

ACTES

DE LA

JOURNÉE NATIONALE

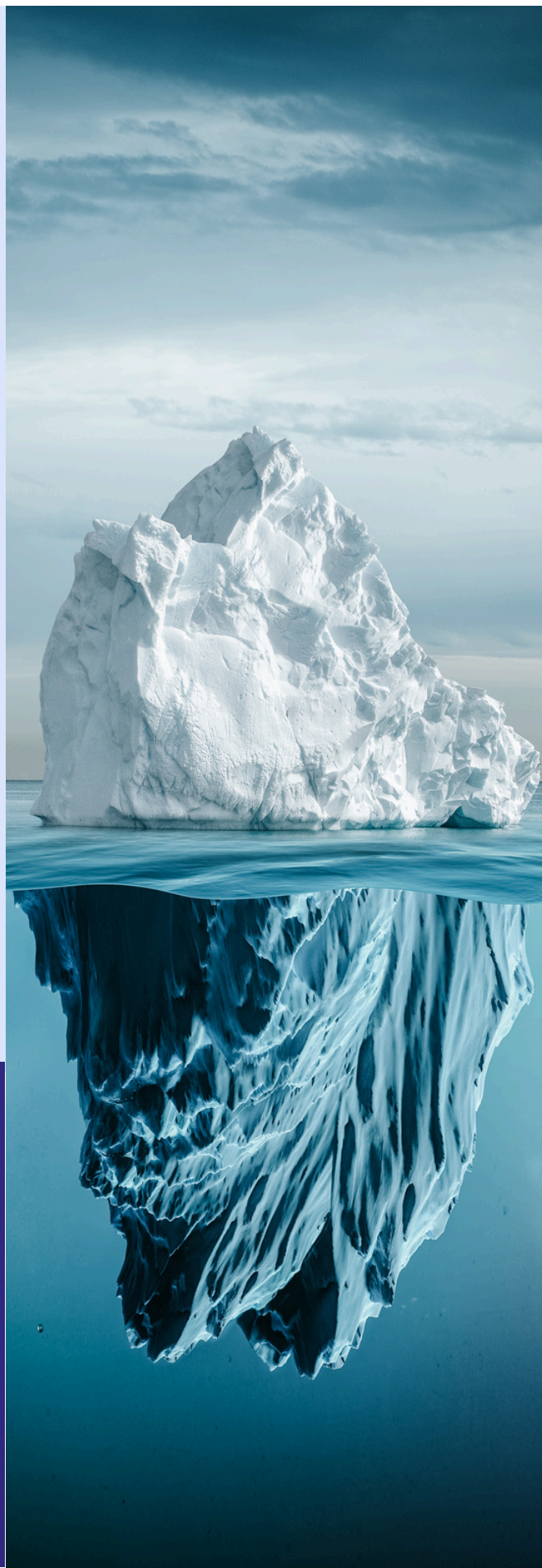
ASSURANCE MALADIE

**SANTÉ, QUI PAIE
L'ADDITION ?**

**Entre hausse des dépenses
publiques et restes à
charge, comment éviter le
nauffrage de la solidarité ?**

JOURNÉE NATIONALE
• **MERCREDI 27 NOVEMBRE 2024.**

FIAP PARIS
30 rue Cabanis
75014 Paris



Sommaire

Introduction associative.....	4
<ul style="list-style-type: none">- Stéphane Bernardelli - Membre du Conseil de la CNAM pour l'UNAF- Karim Felissi - Conseiller juridique et membre du Conseil de la CNAM pour la FNATH- Gérard Raymond - Président de France Assos Santé	
Discours d'ouverture.....	8
<ul style="list-style-type: none">- Thomas Fatôme - Directeur Général de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM)	
Panorama des dépenses de santé en France.....	10
<ul style="list-style-type: none">- Rosalinda Solotareff - Cheffe du Bureau de l'Assurance Maladie et des études sur les dépenses de santé (DREES)- Alexandre Fauchon - Datascientist études, évaluations et simulation en santé (DREES)	
I) Des RAC directs plus bas en France que dans d'autres pays européens.....	10
II) RAC et primes d'assurance : des valeurs croissant avec l'âge.....	11
III) RAC et primes d'assurance : un poids variable selon le niveau de vie.....	11
IV) Échanges.....	11
Table ronde « Regards croisés sur l'évolution des dépenses de santé »	14
<ul style="list-style-type: none">- Catherine SIMONIN - Ligue Contre le Cancer, membre du Bureau et représentante au conseil de la CNAM pour France Assos Santé- Séverine SALGADO - Directrice Générale, Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)- Nathalie FOURCADE - Secrétaire Générale, Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM)	
RAC hospitalier : enjeux et propositions.....	19
<ul style="list-style-type: none">- Aurélien SOURDILLE - Responsable adjoint du pôle OFFRE, Fédération Hospitalière de France (FHF)	
I) Le RAC : définition et fondements économiques.....	19
II) Le RAC hospitalier : un non-sujet ?.....	20
III) Le RAC hospitalier : une question de justice sociale ?.....	21

IV) Le RAC hospitalier : quelles pistes pour l'avenir ?.....	21
V) Echanges	22
Financement des aides techniques : quel RAC pour les usagers ?.....	23
- Denis RAYNAUD - Directeur de l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES)	
I) Les audioprothèses.....	23
II) Les fauteuils roulants.....	23
III) Le RAC pour les aides techniques après la prise en charge par la PCH : résultats provisoires de l'enquête PHEDRE	24
IV) Echanges.....	24
Présentation de l'Étude France Assos Santé : « RAC Invisibles »	26
- Féreuze Aziza - Chargée de mission Assurance Maladie France Assos Santé	
- Alexine Geller - Chargée de mission Assurance Maladie UNAF	
- Raphaël Lenoir - Chargé de plaidoyer FNATH	
I) Un coût élevé et sous-estimé.....	27
II) Des dépenses diversifiées.....	27
III) Des populations fragiles.....	27
IV) Des pathologies peu reconnues.....	27
V) Des renoncements préoccupants.....	27
VI) Enjeux.....	28
VII) Echanges.....	28
Quel est le rôle de l'Action Sanitaire et Sociale (ASS) de l'Assurance Maladie dans la prise en charge des RAC ?.....	29
- Catherine VIBERT - Responsable du département de l'accompagnement au droit aux soins et à la santé, à la direction de l'intervention sociale et de l'accès aux soins, CNAM	
I) Présentation des résultats de l'enquête menée auprès des CPAM.....	29
II) Présentation des résultats de l'enquête menée auprès des RU Sécu sur les aides ASS	30
III) Echanges.....	31

Le rôle des associations dans l'aide au financement des RAC.....	32
I) Vaincre la Mucoviscidose.....	32
II) Ligue contre le Cancer.....	33
Conclusion, échanges et propositions.....	34



Introduction associative

Stéphane Bernardelli

Membre du Conseil de la CNAM pour l'UNAF

Bonjour à toutes et à tous,

C'est un véritable honneur d'inaugurer cette journée d'échanges et de réflexion. Je suis ravi de vous accueillir et de constater une salle pleine, signe de l'intérêt que suscitent ces sujets essentiels pour nos associations. Cet événement nous rassemble autour d'une thématique qui concerne chacun d'entre nous : le reste à charge (RAC), ce montant dont les personnes et les familles doivent s'acquitter, après les remboursements de l'Assurance Maladie et des complémentaires santé.

Au fil des dernières années, de nombreuses initiatives ont été déployées pour atténuer ces dépenses, telles que la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) ou le 100 % Santé proposant un panier de soins spécifiques en optique, audiologie et dentaire. L'objectif partagé par tous, et soutenu par l'UNAF, est sans équivoque : réduire au maximum les dépenses de santé des familles et garantir un accès équitable aux soins.

Toutefois, ces dispositifs révèlent leurs limites. Les familles et les patients continuent de devoir faire face à des restes à charge croissants et renoncer à des soins pour éviter cela. Le déficit persistant du système de santé a conduit à la mise en œuvre de nouvelles mesures, telles que le doublement des franchises médicales. En outre, l'incertitude règne autour des questions du relèvement du ticket modérateur ou de l'instauration de franchises

médicales. Dans ce contexte, l'UNAF rappelle l'importance fondamentale du caractère universaliste de l'Assurance Maladie : chaque famille doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge adaptée, sans être confrontée à un RAC insoutenable.

Cette journée sera l'occasion d'explorer ces enjeux en profondeur. La première partie sera consacrée à l'évolution des dépenses de santé et à l'identification des limites des dispositifs actuels. Nous évoquerons également la notion de « RAC invisible », ces coûts indirects souvent omis dans les calculs officiels, impactant lourdement les familles.

Dans la seconde partie, nous aborderons les enjeux et pistes de solutions, notamment les aides techniques et les dispositifs envisageables pour améliorer la situation.

Enfin, je tiens à adresser un mot particulier à l'attention des Représentants d'Usagers (RU) présents aujourd'hui : cette journée vise également à enrichir votre compréhension des notions de RAC et des mécanismes qui les sous-tendent. Votre rôle en tant que relais auprès des familles s'avère fondamental et ces échanges, pour la plupart techniques, viendront renforcer votre position dans l'exercice de vos mandats.

Je suis convaincu que cette journée, riche en discussions constructives, contribuera à éclairer nos réflexions collectives. Je vous souhaite, à toutes et à tous, une excellente journée de travail et d'échange.

