

Analyse

La santé, hors de prix

jeudi 5 juin 2008, par [BLANCHARD Sandrine](#) (Date de rédaction antérieure : 5 juin 2008).

Le pouvoir d'achat du patient ne cesse d'être grignoté. Déremboursement de médicaments au nom d'un service médical rendu insuffisant, instauration de franchises médicales, multiplication des dépassements d'honoraires des médecins libéraux pour « compenser », disent-ils, l'insuffisance de leur revalorisation tarifaire, et enfin menace sur le remboursement des frais d'optique... la part des dépenses de santé payée par l'assuré social grossit inlassablement.

Parmi tous ces paramètres qui pèsent sur le budget santé des Français, les dépassements d'honoraires représentent un poste bien plus lourd que les nouvelles franchises. Il y a un an, le 23 avril 2007, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) remettait au ministère de la santé un rapport dressant un constat sévère des pratiques de dépassements d'honoraires réclamés par les médecins à leurs patients.

Exemples : pour le port d'une prothèse de hanche, 72 % des patients doivent payer de leur poche en moyenne 225 euros à l'hôpital public, et 454 euros dans une clinique privée. Pour une opération de la cataracte, 71 % doivent déboursier en moyenne 91 euros dans le public et 200 euros dans le privé. Sans compter les dépassements dans les cabinets médicaux en ville lors des consultations. Constatant que ces dépassements, qui ont augmenté « *de plus de 40 % en dix ans en valeur réelle* », sont devenus « une pratique majoritaire chez les spécialistes » et ont représenté 2 milliards d'euros sur un total de 19 milliards d'honoraires, l'IGAS concluait : « *Cette pratique est devenue un obstacle à l'accès aux soins.* »

Un an plus tard, les discours des responsables politiques affirmant qu'il est nécessaire de revoir ce système ne manquent pas. « *Il faut s'attaquer aux dépassements d'honoraires*, a affirmé à plusieurs reprises la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, *parce qu'ils constituent un problème majeur d'accès aux soins.* » Le 6 février, Nicolas Sarkozy demandait que les états généraux de la santé puissent déboucher sur des mesures de « *régulation des dépassements d'honoraires* ».

Tout le monde a une complémentaire santé, rétorqueront les plus optimistes. Malheureusement, cela ne suffit plus. Si 85 % des Français sont couverts par une mutuelle ou une assurance complémentaire, la prise en charge des dépassements d'honoraires n'est ni générale ni illimitée et varie considérablement suivant les contrats souscrits. Une récente étude de l'Union nationale des organismes d'assurance-maladie complémentaire (Unocam) montre que 40 % des personnes disposant d'une couverture complémentaire ne sont pas du tout remboursées des dépassements et que seulement 20 % bénéficient d'une prise en charge entre 100 % et 120 %. En 2005, sur la totalité des honoraires médicaux, la Sécurité sociale en a pris en charge 71 %, les complémentaires santé 18 %, les ménages 9 % et l'Etat 2 % (CMU). « *La tendance récente est marquée par une limitation de la prise en charge des dépassements* », souligne l'Unocam.

Le gouvernement dit s'inquiéter de ces dérives mais il n'a pris aucune mesure concrète. Même l'obligation faite aux médecins d'informer préalablement par écrit le patient sur les tarifs pratiqués n'est toujours pas appliquée. Cette décision, qualifiée de « *mesure vexatoire* » par certains syndicats, apparaît comme le minimum. Mais le ministère de la santé est incapable de fournir une

date de publication de l'arrêté qui fixera le seuil à partir duquel cette information sera « obligatoire ». La loi a pourtant été votée en décembre 2007.

Cette question des dépassements d'honoraires est une vieille histoire chargée de non-dits. Déjà, en 1992, Claude Béraud, médecin-conseil de la Caisse nationale d'assurance-maladie, s'en prenait aux « *dépassements excessifs* ». Pourquoi le dossier traîne-t-il ? Prosaïquement, parce qu'il ne change rien aux comptes de la Sécu. Payés par les complémentaires santé et les patients, les dépassements ne sont pas une source d'économies potentielles pour l'assurance-maladie. Cette dernière exerce peu de contrôles et encore moins de sanctions contre les praticiens indélicats. Quant aux patients, ils n'osent pas porter plainte. De plus, les dépassements sont légaux et autorisés. Mais le fameux « tact et mesure » dont sont censés faire preuve les médecins n'a pas de définition législative ou réglementaire.

SYSTÈME À BOUT DE SOUFFLE

Ce sujet irrite les syndicats de praticiens. Pour la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), la majorité des dépassements correspond « *à une inadéquation entre les valeurs des actes retenus pour le remboursement par l'assurance-maladie et leur coût réel pour les médecins* », ainsi qu'à une « *répercussion du coût des assurances professionnelles des spécialités à risque* ». Aux yeux de la CSMF, la seule solution pour faire barrage aux dépassements passe par une revalorisation des tarifs. Ce que l'assurance-maladie n'est pas pressée de faire. L'ordre des médecins botte en touche en expliquant ne recevoir aucune information des caisses sur les honoraires perçus par les praticiens, « *ce qui limite, dit-il, toute action pédagogique et disciplinaire* ». Seule avancée, les assurés sociaux peuvent appeler leur caisse d'assurance-maladie pour trouver un professionnel de santé appliquant les tarifs de la Sécu. Mais une enquête publiée en mars dans *L'Expansion* a montré qu'il est de plus en plus difficile dans certaines régions d'être opéré sans dépassement d'honoraires.

Il est urgent d'agir. En pesant sur le budget des ménages, les dépassements d'honoraires remettent en cause l'égalité d'accès aux soins. Selon la dernière enquête de l'Institut de recherche en économie de la santé (Irdes), 14 % de la population déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières. Ces renoncements se concentrent sur la santé bucco-dentaire, les lunettes et les consultations chez un spécialiste, trois secteurs où le reste à charge pour les assurés est le plus important. Plus le revenu du ménage est faible, plus le renoncement est important. Faut-il plafonner les dépassements, comme le réclament les associations de patients ? Faut-il, comme le réclament les syndicats de médecins, créer un « secteur optionnel » autorisant les médecins de secteur 1 (tarifs Sécu) à pratiquer des dépassements sur une partie de leurs activités intégralement remboursés par les complémentaires santé ? Une chose est sûre, le système actuel est à bout de souffle.

P.-S.

* Article paru dans le Monde, édition du 30.04.08. LE MON.DE | 29.04.08 | 13h56 • Mis à jour le 05.06.08 | 15h49

* Sandrine Blanchard : Courriel : blanchard.lemonde.fr