

ALD et complémentaires santé : pour une gestion intégrée du risque avec l'assurance maladie obligatoire

**Plaidoyer
pour une vision
stratégique
globale de la prise
en charge des ALD
dans une démarche
cohérente
du risque santé.**

Bertrand Garros

Membre de la
Conférence nationale de santé

Dès l'origine, l'assurance maladie n'a jamais remboursé systématiquement les soins à 100 %, laissant le plus souvent un ticket modérateur à la charge des assurés. Certes, l'intention des pères fondateurs était qu'à terme ce ticket modérateur disparaisse, une fois l'économie française redressée. On sait qu'il n'en a rien été. Néanmoins, certaines maladies, aux conséquences souvent invalidantes ou mortelles, sont à l'origine de soins très coûteux. Ceux-ci peuvent atteindre un niveau tel qu'ils se traduisent par des montants absolus de ticket modérateur qui ont été considérés comme hors de portée d'une protection complémentaire d'un prix accessible à la quasi-totalité de la population. Il a donc été acté que ce que l'on qualifierait aujourd'hui de « gros risques » relevait d'une solidarité universelle, échappant à l'application du ticket modérateur, et donc au champ d'intervention d'une assurance complémentaire laissée à l'initiative individuelle. À l'origine, la préoccupation était de limiter le recours à l'assurance complémentaire, dont le rôle ne devait être que transitoire. La perspective à terme n'était donc pas celle de la réduction du champ d'intervention de l'assurance maladie obligatoire. Progressivement, le débat s'est inversé avec la montée de la part prise par les ALD dans les dépenses de l'assurance maladie et la volonté d'en maîtriser l'évolution. Il s'agit désormais de déterminer ce qui dans le dispositif des ALD pourrait ne plus relever de la seule assurance maladie obligatoire. Mais ce renversement de perspective ne doit-il pas conduire à reconsidérer les relations entre ALD, assurance maladie obligatoire et complémentaire d'une manière plus intégrée

et mieux adaptée aux besoins sociaux et de santé de la population ?

Au-delà du ticket modérateur, des restes à charge croissants et non maîtrisés

Il est naturellement évident que le dispositif des ALD contribue de manière considérable à diminuer le reste à charge des assurés qui en bénéficient, rendant ainsi possible un réel accès aux soins. Mais deux questions se posent aujourd'hui avec de plus en plus d'acuité. La première est de savoir sur quelle base on raisonne : celle du ticket modérateur ou celle du reste à charge des assurés. La seconde est de déterminer par rapport à quoi on apprécie le poids de ce reste à charge : le total des dépenses engagées ou le revenu des assurés.

Le ticket modérateur est calculé par rapport aux règles de remboursement de l'assurance maladie qui définissent à la fois une liste de produits et de prestations remboursables et d'autre part, des tarifs de référence pour les remboursements. De nombreuses personnes pensent que en cas d'ALD, exonération du ticket modérateur équivaut à reste à charge nul. C'est ignorer les dépenses non reconnues par l'assurance maladie qui restent à la charge des assurés. Elles peuvent correspondre à des produits ou prestations ne figurant pas dans les nomenclatures de l'assurance maladie. Par exemple, jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi de financement de l'assurance maladie pour 2007, les compléments multivitaminés nécessaires aux patients atteints de mucoviscidose n'étaient pas remboursés par l'assurance maladie, tout comme les soins de podologie chez les personnes diabétiques, hormis dans le cadre de réseaux de santé. Des « petits »



Les affections de longue durée

matériels, souvent indispensables, ne figurent pas non plus dans la liste des produits et prestations remboursables. Certains soins dentaires ne sont toujours pas pris en charge ou sur la base de tarifs tellement faibles qu'ils sont à l'origine de dépassements importants, alors même que certaines ALD multiplient les risques de pathologies dentaires. Les dépassements d'honoraires concernent aussi de plus en plus fréquemment les médecins, en particulier les spécialistes, avec de grandes variations géographiques et/ou par discipline. Les dépassements peuvent aussi porter sur les matériels, par exemple les prothèses mammaires externes. Les dépenses non reconnues concernent également le forfait journalier hospitalier, ainsi que d'éventuelles pertes de revenus résultant de la différence entre le salaire et le montant des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail, sans compter la situation spécifique des professions indépendantes dans ce domaine.

Ces restes à charge peuvent parfois être remboursés par des assurances complémentaires. La première condition pour ce faire est d'en bénéficier. D'après les données de l'Irdes, reprises par le HCAAM, 13,5 % des personnes en ALD n'auraient pas d'assureur complémentaire. Certaines d'entre elles bénéficient toutefois de la couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C). Mais ce dispositif n'assure aucune prise en charge des dépenses hors nomenclature ni des montants excédant les tarifs de référence dans le prix des matériels. En outre, comme l'ont montré les travaux menés à l'initiative du Fonds CMU, il se traduit aussi trop souvent par des discriminations dans l'accès aux soins, médicaux ou dentaires, voire par le non-respect des tarifs opposables.