Karim Felissi

Conseiller juridique et membre du Conseil de la CNAM pour la FNATH

Bonjour à toutes et tous,

Depuis plusieurs années, l'idée selon laquelle les victimes du travail ne supporteraient aucun RAC, grâce à la prétendue gratuité des soins, demeure profondément ancrée dans les esprits. Celles-ci se trouvent régulièrement présentées comme les « privilégiées » des prestations en nature, bénéficiant d'un régime de réparation socialisé. Si cette perception peut sembler vraie sur le plan théorique, elle se révèle totalement erronée dans les faits.

En outre, toute demande visant à obtenir un RAC nul pour les victimes se heurte au rejet systématique des pouvoirs publics. Pourtant, notre revendication repose sur un principe simple : le régime de réparation. À titre d'exemple, l'ensemble des RAC liés aux accidents de la route, font l'objet d'une indemnisation. Pourquoi ce principe ne s'applique-t-il pas aux accidents du travail ?

Je pense, par exemple, à cette jeune femme, amputée des deux bras à la suite d'un accident professionnel et ne pouvant prétendre à une prothèse adaptée, celle-ci, jugée trop onéreuse, ne figurant pas dans la Liste des Produits et Prestations remboursables (LPP). Le régime de réparation actuel ne lui permet pas davantage de se retourner contre son employeur pour obtenir une indemnisation intégrale. Telle est la raison de notre présence à la Journée Nationale de France Assos France : dévoiler ce RAC, invisible pour les décideurs, mais lourdement réel pour les victimes.

La sous-déclaration massive des maladies professionnelles constitue également un enjeu majeur. Les chiffres sont éloquentes : pour les cancers professionnels, la commission estime à entre 70 000 et 102 000 les cas non déclarés, entraînant une charge pour l'Assurance Maladie évaluée à plus de 600 millions d'euros. Ces travailleurs, bien qu'éligibles à une prise en charge totale, se retrouvent à supporter des RAC injustifiés, parfois colossaux.

Dans le contexte actuel du débat sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), où ces problématiques complexes sont abordées, il devient urgent d'engager une réforme systémique de la LPP, en particulier pour les victimes du travail.

Une réforme paraît indispensable, ne serait-ce que pour réduire ces RAC, et garantir une prise en charge digne de ce nom.

Gérard Raymond

Président de France Assos Santé



Mesdames, Messieurs,

Je suis particulièrement heureux de vous accueillir en si grand nombre, aux côtés de l'UNAF et de la FNATH, pour échanger sur des enjeux cruciaux liés à notre avenir et à celui de notre système de santé. Votre présence témoigne de l'importance de ces sujets et réchauffe nos cœurs en ces temps marqués par de nombreuses incertitudes.

Votre engagement illustre une préoccupation largement partagée par nos concitoyens. Selon une enquête récente, la santé devient désormais la première préoccupation pour 38 % des Français, surpassant même des enjeux tels que le chômage ou le pouvoir d'achat. Cette tendance souligne l'urgence des défis auxquels nous sommes confrontés : l'accès

difficile aux soins, la désertification médicale, les barrières financières qui se dressent, et des annonces pour 2025, comme la baisse des remboursements des consultations médicales et des médicaments, suscitant une vive inquiétude. Selon une enquête, 81 % des Français jugent ces hausses inadmissibles. Ce constat ne saurait surprendre.

Les personnes malades sont les premières affectées par les RAC. Une enquête dont nous partagerons les détails a révélé des RAC moyens de plus de 1 500 euros, atteignant parfois 8 000 euros. Plus de la moitié des répondants déclarent renoncer à des soins en raison de ces obstacles financiers. Ces données interrogent non seulement l'avenir de notre système de santé, mais également celui de notre modèle de protection sociale, fondé sur les valeurs de solidarité nationale qui ont façonné notre société.

Ces valeurs, pourtant essentielles, sont aujourd'hui mises à l'épreuve par les crises successives et par les transformations de notre société. Si des dispositifs remarquables ont vu le jour – tels que la CMU, l'AME, la C2S ou encore le 100 % Santé – les récentes restrictions budgétaires et baisses de remboursements viennent éroder ce modèle. Cette évolution soulève une question fondamentale : comment garantir un système de santé solidaire et équitable, tout en répondant aux besoins croissants de la population ?

Durant cette journée, nous tenterons de dresser un état des lieux précis et de débattre des pistes pour prévenir un éventuel naufrage de notre système. Une refondation structurelle et culturelle paraît indispensable, afin de mieux répondre aux besoins de nos concitoyens, particulièrement sur les territoires les plus fragilisés.

Je tiens à remercier chaleureusement les intervenants de qualité qui nous accompagnent aujourd'hui, ainsi que vous tous – RU, bénévoles, salariés et membres du réseau associatif – pour votre mobilisation et votre engagement constants, notamment à travers notre enquête nationale.

L'Assurance Maladie, socle de notre système de santé, joue un rôle majeur dans cette refondation. Nous comptons sur son engagement pour relever ces défis.

À cet égard, je remercie Monsieur le Directeur Général de l'Assurance Maladie, qui nous fait l'honneur, une nouvelle fois, d'ouvrir cette journée.

Discours d'ouverture



Thomas Fatôme

Directeur Général de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM)

Je tiens à vous remercier pour cette invitation et pour l'opportunité qui m'est donnée d'intervenir aujourd'hui. Je me joins à vous avec plaisir, car le lien que nous avons construit avec les associations de patients est, à mes yeux, essentiel. Vous jouez un rôle fondamental dans la réflexion, l'écoute, et la construction collective, en interaction constante avec les parties prenantes.

Le sujet qui nous réunit aujourd'hui est à la fois complexe et central : il interroge notre capacité à garantir l'accès aux soins, un pilier fondamental de notre modèle social. Soyez assurés que cette question demeure au cœur de nos missions et de nos préoccupations.

Je souhaite souligner l'importance des enquêtes menées, qui enrichissent de manière précieuse les travaux de la DREES et renforcent notre réflexion. Bien qu'il soit important de reconnaître les limites et les défis de notre système, il paraît également primordial de rappeler ses forces : aujourd'hui, 14 millions de personnes atteintes de maladies chroniques bénéficient d'une prise en charge de base à 100 %. De même, le dispositif C2S couvre plus de 7 millions de personnes, un dispositif qui s'est perfectionné au fil des ans. Ces mécanismes, conjugués à la couverture des organismes complémentaires, permettent d'assurer un taux de couverture moyen de 92,5 % en 2023, en constante amélioration depuis une décennie. Ces progrès traduisent notre attachement à préserver un système de remboursement efficace et équitable.

Toutefois, je ne peux ignorer l'inquiétude qui pèse sur notre situation financière. Avec un déficit historique de 14 milliards d'euros, en lien avec les crises de la Covid-19 et de l'inflation, l'Assurance Maladie fait face à un défi de soutenabilité. Dans un contexte où les dépenses de santé augmentent plus rapidement que la richesse nationale, des choix difficiles sont nécessaires pour garantir l'équilibre entre recettes, dépenses et régulation, tout en préservant les fondements de notre modèle.

Face à ces enjeux, l'Assurance Maladie se montre proactive, autour de plusieurs axes de travail :

En premier lieu, l'accès aux soins : le nombre de patients en Affection Longue Durée (ALD) sans médecin traitant a d'ores et déjà diminué de plus de 20 % entre février 2023 et octobre 2024, et nous poursuivons ces efforts.

D'autre part, la prévention : des dépistages organisés pour le cancer, le diabète, ou les maladies cardiovasculaires mobilisent nos ressources, avec des résultats prometteurs.

Enfin, la convention médicale : l'évolution du tarif des consultations à 30 euros vise à maintenir les 50 000 généralistes en secteur 1, tout en engageant collectivement les médecins sur des objectifs clairs et mesurables.

Ces efforts s'inscrivent dans une démarche de transparence et de collaboration. Dès le début de l'année prochaine, nous lancerons un nouvel espace de *data visualisation* permettant de suivre l'évolution de ces engagements sur l'accès aux soins. Nous comptons sur les parties prenantes, et sur votre capacité d'analyse et de contribution, pour nous aiguiller et enrichir ce dialogue.

Enfin, je tiens à remercier chacun d'entre vous pour votre engagement au quotidien. Vos contributions, vos échanges et les débats suscités par cette journée sont indispensables à l'amélioration de notre système et à son adaptation aux défis actuels. Je suivrai ces travaux de très près.

Je vous souhaite une excellente journée de réflexion et d'échanges.

Merci à toutes et à tous.

Panorama des dépenses de santé en France



Rosalinda Solotareff

Cheffe du Bureau de l'Assurance Maladie et des études sur les dépenses de santé (DREES)

Alexandre Fauchon

Datascientist études, évaluations et simulation en santé (DREES)

I) Des RAC directs plus bas en France que dans d'autres pays européens

Rosalinda Solotareff

L'Assurance Maladie obligatoire finance 80 % des dépenses de santé, tandis que 7 % restent directement à la charge des ménages, et 13 % sont couverts par des complémentaires de santé privées, elles-mêmes financées par les primes versées par les assurés. Notre système de financement repose sur une logique assurantielle, 96 % des foyers disposant d'une complémentaire.

En 2022, la France se situe parmi les pays où les RAC directs apparaissent les plus faibles, s'établissant à 9 % des dépenses totales de santé (contre 11 % en Allemagne). Cependant, si l'on inclut les primes d'assurance complémentaires, cette part s'élève à 15 %, relativisant notre avantage par rapport à d'autres pays européens.

