les inscrire **dans des modèles d'ordonnances spécifiques** dans l'esprit de ceux prévus dans l' **Arrêté du 4 avril 2016 portant modification des modalités de prise en charge des prothèses de sein**.

**Des Prix Limites de Vente (PLV) en cohérence avec les bases de remboursement de la sécurité sociale** doivent également être fixés afin de circonscrire une potentielle inflation et permettre l'accès aux soins à tous.

### ❖ **Une amélioration de la lisibilité des prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire**

Le reste-à-charge zéro implique une bonne connaissance de la part des usagers de la prise en charge qui sera assurée respectivement par l'Assurance maladie obligatoire et les organismes d'assurance complémentaire. Notre système de santé est mixte et complexe. Les garanties proposées par les organismes d'assurance maladie complémentaire sont, le plus souvent, exprimées en des termes inaccessibles au grand public, ne serait-ce que parce qu'elles sont accrochées au remboursement de l'Assurance maladie obligatoire que l'utilisateur ne connaît pas : % PMSS ou % BRSS. Le droit à l'information des usagers est souvent malmené, que ce soit sur les coûts des prestations de santé, sur le niveau de prise en charge ou encore sur les dispositifs d'aides existants pour permettre ou faciliter l'accès à une complémentaire santé (CMU-c ou ACS). **Une simplification et une information claire des différentes modalités de prise en charge** apparaissent comme une nécessité, qu'il s'agisse de l'assurance maladie obligatoire ou complémentaire.

L'UNOCAM a élaboré en 2010 une déclaration commune portant engagement de bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties de complémentaire santé. Hélas, 8 ans après, ces difficultés sont toujours d'actualité, précisément parce que cet engagement n'a pas été accompagné des mesures nécessaires pour l'encadrer, à savoir :

- un délai pour la réalisation desdits engagements. Sans date butoir, les assureurs ont été libres d'invoquer tous les prétextes pour en retarder la mise en pratique.

- des points d'étape afin d'évaluer périodiquement l'impact concret de cette lettre d'engagement. Car si les fédérations représentées à l'UNOCAM s'entendent unanimement sur ces différents points, les membres des membres demeurent libres d'y souscrire.

Une première évaluation avait été faite en 2012 par l'UNOCAM, soit seulement 18 mois après la mise en place de cette déclaration, mais rien depuis. Il nous paraît indispensable de faire **un état des lieux des contrats de complémentaires** pour pouvoir juger de l'opportunité de reprendre ce chantier de simplification et de lisibilité en toute connaissance de cause. Le dispositif mettant en œuvre la promesse du reste-à-charge zéro devrait ainsi comporter en premier lieu un état des lieux des garanties, de leur lisibilité, de leur comparabilité. Ceci d'autant plus que la **Commission des clauses abusives a publié une recommandation** le 19 février 2018 **sur les contrats d'assurance complémentaire santé** (Assurance, prévoyance, mutuelle) et retenu 38 clauses abusives, notamment concernant la lisibilité des termes employés et sur l'information aux adhérents<sup>1</sup>

### ❖ **Une éducation à la santé renforcée, une prévention adaptée et efficace, un reste-à-charge zéro sans conditions**

La France se situe encore en dessous de ses voisins européens concernant la prévention en santé (2% des dépenses courantes de santé en 2014 contre 3% en moyenne dans les pays de l'UE). Celle-ci est pourtant un élément indispensable qui permettrait de diminuer les dépenses de santé et le recours aux soins prothétiques, notamment en dentaire. A ce titre **la communication vers les usagers doit être renforcée pour accroître la prévention**, par exemple les soins dentaires conservateurs sont remboursés et accessibles à toute personne relevant de l'AMO et AMC y compris la CMU-C et l'ACS. Il est important que les usagers, qui pensent parfois à tort que les soins dentaires de base sont mal remboursés, puissent être rassurés. Des actions d'éducation à la santé doivent être menées, notamment en direction des publics les plus défavorisés, et à tous les âges de la vie.