Les assureurs complémentaires, et plus particulièrement les mutuelles, en intervenant avant tout par référence et en complément des régimes de base, participent sans doute de façon très variable à la solvabilisation des soins médicalement utiles mais hors nomenclature, hormis en dentaire pour des raisons historiques. En matière de dépassement, la situation est sans doute un peu différente, mais variable selon le type d'assureur ou la nature des contrats (individuels ou collectifs). Qu'il s'agisse du hors nomenclature et des dépassements, le niveau de couverture dépend toutefois du niveau des cotisations ou des primes versées. En revanche, le forfait hospitalier, en progression constante, est la plupart du temps pris en charge. Par ailleurs, le maintien du salaire par complément éventuel

des indemnités journalières de l'assurance maladie est loin d'être automatique, en particulier pour les contrats individuels et dans le cas des non salariés.

Le montant du reste à la charge des ménages peut alors s'apprécier très différemment. Par rapport au total des dépenses remboursées par l'assurance maladie, il est très faible. En revanche, il peut peser lourdement sur le budget des ménages concernés. Un reste à charge annuel de 500 euros pour une ALD, incluant forfait hospitalier, dépassement et dépenses hors nomenclature, n'est pas inconcevable pour bon nombre de personnes en ALD. Si un tel montant est minime pour un cadre supérieur, qui plus est disposant sans doute d'une protection complémentaire haut de gamme, il représente environ la moitié d'un salaire net mensuel sur la base du Smic. Ce reste à charge peut aussi atteindre des montants beaucoup plus élevés. Dans tous les cas, il s'ajoute à celui résultant d'éventuelles autres maladies hors ALD dont le HCAAM a montré qu'il était, à âge comparable, plus important que celui des personnes ne souffrant d'aucune ALD.

Il n'est donc pas surprenant que l'étude Entred, menée auprès d'un échantillon de 10 000 diabétiques en 2002, mette en évidence que près d'une personne interrogée sur cinq fasse part de ses difficultés d'accès aux soins pour des raisons financières. Ont été plus particulièrement cités les soins de pédicurie, les consultations de diététique, certaines consultations médicales ou les soins dentaires, traduisant bien la problématique liée au hors nomenclature ou à l'existence de dépassements.

Une gestion du risque tronquée et complexe

En matière de gestion du risque, il faut distinguer deux dimensions dans le dispositif des ALD. La première et la plus ancienne est celle, financière, de l'exonération du ticket modérateur. La seconde, plus récente, est celle de la protocolisation médicale des prises en charge pour en améliorer la qualité avec le moins de disparité possible. Sous contrainte de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie, la logique financière conduit à segmenter toujours plus fortement les prises en charge en creusant le fossé entre ce qui relève de l'exonération et ce qui n'en relève pas. La progression des dépassements d'honoraires accentue cette coupure, la démarche conventionnelle ne maîtrisant que les tarifs servant de base aux remboursements de l'assurance

maladie. Tant que ces dépassements restaient marginaux en nombre et en volume, ils laissaient « indifférents » les régimes obligatoires, les assureurs complémentaires n'ayant qu'à s'en débrouiller. En refusant leur prise en charge, ou en en limitant la portée, certains plus particulièrement parmi les mutuelles ont voulu les contenir. Ils n'ont guère pu compter sur la solidarité de l'assurance maladie obligatoire. La logique d'un marché concurrentiel s'est donc traduite en définitive par des surenchères, hors de toute gestion du risque responsable. Mais aujourd'hui, comme l'a souligné un rapport récent de l'Inspection générale des affaires sociales, les dépassements atteignent un tel niveau qu'ils compromettent l'accès aux soins, soit directement en n'étant pas ou peu solvabilisés, soit en entraînant des tarifs de garanties de moins en moins accessibles au plus grand nombre. Il n'est plus possible d'être indifférent. Les débats autour de la création d'un secteur optionnel témoignent désormais que la politique tarifaire conventionnelle, utilisant le secteur 2 comme soupape de sécurité, a atteint ses limites. Une gestion commune du risque s'impose désormais à tous : professionnels de santé, assurance maladie obligatoire et complémentaire.