Depuis dix ans, les RAC diminuent légèrement grâce à des dispositifs comme la prise en charge intégrale des ALD et le 100 % Santé.

Néanmoins, il convient d'approfondir ces données par une analyse des ménages.

II) RAC et primes d'assurance : des valeurs croissant avec l'âge

Alexandre Fauchon

L'analyse du poids des dépenses de santé dans le budget des ménages s'appuie sur le modèle de microsimulation Ines-Omar réalisé en 2019.

Si les RAC représentent 200 euros par an pour les ménages jeunes (20-39 ans), ils s'élèvent à 600 euros par an pour les ménages où le membre le plus âgé a 70 ans ou plus.

Les primes de complémentaires santé suivent une progression similaire, les organismes appliquant fréquemment une tarification croissante avec l'âge, en anticipation de dépenses plus élevées. En conséquence, le poids des dépenses de santé dans le budget représente 2,6 % du revenu des ménages jeunes contre 7,3 % pour les ménages plus âgés.

III) RAC et primes d'assurance : un poids variable selon le niveau de vie

Les primes de complémentaires santé augmentent avec le niveau de vie, les ménages les plus aisés adhérant fréquemment à des contrats plus onéreux.

Quant aux ménages les plus modestes, ils bénéficient d'un soutien par des dispositifs comme la C2S, qui limite les dépassements d'honoraires, expliquant leur moindre contribution aux primes de complémentaires santé.

Si les RAC des ménages les plus aisés sont plus élevés en valeur absolue (en raison d'un recours plus fréquent à des soins coûteux ou à des spécialistes), le poids de ces dépenses demeure proportionnellement moindre dans leur budget par rapport aux ménages modestes.

En effet, parmi les 10 % des ménages les plus modestes, les dépenses de santé représentent environ 6 % de leurs revenus, contre seulement 2,6 % pour les 10 % des ménages les plus aisés.

IV) Échanges

Raphaël LENOIR

Merci pour ce panorama éclairant. J'invite les participants dans la salle à soumettre leurs questions.

Question de la salle

Vous indiquez que les dépenses de santé représentent 6 % du budget des ménages les plus modestes. Pourtant, la mutuelle d'une personne âgée, à elle seule, surpasse largement ce taux. De plus, il est regrettable que vos données ne distinguent pas les actifs salariés bénéficiant d'une prise en charge à 50 % par l'employeur.

Question de la salle

Comment expliquer que le régime d'Alsace-Moselle, qui offre des remboursements plus avantageux, semble ne pas être déficitaire ? Par ailleurs, vos données sur la baisse des RAC et la couverture des ALD laissent penser qu'en France, « tout va très bien », contrastant fortement avec les difficultés exprimées par les usagers.

Féreuze AZIZA

Avant de laisser répondre nos intervenants, il convient de préciser que malgré une meilleure prise en charge du régime d'Alsace-Moselle, les dépassements d'honoraires sont particulièrement fréquents et induisent des coûts supplémentaires.

Alexandre FAUCHON

Les moyennes calculées, même ajustées en fonction de l'âge ou du niveau de vie, masquent une grande diversité de situations. Parmi les ménages de 70 ans et plus, certains paient des primes élevées pour une complémentaire privée, tandis que d'autres bénéficient d'aides réduisant leurs coûts, comme l'aide à la complémentaire santé. Cette hétérogénéité complique l'interprétation des données. La DREES mène des analyses plus précises pour mieux refléter ces disparités.

Par ailleurs, les données intègrent la prise en charge des primes par les employeurs, expliquant les primes plus faibles observées chez les actifs âgés de 20 à 59 ans, souvent couverts par des complémentaires santé d'entreprise.

Rosalinda SOLOTAREFF

Le poids des dépenses de santé est nettement plus élevé pour les ménages âgés, en raison d'une couverture moins avantageuse liée à l'absence de négociations collectives, et de primes augmentant avec l'âge. Ces facteurs expliquent les montants élevés supportés par les retraités, souvent masqués par les moyennes globales.

Par ailleurs, les comparaisons européennes nuancent l'idée que la situation française serait optimale. Bien que les données macroéconomiques montrent un RAC direct faible, des outils comme les microsimulations ou le SNDS mettent en lumière l'impact réel des dépenses et permettent d'anticiper les effets des réformes, notamment celles concernant les ALD.

Question de la salle

Je m'interroge sur l'utilisation de données de 2019, excluant l'impact des nombreux changements récents, notamment le déremboursement de nombreux médicaments. Il semble également surprenant de ne pas distinguer, dans la présentation de vos données, les personnes en ALD.

Question de la salle

Les chiffres présentés minimisent les coûts réels supportés par les patients, notamment les personnes en ALD. Il semblerait pertinent de mettre en lumière le renoncement aux soins qui, souvent invisible dans les études, représente un poids considérable.

Question de la salle

Le 100 % Santé, très rarement proposé par les opticiens, propose en outre des montures peu attractives, incitant à des choix plus coûteux. Les mutuelles, malgré des cotisations élevées, réduisent leurs remboursements, limitant les options. Cette tendance concerne aussi les dentistes, qui favorisent des prothèses hors forfait.

Rosalinda SOLOTAREFF

En effet, le recours au 100 % Santé en optique demeure limité à 18 % en raison, d'une part, de l'absence de propositions systématiques et, d'autre part, de l'attractivité moindre des produits, contrairement aux domaines dentaire et auditif, où les prix moyens ont diminué.

Les données dont nous disposons nécessitent des mises à jour approfondies via des enquêtes nationales représentatives, un processus long et complexe. De ce fait, de nouveaux résultats seront disponibles d'ici un an.

Concernant le renoncement aux soins, il convient de souligner que les résultats sont significativement orientés par la formulation des questions, ajoutant une complexité méthodologique. Toutefois, plusieurs comparaisons internationales révèlent que, malgré des RAC faibles en France, 10 % des ménages modestes renoncent aux soins dentaires pour raisons financières, contre 2 % des ménages plus aisés. Ce phénomène, comparable à d'autres pays européens, souligne des inégalités persistantes.

Alexandre FAUCHON

En effet, les données présentées révèlent que les RAC augmentent avec l'âge, suggérant que le dispositif ALD ne suffit pas à corriger les inégalités. Le modèle utilisé ici a également été mobilisé dans certains rapports distincts, afin d'évaluer précisément l'impact du dispositif ALD.

Rosalinda SOLOTAREFF

Nos analyses révèlent que, pour les personnes en ALD, seulement 20 % de leurs RAC sont directement liés à leur affection (franchises, participations forfaitaires, dépassements), tandis que 80 % concernent d'autres dépenses non spécifiques. Ces données ont permis d'évaluer l'impact de mesures récentes, telles que le doublement des franchises et participations forfaitaires.

Féreuze AZIZA

Le poids de la complémentaire santé étant fréquemment négligé dans le calcul global des dépenses de santé, votre présentation permet de mieux appréhender son impact réel sur les

ménages. Par ailleurs, le sujet des ALD ouvre une réflexion sur la définition du panier de soins pris en charge dans ce cadre.

Merci à toutes et à tous pour vos observations constructives.

Table ronde « Regards croisés sur l'évolution des dépenses de santé »



Catherine SIMONIN

Ligue Contre le Cancer, membre du Bureau et représentante au conseil de la CNAM pour France Assos Santé

Séverine SALGADO

Directrice Générale, Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)

Nathalie FOURCADE

Secrétaire Générale, Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM)

Féreuze AZIZA

Mesdames, nous avons le plaisir de vous accueillir à cette table ronde, qui se concentre sur deux enjeux majeurs : l'évolution des dépenses de santé et les défis associés, ainsi que l'impact des RAC sur les principes d'universalité et de solidarité.

Catherine SIMONIN

Le vieillissement de la population, phénomène inéluctable voué à s'accroître, pose d'ores et déjà des défis majeurs pour notre système de santé. Avec l'augmentation du nombre de personnes

en ALD, la charge pour l'Assurance Maladie s'intensifie. Le modèle de financement évolue également : alors qu'il était historiquement basé sur un partage de 70 % pour l'Assurance Maladie et 30 % pour les complémentaires santé, il tend désormais vers un ratio 80/20. Toutefois, les dépenses continuent de croître à un rythme plus rapide que l'inflation et le PIB, ce qui soulève la question de la soutenabilité de notre système.

Parallèlement, les usagers se heurtent à des difficultés croissantes d'accès aux soins. Les dépassements d'honoraires révèlent des disparités importantes selon les régions, notamment dans les zones médicalement sous-dotées. Une consultation à 90 euros, avec un remboursement limité à 35 euros, devient inaccessible pour de nombreux patients. Le phénomène s'aggrave avec la résiliation croissante des complémentaires santé par des personnes en ALD, souvent par méconnaissance du fait que l'ALD ne couvre que la pathologie reconnue et non les autres soins.

La C2S, un dispositif pourtant essentiel, reste sous-utilisée : 59 % des personnes éligibles l'activent, cependant ce taux tombe à 29 % pour la version payante. Les seuils d'éligibilité, fixés à 1 145 euros de revenus mensuels pour la C2S payante et 940 euros pour la version gratuite, laissent une large part des personnes dans une situation intermédiaire, confrontées aux forfaits, franchises et dépassements d'honoraires sans solution viable.

Ce constat souligne la nécessité d'une meilleure information et d'une réflexion collective pour adapter et améliorer ces dispositifs.