Si la prévention tient désormais une place majeure, qui doit encore être développée, **les associations d'usagers sont totalement opposées à un reste-à-charge « comportemental » qui conditionnerait l'accès au reste-à-charge zéro** et le réserverait aux « bons usagers ». La notion de « responsabilisation » des usagers sous-entend la possible irresponsabilité individuelle des usagers. Avant d'engager la responsabilité individuelle des usagers il est indispensable **d'engager la responsabilité collective** des pouvoirs publics, qui doivent mettre en place un système de prévention efficace, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. L'accès aux professionnels de santé est également une problématique majeure pour un grand nombre d'usagers, qui se verraient sanctionner du fait des carences publiques. En outre, un dispositif tel que celui-ci entraînerait une inégalité vis-à-vis des populations les plus fragilisées et les plus éloignées de la connaissance des dispositifs de santé. Un reste à charge zéro comportemental

---

<sup>1</sup> <http://www.clauses-abusives.fr/recommandation/recommandation-n2017-01-contrats-dassurance-complementaire-sante/>.

contribue à aggraver les inégalités sociales de santé. Il est inacceptable pour les associations d'usagers.

Outre les principes généraux ci-dessus, les trois postes de soins concernés par le reste-à-charge zéro posent des problématiques différentes. Il nous apparaît donc nécessaire de distinguer chacun des trois domaines.

### ❖ Propositions concernant l'audioprothèse

**Une révision de la nomenclature avec des recommandations professionnelles précises et cadrées pour les prescriptions détaillées permettant un reste-à-charge zéro, dès lors que le prescripteur a précisé les spécificités des besoins sur sa prescription<sup>[1]</sup>.** Ce dispositif permet également le choix pour l'utilisateur d'acquiescer un modèle différent, plus cher, pour lequel le reste-à-charge correspond au différentiel entre le modèle correspondant à ses besoins et le modèle choisi. La nomenclature devra également pouvoir évoluer régulièrement en fonction des évolutions techniques des matériels.

**Une information claire, transparente et précise sur les différents modèles et la tarification, coût de l'appareil et coût du suivi, en y incluant un temps de conseil et de formation de la part du professionnel. Un encadrement des tarifs avec un PLV cohérent avec la base de remboursement de la sécurité sociale devra être fixé.**

**Concernant la tarification** il nous apparaît également important **de pouvoir la moduler en fonction du besoin** de l'utilisateur qui aura été déterminé par le prescripteur. Si un appareillage simple, justifiant d'un suivi allégé est prescrit, la facturation sera réduite. Il faut en revanche continuer à proposer **une forfaitisation incluant le coût de l'appareil et le suivi au regard des besoins spécifiés dans la prescription** afin de permettre aux usagers d'avoir des appareils, plus complexes, adaptés et efficaces. **S'agissant d'appareils techniques, un temps de conseils et d'explication du professionnel, fonctionnement et entretien notamment, doit être pris en compte dans le forfait facturé et détaillé.** Les professionnels doivent en outre s'engager à présenter et à expliquer les différents modèles adaptés aux besoins du patient.

### ❖ Propositions concernant les prothèses dentaires

**Se référer au panier de soins de la CMU-C en étendant les prothèses céramo-métalliques à toutes les dents visibles (dents du sourire).** Au-delà de l'aspect esthétique pur, la qualité de la dentition est un marqueur social fort, c'est pourquoi il est indispensable que le panier de soins reste-à-charge zéro intègre des prothèses céramo-métalliques jusqu'à la première molaire incluse.

---

<sup>[1]</sup> C'est le modèle du dispositif des prothèses mammaires externes dans le cadre du cancer : un modèle d'ordonnance permet d'indiquer les caractéristiques de la prothèse selon les besoins de la patiente.

**La généralisation du dispositif de prévention bucco-dentaire pour les enfants, adolescents et femmes enceintes à l'ensemble de la population pourrait être expérimentée afin d'évaluer** si une prise en charge intégrale d'une consultation annuelle de prévention dentaire peut réduire le recours ultérieur aux soins prothétiques. Une communication et une information importante devront être prévues.

**L'intégration de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) dans la rémunération des chirurgiens-dentistes dans le but de favoriser la qualité du service médical** notamment la prévention et les soins conservateurs.

Cette incitation financière à une meilleure pratique serait associée à **une régulation des tarifs des prothèses**, celle-ci est nécessaire car la liberté tarifaire étendue accordée aux chirurgiens-dentistes a pour conséquence, en 2014, que la dépense directe des ménages a atteint près de 2,7 Md€, soit le quart de la dépense dentaire estimée. Cette part représente un reste-à-charge conséquent pour les assurés sociaux et le motif premier du renoncement aux soins. Les actes prothétiques, beaucoup plus rémunérateurs en raison des dépassements d'honoraires pouvant être pratiqués, représentent 62 % des honoraires des omnipraticiens, mais 12 % seulement de leurs actes ; les soins conservateurs et chirurgicaux 25 % des honoraires, mais 53 % des actes. Ceci malgré les revalorisations successives des soins conservateurs. Là encore, un bilan des revalorisations et des évolutions des chiffres d'affaires des chirurgiens-dentistes est un préalable. Ce système aggrave par ailleurs les inégalités car on constate des écarts de prix très importants entre professionnels et zones géographiques. La rémunération et la tarification sont donc à revoir, entre les bases de remboursement de l'Assurance Maladie et les tarifs pratiqués par les professionnels, et surtout la liberté totale des prix sur les actes prothétiques qu'il convient de mettre en cause, notamment sur les produits qui seraient inclus dans l'offre reste-à-charge zéro.