La logique de santé s'inscrit, elle aussi, de plus en plus dans la vision d'un continuum stratégique donnant toute sa place à la prévention dans la maîtrise du risque. Un tel continuum est en effet beaucoup mieux adapté à la pandémie des maladies chroniques dont le risque se définit davantage par son intensité que de façon binaire en distinguant petit et gros risque. En segmentant ainsi le champ de l'assurance maladie obligatoire et celui de l'assurance maladie complémentaire, on rend très difficile la mise en œuvre d'une démarche cohérente de gestion du risque en santé. L'assurance maladie obligatoire concentre de plus en plus ses efforts sur les situations les plus lourdes dont les assureurs complémentaires ont, en amont, peu les moyens d'empêcher la survenue faute d'une gestion du risque commune avec les régimes de base et faute d'avoir les éléments pour en développer une spécifique. Si tout le monde a l'intelligence de voir ce qu'il faudrait faire (anticiper, prévenir, prendre en charge globalement avec le plus d'efficacité possible), la stratification actuelle réduit et enferme les relations entre assurance maladie obligatoire et complémentaire dans une logique comptable où « les économies des uns font les dépenses des autres ». En voulant faire de la prévention

un «outil de gestion du risque», la Caisse nationale d'assurance maladie a cependant pris conscience d'une des conséquences de cette gestion du risque tronquée induite par le dispositif des ALD. Il est intéressant de souligner qu'elle le fait en prenant en charge à 100 % de nouvelles prestations comme les consultations de prévention, médicales ou dentaires, élargissant *de facto* le champ de l'exonération du ticket modérateur.

L'instauration de règles d'admission ou de gestion de plus en plus nombreuses et strictes se traduit également par une complexification supplémentaire du dispositif des ALD, mobilisant toujours plus d'énergie et de ressources aussi bien pour établir ces règles, que pour les comprendre, les appliquer et les contrôler... pour un résultat sans doute incertain. L'application de la réglementation existante s'avère en effet déjà imparfaite du fait de cette complexité. En matière d'assurance complémentaire, on observe par exemple deux phénomènes. Le non-respect de l'ordonnancier bizonne se traduit par des «économies indues» chiffrées par les partenaires conventionnels à 500 millions d'euros. Mais simultanément, les assureurs complémentaires supportent des charges tout aussi «indues» quand ils couvrent le ticket modérateur correspondant à des soins pour des maladies potentiellement exonérantes, mais non déclarées comme telles. Il existe très peu de données sur ce type de situation. Toutefois, dans l'étude Entred, à l'inclusion dans l'enquête en 2001, environ un diabétique sur cinq n'était pas pris en charge dans le cadre du régime des ALD comme il aurait dû l'être.

Quelle logique pour demain ?

Fruit de l'histoire, le champ des prises en charge en ALD manque de cohérence, tout en étant très complexe à gérer. Certaines maladies exonérantes «coûtent» ainsi moins cher à soigner que d'autres qui ne le sont pas. Il subsiste de plus en plus de restes à charge qui pèsent de manière très différente sur le revenu des ménages. Sous la contrainte financière, les régimes obligatoires veulent durcir le dispositif. Le transfert aux ménages d'une partie des dépenses actuellement remboursées dans le cadre de l'exonération du ticket modérateur pour ALD contribuera à maîtriser, au moins temporairement, les dépenses de l'assurance maladie obligatoire. Mais cette mesure, en accélérant la progression des dépenses à la charge des complémentaires santé et des ménages, ne participera en rien à la maîtrise

globale des dépenses de santé. Il en résultera une augmentation des cotisations et primes (ou une diminution des prestations). Pour éviter d'aggraver les difficultés économiques d'une partie non négligeable de la population, il sera alors quasiment inévitable de renforcer les dispositifs sociaux d'exonération ou d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé qui concernent déjà plusieurs millions de personnes. Au bout du compte, dans de nombreux cas, il pourrait y avoir bascule d'un motif médical à un motif social d'exonération ou d'aide.

Par ailleurs, à l'évidence, l'intervention des assureurs complémentaires est de plus en plus nécessaire en cas d'ALD pour solvabiliser les dépenses non remboursées par les régimes obligatoires. Faibles en valeur relative dans le total des dépenses, ces montants peuvent en effet être élevés en valeur absolue et peser lourdement dans le budget des personnes concernées. Leur non-prise en compte peut constituer un frein dans l'accès aux soins. Mais qu'il s'agisse des dépenses hors nomenclature ou des dépassements, l'intervention des assureurs complémentaires s'effectue aujourd'hui sans aucune concertation avec les régimes obligatoires, dans une logique de différenciation, notamment en matière de prise en charge des dépassements, qui conduit à une impasse certaine en matière de gestion du risque dans un contexte de moindre densité médicale.

Plutôt que de procéder de façon partielle et ponctuelle en matière d'exonération aussi bien d'un point de vue médical que social, le moment n'est-il pas venu, comme l'a proposé récemment la Conférence nationale de santé, de supprimer la multitude des dispositifs actuels, en partie redondants sans pour autant répondre à tous les besoins ? Un dispositif unique assurerait l'exonération du ticket modérateur au-delà d'un montant maximum annuel, tous soins confondus. Il en résulterait une formidable simplification administrative d'abord pour les assurés, ensuite pour l'assurance maladie qui pourrait réaliser des économies de fonctionnement sans doute conséquentes, enfin pour les professionnels de santé qui pourraient ainsi dégager plus de temps médicalement utile.