Séverine SALGADO

Permettez-moi d'exprimer un sentiment d'amertume face à la dégradation de nos comptes publics, un phénomène présenté comme étant inévitable. Pourtant, avant la pandémie de Covid-19, la branche maladie de la Sécurité sociale se trouvait proche de l'équilibre. Le déficit de la Sécurité sociale n'est pas une fatalité, mais le fruit de choix (ou de non-choix) politiques et structurels.

Le déficit actuel de 14 milliards d'euros s'explique principalement par deux facteurs : le non-financement du Ségur de la santé, à hauteur de 11 milliards, et les exonérations de cotisations sociales non compensées par l'État, qui représentent 3 milliards supplémentaires. Ce constat met en lumière une gestion comptable qui, au lieu de renforcer notre système solidaire, le fragilise.

Cette situation met également en évidence le défi des mutuelles, qui peinent à maintenir leur mission de mutualisation des risques. La segmentation croissante des voies d'accès à la complémentaire santé, couplée à une fiscalité de 14 % sur les cotisations, rend leur tâche d'autant plus ardue. Pour les retraités, cette situation devient particulièrement intenable : entre des cotisations pouvant représenter jusqu'à un mois et demi de pension et une fiscalité proportionnelle à la prime, les inégalités s'accroissent.

Face à cette réalité, il apparaît urgent d'engager une réflexion collective, en interrogeant les citoyens sur le niveau de solidarité et de mutualisation qu'ils souhaitent, sur les dépenses qu'ils jugent prioritaires et sur celles qu'ils seraient prêts à assumer individuellement. Cette démarche nécessite une approche ambitieuse, peut-être à travers des États généraux ou une convention nationale.

Enfin, je regrette l'absence de données récentes pour éclairer ces débats. Les mutuelles sont tenues depuis la loi de modernisation du système de santé de 2016 de transmettre au Health Data Hub des échantillons représentatifs. Nous disposons d'un panel couvrant 15 millions de personnes protégées, susceptible de fournir une vision plus précise et plus actuelle de la situation mais la Drees ne s'est pas organisée pour les recueillir.

Il convient de dépasser les constats pour construire des solutions par une concertation approfondie, une transparence accrue et une volonté commune de préserver ce bien précieux que représente notre sécurité sociale.

Nathalie FOURCADE

L'augmentation des dépenses de santé, loin d'être un phénomène récent lié uniquement au vieillissement de la population, est une tendance structurelle. Cette croissance est intrinsèquement liée au fait que la santé constitue un « bien supérieur », pour lequel la demande croît plus que proportionnellement à l'enrichissement du pays.

En 1950, les dépenses de santé représentaient 2,5 % du PIB, pour atteindre environ 7 % au milieu des années 80. Depuis lors, les déficits ont poussé à l'introduction de mesures visant à maîtriser les dépenses, en particulier par le biais des RAC. Ces ajustements ont permis de limiter la croissance des dépenses de santé en période de croissance économique, néanmoins leur part dans le PIB a systématiquement augmenté lors des crises, sous l'effet du ralentissement du PIB. Aujourd'hui, elles représentent 8,8 % du PIB.

En parallèle, la part prise en charge par la Sécurité sociale a continué de croître, atteignant environ 80 % en 2024. Cette progression récente s'explique, en partie, par l'impact du vieillissement et l'augmentation des patients en ALD.

En comparaison internationale, le système français se distingue par un panier de soins très large, intégrant des services souvent exclus ailleurs, tels que les soins dentaires ou une grande variété de médicaments. Cependant, pour limiter la pression sur les finances publiques, le recours aux copaiements et aux complémentaires santé pour les services inclus dans le panier de soins public a été généralisé, rendant le système à la fois coûteux et inégalitaire.

Il faut que la connaissance progresse et à ce titre, je suis ravie que les systèmes d'information permettent désormais à la Mutualité de verser un échantillon de données dans le Health Data Hub, j'espère que c'est également le cas pour les autres familles de complémentaires.

Les valeurs d'universalité et de solidarité se voient érodées par ces ajustements successifs. Aujourd'hui, le système ne garantit pas pleinement l'accès financier aux soins essentiels, en particulier pour les personnes dépourvues de complémentaire santé.

Féreuze AZIZA

Nous convenons collectivement des forces de notre système d'Assurance Maladie, reconnu à l'échelle internationale. Cependant, des failles croissantes apparaissent, renforçant les inégalités. Dans ce contexte, comment concilier les exigences d'un système solidaire sans alourdir le poids des usagers ou des complémentaires santé ?

Séverine SALGADO

Les pistes évoquées ici reflètent la nécessité d'un changement de paradigme dans notre système de santé, articulé autour d'un débat démocratique et d'une planification pluriannuelle. Une loi de programmation pour la santé pourrait fixer des objectifs clairs, comme une génération sans tabac ou sans HPV par exemple, qui renforceraient la visibilité des pouvoirs publics et favoriseraient l'adhésion des acteurs concernés.

Il convient d'adopter une logique partenariale entre l'État et les parties prenantes, rompant avec les décisions unilatérales souvent perçues comme arbitraires. Par exemple, les récents transferts financiers imposés aux organismes complémentaires, dont nous avons eu connaissance dans la presse et sans étude d'impact, illustrent les tensions créées par un manque de concertation.

Le panier de soins du contrat responsable, initialement conçu pour garantir un accès aux soins essentiels, est devenu inflationniste, et en solvabilisant des soins et dispositifs médicaux, a incité des pratiques commerciales parfois contestables de la part de professionnels de santé. Réduire

ce panier aux soins essentiels (comme le ticket modérateur, le 100% santé ou le RAC à l'hôpital) permettrait de réduire les coûts de 40 % pour les organismes complémentaires.

Enfin, il semble capital de valoriser les données de santé pour renforcer la prévention et une gestion proactive des risques, tout en redonnant aux usagers la liberté de choix quant à leur couverture. Cette approche pourrait garantir à la fois la viabilité financière et la solidarité du système de santé.

Féreuze AZIZA

Comment concilier une réduction du panier de soins du contrat responsable avec les besoins des bénéficiaires de la C2S ?

Séverine SALGADO

Le panier de soins de la C2S ne serait pas modifié, hormis pour des ajustements spécifiques. Le contrat responsable fixe des plafonds et planchers de prise en charge, cependant la concurrence entraîne les contrats commercialisés bien au-delà de ces seuils. Il s'agit de revenir à un panier minimum fixé par le contrat responsable.

Nathalie FOURCADE

Une étude prospective publiée aux Pays-Bas prévoit qu'en 2060, un tiers de la population active pourrait être mobilisé dans le secteur de la santé. Une telle situation serait intenable, entraînant un déficit de ressources dans d'autres secteurs clés, comme l'éducation ou le logement, pourtant essentiels pour améliorer durablement la santé et réduire les inégalités de santé.

Une réforme structurelle du système de santé s'impose. Depuis 2018, le HCAAM préconise une approche fondée sur trois principes : la solidarité, garantissant l'accès universel aux soins essentiels ; l'efficience, pour concentrer les dépenses sur les interventions les plus impactantes ; et la soutenabilité. Ceci avec des objectifs clairs, comme la réduction des inégalités sociales de santé ou de la mortalité prématurée avant 70 ans.

Les expériences citoyennes aux Pays-Bas démontrent qu'un public informé est enclin à établir des priorités équilibrées. Il convient également d'écouter les préférences des patients et d'inclure des approches élargies reposant sur l'autosoin ou les aidants non professionnels de santé ; il faut les accompagner et les outiller.

En conclusion, soyons attentifs aux mots du Directeur Général de la Santé dans *The Lancet* : « *La santé ne commence pas dans les cliniques ou les hôpitaux (...), mais dans les conditions dans lesquelles nous naissons, grandissons, vivons et travaillons : les écoles, les rues, les maisons, les marchés et l'air que nous respirons.* »

Catherine SIMONIN

En France, la prédominance du curatif représente une perte de chance pour les patients. La prévention, en revanche, constitue un levier essentiel et nécessite une approche interministérielle. À titre d'exemple, la Ligue mène des actions comme « Ma ville se ligue contre le cancer », axées sur des facteurs de risque majeurs : le tabac, l'alcool, nutrition et environnements favorables à la santé

La crise de la Covid-19 nous a rappelé que la santé représente un investissement stratégique : sans santé, pas de travail ni de PIB. Réduire les actes médicaux inutiles – qui représentent 20 % des interventions – et questionner le financement de certains traitements onéreux aux bénéfices marginaux est essentiel pour améliorer l'efficience. Par ailleurs, l'éducation thérapeutique doit encourager chacun à préserver sa qualité de vie : vivre mieux et plus longtemps en bonne santé.

Enfin, des réformes sont nécessaires pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins. Par exemple, ajuster le seuil de revenus pour la C2S et inciter au dépistage précoce représentent des pistes prometteuses pour mieux se soigner en préservant plus de qualité de vie et notre système de santé.

Question de la salle

Que pensez-vous des nouveaux lobbys liés à l'hospitalisation à domicile ?

Question de la salle

A-t-on des retours sur les municipalités organisant des achats groupés de mutuelles ?

Question de la salle

S'agissant de l'éducation thérapeutique, à quand l'éducation des médecins ?

Question de la salle

Comment améliorer la lisibilité des contrats et garanties en matière de santé ? Quel est le taux de redistribution des assurances ?