### ❖ Propositions concernant l'optique

Les prises en charge des équipements d'optique ont fait l'objet à plusieurs reprises de mesures, décisions ou réglementations : révision de la nomenclature, inscription de prises en charge limitées dans les contrats complémentaires responsables, etc. Mais la prise en charge de l'Assurance Maladie obligatoire n'a jamais été modifiée. De nombreuses améliorations pourraient donc être proposées

**Inclure dans le panier de soins reste-à-charge zéro certains traitements qualitatifs des verres** : amincissement des verres au-delà d'un certain degré de correction par exemple, qui permet en plus de l'aspect esthétique d'améliorer la vision optique (effet de loupe). De même, permettre un choix diversifié des montures, sans proposer des marques luxueuses, un choix trop limité de montures renverrait à une stigmatisation des « lunettes sécu » et risquerait d'entraîner un rejet de la part des usagers.

**Considérer les verres comme des biens médicaux soumis à TVA réduite.** Actuellement les verres correcteurs sont inscrits au chapitre 2 du titre II de la Liste des Produits et Prestations remboursables et sont soumis au taux normal de TVA, soit 20%. Le taux réduit à 5,5% est

notamment admis pour du matériel médical spécifique pour personnes en situation de handicap. La définition du handicap retenue par la Loi du 11 février 2005 indique que le handicap est reconnu s'il y a limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société du fait d'une altération substantielle d'une fonction. Or, une déficience visuelle entraîne des limitations d'activité et des restrictions de participation à la vie en société indéniables, notamment pour la scolarité, l'accès et le maintien dans l'emploi, la conduite automobile, etc. A ce titre, l'accès à des verres optiques permet de corriger une situation de handicap et c'est pourquoi le taux de TVA réduit à 5,5% devrait pouvoir être appliqué.

L'engagement d'un reste-à-charge zéro sur les trois domaines que sont les soins prothétiques dentaires, audio et optiques est une première étape, que nous saluons. Pour autant, il faudrait aller plus loin et ne pas oublier que les restes-à-charge élevés se concentrent aussi particulièrement sur certaines personnes malades ou en situation de handicap. C'est le cas notamment des personnes devant se munir de fauteuils motorisés ou électriques, celui des personnes malades devant recourir à des compléments alimentaires non remboursés, de celles devant utiliser du petit matériel tels que seringues, sérum physiologique, produits d'hygiène et de stérilisation, etc.... Concernant le handicap, le rapport IGAS de 2016 « Evolution de la prestation de compensation du handicap » montrait que, d'après des données de la CNSA pour 2015 sur les fauteuils roulants, le reste-à-charge maximum pouvait aller jusqu'à près de 14 000 € (3 963 € en moyenne). Une étude réalisée par l'AFM en septembre 2014 montrait que les financements légaux (liste produits et prestations remboursables, prestation de compensation handicap) représentaient, sur un échantillon, 60 % du coût de ces équipements, et que le reste-à-charge moyen restait de 5 458 €, puis de 1 850 € après intervention d'autres financeurs (organismes complémentaires, associations), mais pour 20 % des cas, il restait supérieur à 3 375 €

Enfin, la question particulière des restes-à charge pour les assurés en ALD mérite d'être posée. De nombreux soins découlant directement de l'ALD n'entrent pas aujourd'hui dans le cadre du 100%, par exemple l'obligation d'extractions de dents dans le cadre de radiothérapie ou de greffe, pour éviter tout foyer infectieux, et qui nécessitent le recours à des prothèses dentaires, parfois nombreuses, et coûteuses du fait du ticket modérateur et des tarifs élevés en inadéquation totale avec les bases de remboursement. La réforme qui s'engage pour permettre l'accès aux soins à tous doit donc aller au bout de ses ambitions, afin que le frein financier n'entraîne plus aucun renoncement aux soins.