En matière d'ALD, dissocier ainsi exonération du ticket modérateur et pathologies présenterait d'emblée deux avantages essentiels. Le premier est d'évacuer le débat «petit risque/gros risque» au profit d'une logique de continuum mieux adaptée à la réalité épidémiologique du *xxi*^e siècle et

qui concernerait aussi bien régimes obligatoires que complémentaires. Le second est de permettre d'aborder la question de la nécessaire protocolisation des soins en se déterminant uniquement sur des objectifs d'amélioration de leur qualité et d'orientation des assurés dans ce domaine, sans avoir à mélanger cette dimension avec celle de la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie obligatoire. Tous les assurés sociaux en ayant besoin pourraient ainsi bénéficier de plans personnalisés de soins, pris en charge conjointement par les régimes obligatoires et complémentaires dans le respect de sa mise en œuvre. Mais, l'exonération du ticket modérateur étant globale et non plus liée à une affection ou une situation particulières, il serait possible d'aller plus loin encore dans la construction d'une logique commune de gestion du risque entre assurance maladie obligatoire et complémentaire. En ajoutant le forfait hospitalier, les dépassements (s'ils subsistent !) et les dépenses hors nomenclatures (considérées comme utiles par la HAS) au montant du ticket modérateur pour calculer le reste à charge annuel pris en compte pour déclencher, au-delà d'un seuil donné, une prise en charge à 100 % du ticket modérateur par l'assurance maladie, on intéresserait les régimes obligatoires à la maîtrise de ce reste à charge global, sans pour autant les faire intervenir dans le cadre de dépenses non remboursables. Il reviendrait au Parlement de décider du montant de ce plafond. Certains estiment qu'il devrait tenir compte du revenu pour plus d'équité mais aussi pour limiter le recours à des dispositifs spécifiques sous condition de ressources, toujours stigmatisant. Au demeurant, la loi du 11 février 2005 prévoit déjà que les frais de compensation restant à la charge des personnes en situation de handicap, après intervention de la prestation de compensation, ne doivent pas dépasser de plus de 10 % les ressources des personnes concernées. La Mutualité française considère pour sa part que lier systématiquement le reste à charge au revenu remet en cause la logique de solidarité du système d'assurance maladie où chacun contribue en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins.

En conclusion, «sans doute serait-il futile et un peu naïf de croire que le dispositif des ALD pourrait être simple. Mais il y a des limites au-delà desquelles l'excès de complexité de l'outil nuit aux fins qu'il sert», pour paraphraser une des conclusions de l'audit des finances publiques de juin 2002.



Les affections de longue durée

Mais peut-on toujours aborder la question du reste à charge des ménages, celle de l'intervention des assureurs complémentaires et celle de la maîtrise des dépenses des régimes obligatoires de manière aussi segmentée et fragmentaire? On transfère ici, on exonère là, au coup par coup, sans véritable cohérence d'ensemble ni vision stratégique globale, le

mécanisme nouveau du « comité d'alerte » en étant la dernière illustration. La maîtrise de l'évolution des dépenses de l'assurance maladie n'en demeure pas moins une question centrale. Mais vouloir faire des ALD le pivot de la régulation des dépenses de la seule assurance maladie obligatoire, c'est rester sur des schémas économiques, fonctionnels et

épidémiologiques d'un autre siècle. S'attaquer globalement à la problématique du reste à charge des ménages, c'est tenir compte de la réalité actuelle, des attentes des assurés et favoriser la transparence, mais aussi la solidarité de tous les acteurs. C'est retrouver la volonté des pères fondateurs. 

Références

1. Conférence nationale de santé. *Avis du 22 mars 2007 sur les voies d'amélioration du système de santé français*.
2. Entred. *Bilan de l'état de santé des personnes diabétiques et de leur prise en charge*, premiers résultats, juin 2004.
3. Entred. *Analyse des relations entre l'existence d'une prise en charge par ALD et le suivi des recommandations de bonne pratique pour les diabétiques de type II*, mars 2006.
4. Fonds CMU. *Évaluation de la loi CMU*, Rapport n°III, janvier 2007.
5. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. *Avis et note sur le régime des ALD*, 28 avril 2005.
6. Inspection générale des affaires sociales. *Les dépassements d'honoraires médicaux*, avril 2007.
7. Pierre-Louis Bras, Étienne Grass et Olivier Obrecht, « En finir avec les affections de

longue durée, plafonner les restes à charge » *Droit social*, avril 2007, numéro 4, mai 2007.