Question de la salle

Comment expliquer l'augmentation des cancers du poumon chez les non-fumeurs ? Quels leviers peuvent être mobilisés pour lutter contre des facteurs environnementaux majeurs comme la pollution de l'eau et de l'air ?

Catherine SIMONIN

Environ 40 % des cancers sont évitables, les autres relevant de facteurs génétiques ou environnementaux, comme la pollution de l'air, qui contribue aux cancers du poumon, à la BPCO et à l'asthme. L'obésité, favorisant les maladies chroniques comme le diabète, les cancers et les pathologies cardiovasculaires, réside au cœur du programme « Mission : retrouve ton cap » porté par l'Assurance Maladie.

Le tabac demeure une cause majeure non seulement de cancers, mais également de diabète, d'infections récurrentes et de complications chirurgicales. Des mesures comme l'augmentation de 10 % du prix du tabac ont prouvé leur efficacité en réduisant le nombre de fumeurs.

Enfin, l'éducation à la santé, de la petite enfance à la maison de retraite, est essentielle pour lutter contre le tabac, l'alcool et la sédentarité, tout en renforçant la promotion de l'activité physique.

Séverine SALGADO

Les mutuelles communales, désormais étendues aux niveaux départemental et régional, visent à améliorer l'accès aux complémentaires santé pour les plus vulnérables. Cependant, les premières initiatives ont souvent rassemblé des publics à « risques élevés », entraînant

des hausses tarifaires significatives. Une nouvelle génération de mutuelles, intégrant des offres élargies et des partenariats avec des centres de santé, promet une meilleure maîtrise des coûts, bien que leur impact reste à évaluer.

De nombreux efforts ont été réalisés concernant la lisibilité, notamment des tableaux exprimant les garanties en euros plutôt qu'en base de remboursement.

Quant aux frais de gestion des assurances, ils couvrent notamment les frais d'acquisition, inhérents au secteur concurrentiel, et les frais de liquidation, équivalents à ceux de l'Assurance Maladie (4 %).

Raphaël LENOIR

Merci à toutes les trois pour la richesse de vos interventions. Nous accueillons à présent notre prochain intervenant.

RAC hospitalier : enjeux et propositions



Aurélien SOURDILLE

Responsable adjoint du pôle OFFRE, Fédération Hospitalière de France (FHF)

I) Le RAC : définition et fondements économiques

Du point de vue du patient, le RAC représente la dépense réelle supportée, après la déduction des remboursements de l'Assurance Maladie et des complémentaires santé.

Historiquement, le RAC visait à modérer la consommation des soins, à l'origine du terme « ticket modérateur ». Cependant, une étude récente révèle que 4 Français sur 10 renoncent à des soins pour des raisons financières.

En France, le modèle repose sur un partage des risques entre l'Assurance Maladie, financée de manière solidaire, et les complémentaires santé, dont les cotisations forfaitaires génèrent des inégalités, surtout pour les plus âgés.

Selon les données de 2022, l'État et la Sécurité sociale ont couvert 80,2 % des dépenses de santé, portant le RAC moyen par habitant à 274 euros, dont 54 euros pour les soins hospitaliers.

Comparé aux pays de l'OCDE, ce montant reste relativement faible, cependant il soulève des questions d'équité.

II) Le RAC hospitalier : un non-sujet ?

1) Le RAC hospitalier : le plus faible en proportion

Les soins hospitaliers représentent 16 % du RAC couvert par les complémentaires et 18 % de celui des ménages, ce qui en fait l'un des secteurs les mieux remboursés.

En 2022, le RAC représentait seulement 2,6 % des dépenses hospitalières, largement financées par l'Assurance Maladie. Cependant, en valeur absolue, il constitue le deuxième poste de dépenses du RAC, en raison du coût élevé des séjours hospitaliers.

2) Le RAC hospitalier : de quoi parle-t-on ?

Le RAC hospitalier inclut quatre composantes principales :

§ Le ticket modérateur, représentant 20 % des tarifs dans le secteur public et le secteur privé non lucratif, et 30 % pour les consultations et actes sans hospitalisation (une hausse de 5 à 10 points est prévue, selon un projet gouvernemental) ;

§ Le forfait journalier hospitalier (FJH), fixé à 20 euros en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) et en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), et 15 euros en psychiatrie ;

§ Les dépassements d'honoraires, qui ont triplé entre 2000 et 2023, atteignant 4,1 millions d'euros ;

§ Les prestations spécifiques, telles que les chambres particulières, générant 0,5 % des recettes des hôpitaux publics et 8 % dans les cliniques privées, ainsi que les autres frais annexes.

3) Le RAC hospitalier : de nombreuses exonérations

Le RAC hospitalier se trouve fortement modulé par des règles d'exonération qui varient selon plusieurs critères :

§ Type d'actes réalisés : les actes coûteux (supérieurs à 120 euros) exonèrent le ticket modérateur, remplacé par une participation forfaitaire de 24 euros ;

§ Durée du séjour : les séjours de plus de 30 jours sont exonérés du ticket modérateur, bien que le FJH reste applicable sans plafonnement ;

§ Statut du patient : les patients en ALD ou en invalidité sont exonérés de la participation aux frais des soins, mais pas des FJH ;

§ « Risque » : les patients relevant du risque maternité ou AT/MP (accident du travail ou maladie professionnelle) sont exonérés de la participation aux frais des soins.

4) Le RAC hospitalier : différences entre secteur public et secteur privé

Dans les hôpitaux publics, 94 % des revenus proviennent des administrations, contre 90,8 % dans le privé, où le RAC est plus élevé (6,5 % contre 1,6 %). À l'inverse, le poids du RAC couvert par les complémentaires s'avère plus important dans le public (4,5 %) que dans le privé (2,7 %).

La diversité des prises en charge et des établissements complique la facturation, impactant particulièrement les patients malgré une régulation stricte.

III) Le RAC hospitalier : une question de justice sociale ?

Le RAC hospitalier se concentre sur 10 % des séjours (65 % de la participation), touchant particulièrement les séjours longs et complexes, souvent supportés par des personnes âgées, précaires ou dépendantes. Ces RAC représentent 7,3 % du revenu disponible des ménages âgés.

Le manque de couverture complémentaire aggrave la situation, 5 % de la population ne disposant pas de complémentaire santé. Le non-recours à des dispositifs comme la C2S accentue les inégalités.

Paradoxalement, les actes coûteux sont mieux pris en charge, tandis que des séjours publics moins onéreux génèrent des charges importantes, notamment *via* le FJH, sans plafonnement pour les ALD.

Ces inégalités reflètent un défaut de lisibilité et de construction des règles, rendant difficile la maîtrise des RAC pour les patients les plus vulnérables.

IV) Le RAC hospitalier : quelles pistes pour l'avenir ?

La réforme du RAC hospitalier envisage la forfaitisation pour harmoniser les règles entre établissements et simplifier la facturation. Ce dispositif vise à supprimer le caractère aléatoire des coûts pour les patients, à équilibrer les charges entre médecine et chirurgie, public et privé, et à limiter les RAC extrêmes, souvent supportés par un faible nombre de patients.

L'option étudiée en 2019, non finalisée, propose de remplacer le ticket modérateur et le FJH par une participation unique par séjour, identique, quel que soit l'établissement ou le secteur. Ce modèle, à masse financière constante, simplifierait les règles, réduirait les disparités et offrirait une meilleure lisibilité.

Cette approche répond aux enjeux de justice sociale en limitant les renoncements aux soins et en répartissant équitablement les charges. Elle faciliterait également la gestion administrative, notamment par la création d'un guichet unique confié à l'Assurance Maladie, qui centraliserait les paiements.

Les exonérations actuelles pour certains patients (maternité, ALD) seraient maintenues, tandis que les chambres particulières, devenues la norme, pourraient être intégrées au forfait global, renforçant ainsi l'équité et la simplicité.

V) Échanges

Questions de la salle

- La mutualisation ne risque-t-elle pas de conduire à un forfait plus élevé pour tous ?
- Comment garantirez-vous la lisibilité de ces règles pour les patients ?
- Autrefois visibles, les prix sont aujourd'hui moins accessibles, renforçant l'illusion de gratuité. Il semble essentiel de rétablir, auprès des patients, la notion de valeur.

Aurélien SOURDILLE

La réforme, inspirée de celle des urgences (forfait de 10,60 euros) vise à équilibrer financièrement les différents acteurs, simplifier la lisibilité des RAC et améliorer la justice sociale. Toutefois, sans refondation des règles de facturation, elle demeure inaboutie.

Féreuze AZIZA

Les données sur le dépassement d'honoraires sont marquantes ; incluent-elles à la fois les établissements publics et privés ?

Si la forfaitisation réduit les RAC élevés, il convient de souligner qu'elle lèse certains patients, il y a fatalement des gagnants et des perdants. Parfois elle engendre des RAC supplémentaires même pour les personnes en ALD, désormais soumises à un forfait minoré aux urgences alors qu'elles étaient exonérées avant lorsque le passage aux urgences était lié à l'ALD..

S'agissant des chambres individuelles, en effet, si leur généralisation devient la norme, elles devraient s'inclure au sein du forfait global et non être facturées en sus.

Aurélien SOURDILLE

Les chambres particulières, représentant 0,5 % des recettes des hôpitaux publics, génèrent tout de même des millions d'euros de revenus significatifs. Les intégrer aux soins standards renforcerait, en effet, leur acceptabilité pour les patients.

Les dépassements d'honoraires publics, limités à 2 %, concernent 5 à 7 % des praticiens hospitaliers, dont la moitié exerce sans dépassement. Ces pratiques, ciblées sur certaines spécialités, soutiennent l'attractivité des établissements publics face au secteur privé.

L'enjeu majeur demeure, à mon sens, celui des dépassements d'honoraires en ville.

Financement des aides techniques : quel RAC pour les usagers ?



Denis RAYNAUD

Directeur de l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES)

I) Les audioprothèses

En Angleterre et en Suède, les systèmes nationaux de santé offrent des appareils sans RAC *via* des appels d'offres, limitant néanmoins le choix à des modèles basiques.

En France et en Belgique, un modèle plus libéral repose sur l'assurance sociale. En Belgique, l'assurance publique rembourse 900 euros, tandis qu'en France, le panier 100 % Santé inclut une prise en charge complète (prix plafond à 950 euros), rendue possible par l'obligation des contrats responsables de couvrir ces frais aux côtés de l'Assurance Maladie. Cependant, ce modèle augmente les primes des complémentaires, particulièrement pour les personnes âgées.

Si la réforme 100 % Santé a nettement amélioré l'accès aux aides auditives, cet accès reste conditionné à la possession d'une assurance complémentaire responsable. Ce point soulève des enjeux pour les 4 % de la population sans complémentaire, particulièrement parmi les 11 % des personnes âgées concernées. Pour une personne âgée de 85 ans éligible à la C2S, une prime moyenne de 150 euros par mois représente un huitième de son revenu.

II) Les fauteuils roulants

Nous réalisons actuellement une étude comparative sur les fauteuils roulants, publiée au premier trimestre 2025, dont les premiers résultats révèlent les données suivantes :

§ En France, les fauteuils roulants manuels de base bénéficient d'une prise en charge sans RAC, avec une offre plus diversifiée qu'en Belgique, Suède ou Angleterre.

§ Pour les fauteuils actifs, le financement public s'avère moins avantageux que dans ces pays, l'Assurance Maladie et la PCH ne couvrant pas entièrement les coûts.

§ Concernant les fauteuils électriques verticalisateurs, la France offre propose la meilleure solvabilisation publique, laissant subsister néanmoins un RAC moyen de 4 400 euros, inférieur à celui de la Belgique (8 000 euros) mais supérieur au modèle suédois (40 euros par an). En Angleterre, ces fauteuils ne sont pas pris en charge par le NHS, hormis pour les travailleurs, *via* le programme *Access to Work*.

III) Le RAC pour les aides techniques après la prise en charge par la PCH : résultats provisoires de l'enquête PHEDRE

L'enquête PHEDRE représente 85 000 bénéficiaires, dont 26 000 spécifiquement sur le volet des aides techniques.

Entre 2012 et 2015, 45 000 aides techniques ont été notifiées pour des besoins variés, dont 28 % pour des aides auditives et 10 % pour des fauteuils roulants.

Selon des données provisoires, la mise en œuvre des aides techniques révèle que 8 % des dispositifs notifiés ne sont pas achetés. Ce taux s'avère plus bas pour les aides coûteuses comme les fauteuils roulants (moins de 5 %), mais plus élevé pour les aides au déplacement, à la vie auditive, ou à l'hygiène (plus de 15 %).

Le coût médian d'un fauteuil roulant s'établit à 4 000 euros, avec un RAC médian de 2300 euros.

Le taux de prise en charge légale varie selon les aides :

§ Avec Assurance Maladie : la PCH double les remboursements AMO. Les aides auditives bénéficient désormais de la réforme 100 % Santé (remboursement total pour la classe 1 et deux tiers pour la classe 2).

§ Sans Assurance Maladie : entre 60 et 75 % des coûts sont pris en charge, dépendant des politiques sociales départementales.

IV) Échanges

Féreuze AZIZA

Le renoncement qui ressort inclut-il le renoncement à des produits plus adaptés, mais plus coûteux, pour se tourner en faveur de modèles moins onéreux, ou bien s'agit-il de renoncement tout court ?

Denis RAYNAUD

Le résultat de l'enquête apportera des réponses à cette interrogation.

Question de la salle

La prise en charge totale par les CPAM s'applique-t-elle pour un fauteuil roulant d'une valeur supérieure à 30 000 euros, dans le cadre d'un accident du travail ?

Denis RAYNAUD

À ma connaissance, ce montant n'est pas pris en charge, comme en témoigne l'exemple poignant évoqué par Monsieur Felissi en ouverture de cette journée.

Question de la salle

La question des RAC est souvent abordée sous l'angle financier, cependant il semble essentiel d'associer cette problématique à la qualité du service rendu. Existe-t-il des études incluant cette dimension qualitative pour évaluer l'impact réel sur les usagers ?

Denis RAYNAUD

Nous comptons sur la méthodologie employée dans cette enquête, notamment de longs entretiens en face à face, pour apporter des éléments de réponse pertinents sur ces aspects.

Question de la salle

Sur quels critères avez-vous sélectionné les pays pour cette étude comparative, et pourquoi pas l'Allemagne ou l'Italie ?

Denis RAYNAUD

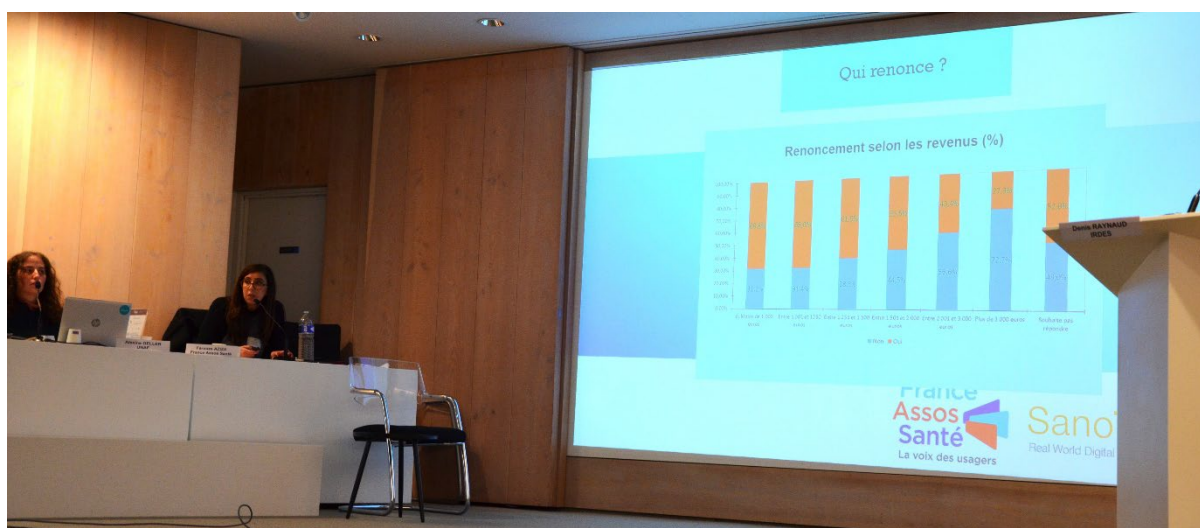
Nous avons restreint notre sélection aux pays où l'enquête paraissait réalisable, et avons opté pour une typologie cohérente. Toutefois, dans les pays choisis, nous avons été surpris de constater un niveau de méconnaissance similaire à celui observé en France, concernant les systèmes de remboursement.

Féreuze AZIZA

Les résultats complets de l'enquête, encore attendus, seront déterminants afin d'appréhender ces aspects méconnus.

L'étude que nous allons vous présenter sur les « RAC invisibles » viendra également enrichir cette réflexion.

Présentation de l'Étude France Assos Santé : « RAC Invisibles »



Féreuze Aziza

Chargée de mission Assurance Maladie France Assos Santé

Alexine Geller

Chargée de mission Assurance Maladie UNAF

Raphaël Lenoir

Chargé de plaidoyer FNATH

Les RAC, évalués à 274 euros par an par les pouvoirs publics *via* l'indicateur Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), incluent l'ensemble des montants remboursés par l'Assurance Maladie ou les complémentaires santé.

Notre enquête déclarative, menée en ligne sur une période d'un mois, se concentre sur les « restes à charge invisibles » (RACI) supportés par les patients notamment dans des contextes de maladie, handicap ou perte d'autonomie.

Parmi les 3 100 répondants, l'âge moyen s'établit à 54 ans, avec une majorité de femmes (71 %). La plupart des participants déclarent des revenus mensuels situés entre 1 500 et 3000 euros. Une forte proportion (70 %) est atteinte d'affections ALD ou de pathologies chroniques.

L'étude ne se prétend pas représentative de la structure sociodémographique française, cependant elle interroge des participants particulièrement engagés dans le système de santé, et ainsi susceptibles de bénéficier d'une connaissance approfondie de ces enjeux.

I) Un coût élevé et sous-estimé

Les RACI atteignent en moyenne 1 557 euros par an, un montant significatif au regard du SMIC mensuel net (1 426 euros net).

En outre, les montants déclarés sont volontairement sous-estimés, certains répondants n'ayant pas renseigné leurs dépenses exactes.

II) Des dépenses diversifiées

Les dépenses les plus fréquentes concernent la médecine complémentaire et la santé mentale (64,2 %), le petit matériel médical (54,6 %), l'alimentation et l'activité physique (53,1 %) et le transport (48,8 %).

Les frais d'adaptation de l'environnement (320 euros par an en moyenne) et les médecines complémentaires (310 euros par an en moyenne) figurent parmi les plus onéreux.

III) Des populations fragiles

L'étude met en lumière une forte surreprésentation des femmes (71 %), souvent premières aidantes, et très impliquées dans le domaine de la santé.

Les personnes atteintes de douleurs chroniques sont les plus représentées au sein de notre étude (plus de 30% des répondants), et celles en situation de handicap moteur sont celles qui accusent les RACI les plus élevés : le coût annuel pour un handicap moteur atteint en moyenne 2 535 euros.

Les ménages à revenus faibles (inférieurs à 1 000 euros par mois) renoncent aux soins dans 68 % des cas, contre seulement 27 % pour ceux ayant des revenus supérieurs à 3 000 euros.

IV) Des pathologies peu reconnues

Les douleurs chronique se conjuguent pour 73 % des répondants avec une autre pathologie, révélant un cumul de vulnérabilités, et les pathologies regroupées dans la catégorie « autres » (endométriose, syndrome d'Ehlers-Danlos, maladies rares, etc.), sont fréquentes dans l'enquête

V) Des renoncements préoccupants

Les RACI conduisent à des renoncements alarmants :

- § Médecine complémentaire (68 %) ;
- § Produits et soins dits de confort (44 %)
- § Produits alimentaires adaptés et activité physique (43 %) ;
- § Médicaments non remboursés (41 %) ;
- § Suivi psychologique (40 %).

De plus, 53 % des répondants affirment avoir renoncé à une dépense de santé ou choisi des soins moins adaptés.

VI) Enjeux

De nombreux frais dits de confort demeurent largement sous-estimés et absents des bases de données officielles.

Cette invisibilité s'accompagne d'une méconnaissance générale des droits, aussi bien chez les patients que chez les professionnels, qui manquent souvent d'informations claires sur les prises en charge disponibles.

La pression financière reste significative, même pour les patients en ALD, censés bénéficier d'une meilleure couverture santé. En moyenne, leurs RACI annuels atteignent 1623 euros, au-delà de ceux des patients non concernés par l'ALD (1 557 euros).

Enfin, la douleur chronique, ainsi que les pathologies regroupées dans la catégorie « autres », mettent en évidence un besoin impérieux d'adapter le système de santé afin de répondre à des situations complexes et spécifiques.

VII) Échanges

Question de la salle

La santé mentale représente un défi majeur. Les psychiatres manquent, le remboursement des consultations de psychologie demeure faible et les infirmiers psy, pourtant indispensables, ne sont pas pris en compte par la Sécurité sociale. En outre, on promet aux patients des remboursements de transports, qui n'arrivent jamais.

Féreuze AZIZA

La question des remboursements des transports souffre d'une véritable méconnaissance. Un nombre considérable de patients supposent qu'en ALD, l'ensemble des frais est pris en charge ; ce qui n'est plus vrai depuis 2011. Il apparaît fondamental de dissiper cette ambiguïté.

Question de la salle

De nombreux patients ultramarins, contraints de se soigner dans l'Hexagone, supportent des RAC spécifiques qui mériteraient d'être mis en lumière dans les études.

Féreuze AZIZA

Nous sommes attentifs à ces demandes et l'enquête présente des résultats par région. Par ailleurs, il serait opportun que des études spécifiques soient menées à la DREES.

Alexine GELLER

« Qui paie l'addition ? » Les patients eux-mêmes, certes, mais d'autres acteurs, en dehors du droit commun, peuvent également intervenir, notamment l'Assurance Maladie, dans le cadre de son action sanitaire et sociale.

Quel est le rôle de l'Action Sanitaire et Sociale (ASS) de l'Assurance Maladie dans la prise en charge des RAC ?



Catherine VIBERT

Responsable du département de l'accompagnement au droit aux soins et à la santé, à la direction de l'intervention sociale et de l'accès aux soins, CNAM

I) Présentation des résultats de l'enquête menée auprès des CPAM/CGSS/CCSS

Catherine VIBERT

Cette enquête menée auprès des CPAM/CGSS/CCSS met en lumière les dispositifs d'aide destinés à réduire les RACI et à améliorer l'accès aux soins des assurés.

Sur une centaine de CPAM/CGSS/CCSS interrogées, 67 % ont répondu, révélant des pratiques d'accompagnement financier variées :

Frais de transport : 87 % des CPAM/CGSS/CCSS apportent un soutien, fréquemment via des subventions ou des partenariats avec des associations.

Accompagnement humain : 83 % des CPAM/CGSS/CCSS proposent des aides, notamment pour les sorties d'hospitalisation ou les soins palliatifs.

Frais de confort : 82 % des CPAM/CGSS/CCSS financent des aides pour améliorer la qualité de vie des assurés en situation de maladie, handicap ou perte d'autonomie.

Gros matériel médical : 79 % des CPAM/CGSS/CCSS apportent un soutien, parfois en complément des aides des MDPH.

Petit matériel médical : 76 % des CPAM/CGSS/CCSS accordent des aides.

Adaptations de l'environnement : 68 % des CPAM/CGSS/CCSS financent des travaux pour adapter les logements.

Les Caisses qui indiquent de pas être intervenues précisent que cela est lié soit à leur règlement intérieur qui ne prévoit pas à ce stade la prise en charge, soit à l'absence de demande.

Depuis 2024, de nouvelles orientations de l'Assurance Maladie mettent en avant de nouvelles possibilités de prise en charge certains actes et promeuvent une approche plus proactive au travers de la réalisation de diagnostics territoriaux. Ainsi au-delà des items présentés ci-dessus, les CPAM/CGSS/CCSS ont également indiqué accorder des aides pour des soins dentaires (87 % d'entre elles), psychomotricité (95 % d'entre elles), et consultations psychologiques (82 % d'entre elles). Il a été précisé aussi qu'au-delà des aides individuelles, les organismes sont nombreux à construire des actions locales en lien avec des associations pour répondre aux besoins identifiés (Ex : transports, sports et santé, ...).

Les demandes et aides accordées ont respectivement augmenté de 49 % et 45 %, notamment dans les domaines dentaire, optique et psychologique.

Enfin, au-delà des prises en charges de restes à charge invisibles, les organismes facilitent également le recours aux soins au travers du soutien qu'elles apportent à la mutualisation des assurés : compensation de l'effet de seuil C2S, prise en charge partielle ou totale de participation et/ou de retards de paiement...

Ces récentes évolutions témoignent d'une volonté d'adapter les aides aux réalités locales et individuelles, et de permettre au plus grand nombre de recourir aux soins.

II) Présentation des résultats de l'enquête menée auprès des RU Sécu sur les aides ASS

Féreuze AZIZA

L'enquête menée auprès des RU en caisses de Sécurité Sociale met en lumière des lacunes dans la connaissance de la politique ASS, puisqu'un pourcentage non négligeable indique ne pas être informé.

L'augmentation des aides octroyées (45 %) et de leur montant (35 %) révèle les premiers effets des orientations retenues par la Commission ASS et votées par le Conseil de la CNAM le 9 novembre 2023.

Les résultats indiquent que :

- Les demandes d'aides ont augmenté, notamment pour :
 - § Les frais dits de confort (66 %) ;
 - § Le gros matériel médical (46 %) ;
 - § L'accompagnement humain (38 %).
- En majorité les Ru sont satisfaits de la politique ASS de leur caisse (mais 41% indiquent ne pas savoir répondre) et parmi les réponses négatives (22 %), les principaux motifs d'insatisfaction concernent :
 - § L'insuffisance des budgets dédiés (54 %) ;
 - § Une prise en compte limitée des situations individuelles (48 %) ;
 - § Des jugements de valeur émanant des commissions (40 %).

Malgré ces critiques, l'évolution des aides est perçue comme globalement positive :

- § Extension des champs couverts (60 %) ;

- § Plus grande souplesse dans les conditions d'attribution (45 %) ;
- § Augmentation des montants octroyés (37 %).

Un défi majeur subsiste, lié à la connaissance inégale de la politique ASS parmi les RU, en particulier ceux qui n'appartiennent à aucune commission ASS.

III) Échanges

Catherine VIBERT

Un nouvel outil de partage propose une formation sur les principes de l'ASS et ses orientations 2024-2027, un guide d'actions territoriales inspirantes ainsi qu'un catalogue de ressources. Je vous invite à le consulter.

Question de la salle

Quels arguments puis-je avancer pour légitimer ma présence en commission ASS, à laquelle j'ai été refusée en tant que RU ?

Féreuze AZIZA

Il est possible qu'il n'y avait plus de place en Commission ASS lorsque vous avez été désigné au Conseil puisque les places sont attribuées en début de mandature, mais il n'est pas normal qu'on interdise son accès aux représentants associatifs en général !

Patrick Charpentier, président de France Assos Santé Nouvelle-Aquitaine

Je m'exprime au nom de l'AFM-Téléthon qui, durant une longue période, fut le principal financeur des aides techniques pour les enfants atteints de maladies neuromusculaires. Aujourd'hui, grâce à la LPP, les possibilités de financement ont évolué, cependant les RAC demeurent préoccupants, forçant des familles à renoncer.

Nous appelons à une solidarité réelle via les commissions ASS afin de garantir une prise en charge complète, pour éviter que les familles ne portent seules ce fardeau.

Féreuze AZIZA

En effet, les associations jouent un rôle essentiel, malgré des financements publics réduits, et une hausse significative de demandes. De nombreuses avancées, comme le *freestyle* pour le diabète, résultent de leur travail.

À ce titre, nous sommes heureux d'accueillir nos deux prochaines intervenantes.

Le rôle des associations dans l'aide au financement des RAC



I) Vaincre la Mucoviscidose

Rajah EL ASSAD, Assistante sociale

Vaincre la Mucoviscidose déploie une importante action sociale pour soutenir les patients et leurs proches face aux défis de cette maladie rare.

S'appuyant sur un budget de plus de 650 000 euros en 2023, elle propose des aides financières universelles, sans barème maximal, pour couvrir des besoins divers liés à la maladie :

§ Accompagnement personnalisé : écoute, soutien technique, et expertise en droits sociaux grâce à plusieurs assistantes sociales ;

§ Frais médicaux : financement partiel ou total des RAC (optique, dentaire, appareils médicaux non pris en charge comme la location du Simeox à 240 euros par mois) ;

§ Parcours de soins : prise en charge des frais de transport, hébergement, soutien psychologique et médecine complémentaire (ostéopathie, sophrologie, etc.) ;

§ Complémentaire santé : aide annuelle sans condition de revenu pour garantir un accès à la mutuelle ;

§ Aide-ménagère : soutien hebdomadaire sous forme de chèques préfinancés, particulièrement pour les familles d'enfants en bas âge.

Malgré ces aides, certaines situations nécessitent des financements exceptionnels pour couvrir intégralement les coûts.

L'Association Vaincre la Mucoviscidose joue un rôle clé en compensant les limites des dispositifs publics, tout en travaillant en collaboration avec les structures sociales et hospitalières pour garantir une meilleure qualité de vie aux patients.

II) Ligue contre le Cancer

Camille COMBOURIEU, Responsable du projet d'action sociale

Le cancer, au-delà de ses impacts médicaux, fragilise les personnes sur les plans familial, social, psychologique, professionnel, et financier. En France, parmi les 433 000 personnes diagnostiquées chaque année, 40 % subissent une baisse de revenus et 100 % constatent une augmentation de leurs charges, accentuant leur vulnérabilité financière.

Les publics les plus affectés incluent :

§ Les personnes en âge de travailler : 50 % des malades sont diagnostiqués avant 65 ans. Parmi elles, deux tiers cessent temporairement de travailler, entraînant une diminution significative des revenus.

§ Les travailleurs indépendants : ils sont particulièrement exposés à des pertes de revenus drastiques en raison de l'absence de dispositifs de compensation.

§ Les familles monoparentales : 17 % des demandes d'aide proviennent de ces familles, fortement fragilisées par la maladie.

§ Les demandeurs d'emploi : la maladie entraîne souvent la suspension des droits au chômage.

Même en ALD, les patients supportent des RAC importants. En parallèle, ils affrontent un parcours administratif complexe : délais prolongés, dysfonctionnements des organismes sociaux et reports multiples. Ces obstacles, combinés à la baisse des revenus, génèrent stress, isolement et renoncements aux soins. Par exemple, 30 % des indépendants renoncent aux soins, et les familles monoparentales sont fréquemment contraintes de choisir entre santé et bien-être familial.

La Ligue soutient les malades et leurs proches à l'aide d'une enveloppe annuelle de 4 millions d'euros. En 2023, près de 9 000 familles ont été aidées.

Ces aides ponctuelles, en complément des dispositifs de droit commun, sont adaptées aux situations spécifiques du territoire et des bénéficiaires :

§ Vie quotidienne : loyer, énergie, alimentation (547 euros en moyenne par demande en 2023) ;

§ Soins médicaux : prothèses, appareillages, mutuelles (467 euros en moyenne) ;

§ Aides humaines : aide à domicile, garde d'enfants, portage de repas ;

§ Projets de vie : aménagement de logement, retour à l'emploi ;

En outre, 75 % des demandes proviennent de personnes en âge de travailler, impactées par une baisse de revenus, et les familles monoparentales priorisent les demandes pour la vie quotidienne (67 %).

Sans intervention de la Ligue, les patients les plus précaires seraient contraints de renoncer ou reporter leurs soins, faute de ressources suffisantes. Toutefois, même lorsqu'ils sont bénéficiaires d'une aide, certains se voient dans l'obligation d'annuler des soins ou de retarder leurs traitements

Féreuze AZIZA

Merci, ces présentations mettent en lumière l'importance fondamentale des associations qui pallient les carences du droit commun, alors même que leurs subventions s'amenuisent de plus en plus. Les administrations s'appuient souvent sur les associations et leur font porter des missions qui devraient relever de la puissance publique, sans pour autant leur donner les moyens. Il nous paraît important que les aides apportées par les associations soient plus visibles dans les rapports publics.

Conclusion, échanges et propositions

Féreuze AZIZA

Quelle est la prochaine étape ? Cette question, soulevée précédemment, vous est également destinée. La santé n'est pas gratuite et nous le savons trop bien ! Il convient d'envisager de nouveaux choix politiques, comme renforcer la prévention ou agir sur les prescriptions.

Dans cette perspective, nous sollicitons vos idées, vos propositions, vos initiatives ; car garantir un accès équitable aux soins représente un défi commun.

La parole est à vous, profitons de cet échange.

La salle

Au sein de nos commissions d'aides individuelles à la CAF, nous recevons de nombreuses demandes pour des dispositifs médicaux, fréquemment liées à des familles monoparentales en difficulté. En dépit de certains débats, nous soutenons activement ces familles. Je tenais à partager cette expérience.

Féreuze AZIZA

En effet, la coordination entre les différents financeurs des aides demeure problématique, chaque acteur se considérant subsidiaire des autres. Une approche collaborative et cohérente paraît nécessaire pour optimiser la prise en charge et simplifier les démarches pour les bénéficiaires.

La Salle

Une convention signée récemment entre la CPAM et la CAF de Seine-Maritime permet de partager ou réorienter les réponses vers la caisse la plus adaptée. Ce dispositif récent révèle d'ores et déjà des résultats encourageants.

La Salle

En Martinique, une conférence des financeurs harmonise les soutiens avec la collectivité territoriale, néanmoins l'attribution des aides demeure complexe. Des refus, liés à des problématiques spécifiques (couleurs de prothèses mammaires, textures de perruques), témoignent d'un manque de prise en compte des réalités locales. Des approches plus adaptées s'imposent.

Par ailleurs, les retards de versement des indemnités ou retraites laissent des personnes sans ressources pendant des mois, alors tenues de compter sur des associations pour couvrir leurs besoins essentiels.

Féreuze AZIZA

En effet, la perte de revenus, combinée aux RAC, constitue une double peine pour les patients.

Nous partageons votre revendication concernant l'adaptation des produits. Il semble fondamental d'introduire des forfaits complémentaires flexibles, adaptés aux besoins spécifiques, sans alourdir les coûts.

La salle

La CNAM propose d'intégrer de nouvelles aides financées par les ASS dans les CPAM. On sait qu'il y a beaucoup de diversité en fonction des départements, il apparaitrait nécessaire d'avoir des aides communes dans chaque Caisse.

Féreuze AZIZA

Les nouvelles orientations des ASS incluent un socle commun d'aides, précisant les interventions minimales obligatoires. Les budgets des CPAM ne s'en trouvent pas impactés, bien qu'une redistribution s'opère, notamment via le 100 % Santé en audiologie. Ce dispositif vise à l'harmonisation tout en respectant la souveraineté des CPAM.

De la salle

Au regard des nombreuses questions soulevées, l'apport de la MDPH ou de l'Agefiph se serait avéré précieux, pour offrir une perspective complémentaire.

Féreuze AZIZA

Hélas, toutes les voix ne peuvent s'exprimer lors de ces journées particulièrement denses. Toutefois, le sujet de la MDPH a pu être évoqué dans l'intervention de Denis RAYNAUD ; et des publications futures viendront compléter ces discussions.

De la salle

En Corse comme en Guadeloupe, les RAC sont souvent plus élevés en raison des déserts médicaux. À ce titre, il convient de souligner qu'en Corse, la Ligue contre le Cancer s'engage à soutenir les aidants, grâce à une subvention de la CPAM.

Par ailleurs, dispose-t-on de données sur les dispositifs appliqués dans les régimes spéciaux, qui pourraient éclairer des pratiques adaptées aux réalités locales ?

Féreuze AZIZA

Chaque caisse bénéficie d'une certaine flexibilité afin de répondre à des besoins spécifiques, conformément aux nouvelles orientations nationales ASS, insistant sur l'importance de réaliser des diagnostics territoriaux pour mieux adapter les aides aux besoins des populations.

Une intervenante de la salle

Je m'interroge sur la prévention, particulièrement contre l'obésité. Taxer certains produits transformés pénalise en priorité les petits budgets. Il semblerait davantage pertinent d'apprendre à chaque citoyen à devenir acteur de sa santé.

Par ailleurs, le formulaire de demande d'aide individuelle, introuvable sur Améli.fr, témoigne d'une véritable lacune de communication.

Féreuze AZIZA

En effet, la communication constitue un défi majeur, chaque caisse adoptant ses propres méthodes, et nombre d'entre elles choisissent de ne pas s'adresser directement aux usagers, craignant une surcharge de demandes.

L'éducation à la santé, quant à elle, représente un enjeu holistique exigeant une politique interministérielle, dès le plus jeune âge, pour donner à chacun les moyens d'être acteur de sa santé.

Merci à toutes et à tous.



Contact utile

faziza@france-assos-sante.org

