



IDÉES

Luttons contre les inégalités d'accès aux soins

Les candidats à l'élection présidentielle doivent s'engager à réformer le système d'assurance complémentaire pour en finir avec le renoncement aux soins des plus pauvres

PAR LUIS GODINHO

A lors que, à l'invitation de la Mutualité française, cinq candidats à l'élection présidentielle devaient présenter, mardi 21 février, leurs propositions en matière de financement de notre système de santé, les comparaisons européennes sont riches d'enseignements pour de futures réformes.

Même si le renoncement aux soins peut avoir des causes multiples, les raisons financières sont prépondérantes, comme le montrent les problèmes récurrents d'accès aux soins optiques, dentaires et auditifs, dont les remboursements par la Sécurité sociale n'ont pas été revalorisés depuis trente ans. Le fort impact de ces restes à charge n'est pas pour rien dans la volonté des candidats à la présidentielle d'en améliorer l'accès.

Les dernières statistiques de l'OCDE (« Health at a Glance : Europe 2016 ») montrent qu'en 2014, les dépenses de santé de la France, avec 11 % du PIB, ne sont pas exceptionnellement élevées : elles sont inférieures à celles de la Suisse, de l'Allemagne et de la Suède, et proches de celles des Pays-Bas et du Danemark. De même, avec 79 % des dépenses de santé financées par les systèmes publics, la France se situe dans la moyenne européenne.

La véritable spécificité française se trouve dans le financement du solde,

soit les 21 % de dépenses non prises en charge par les systèmes publics. D'abord, la part des assurances complémentaires, 14 %, est beaucoup plus élevée que chez nos voisins. Logiquement, le reste à charge après assurance maladie obligatoire et complémentaire – 7 % – est moindre, et même le plus faible parmi les 28 pays de l'Union européenne (UE), où les malades sortent en moyenne de leur poche 15 % de leurs frais de santé.

On pourrait donc s'attendre à ce que les renoncements aux soins soient parmi les plus bas dans notre pays, puisque 95,5 % des Français disposent d'une complémentaire santé. C'est bien le cas des plus aisés et de la population totale, pour lesquels le renoncement est plus faible que la moyenne européenne. Mais il n'en est rien pour les 20 % les plus pauvres : le renoncement aux soins médicaux est pour cette catégorie de 6,6 %, contre 6,4 % en moyenne dans l'UE. L'écart est, avec l'audioprothèse, encore plus marqué pour le renoncement aux soins dentaires : 12 % en France, contre 10,4 % dans l'UE.

Notre faible reste à charge moyen recouvre en réalité des inégalités sociales de santé, puisque les plus aisés sont avantagés et les plus modestes pénalisés, et ce malgré la généralisation en cours de la complémentaire santé. Comment expliquer ce paradoxe ?

SEGMENTATION DES CONTRATS

Les assurances complémentaires proposent d'une part des contrats collectifs, réservés aux salariés et dont les coûts sont partiellement pris en charge par l'employeur et par l'Etat, grâce à la défiscalisation des primes, et d'autre part des contrats individuels aux primes proportionnelles à l'âge. Les seconds sont les seuls choix possibles pour les étudiants, les chômeurs et les retraités. Les contrats collectifs, destinés aux 25-59 ans, offrent un meilleur rapport qualité/prix et des remboursements supérieurs à ceux des contrats individuels souscrits par les plus de 60 ans et les moins de 25 ans. De plus, la tarification proportionnelle à l'âge entraîne, pour les retraités modestes, des primes allant jusqu'à 10 % de leurs revenus pour une couverture médiocre.

Les aides sociales et fiscales à l'acquisition d'une complémentaire santé bénéficient aux seuls salariés, qui jouissent pourtant d'un meilleur revenu que les moins de 25 ans et les chômeurs, et présentent moins de problèmes de santé que les plus de 60 ans ! Au final, un cadre de 45 ans jouissant d'une bonne santé et de bons revenus a un reste à charge quasi nul, alors qu'un retraité modeste, aux revenus et à la santé fragiles, subit d'importants restes à charge...

Le problème est aggravé par la forte concurrence non régulée entre assurances complémentaires, où de nou-



veaux acteurs prospectent les « bons risques » – les jeunes salariés économiquement favorisés – au détriment, là encore, des retraités, dont les coûts des contrats augmentent pour des garanties en baisse. La concurrence par les prix à laquelle sont poussées les complémentaires conduit à une tarification proportionnelle au risque.

Les plus pauvres renoncent de plus en plus aux soins pour des raisons financières, particulièrement en dentaire et en audioprothèse, même s'ils possèdent une complémentaire. Pour lutter contre ces inégalités, il faut modifier le système d'aides publiques à l'acquisition des contrats et développer une mutualisation plus large entre contrats.

L'Inspection générale des affaires sociales estimait, en avril 2016, que de 1,75 à 2,35 milliards d'euros d'aides seraient « redistribuables dans le cadre d'une réforme globale » et proposait de les utiliser pour « revaloriser la prise en charge des prestations qui posent aujourd'hui encore des difficultés d'accès aux soins : soins dentaires et audioprothèses » (« Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé »). Une bonne prise en charge de ces secteurs par l'Assurance-maladie aurait un impact majeur pour les 20 % les plus pauvres et permettrait de diminuer le coût de l'ensemble des contrats.

L'amélioration de la mutualisation entre contrats pourrait passer par l'interdiction de la tarification en fonction de l'âge. Notre pays est l'un des seuls où elle existe, créant une iniquité majeure au détriment des plus âgés. Sa suppression améliorerait la mutualisation et l'équilibre entre solidarité des adhérents et concurrence, et donnerait un coup d'arrêt à la segmentation croissante des contrats. La généralisation en cours des complémentaires santé doit permettre un accès universel aux soins et diminuer le renoncement des plus modestes. ■

Luis Godinho est président du Syndicat des audioprothésistes, vice-président du Centre national des professions de santé, membre du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie

**LA SUPPRESSION
DE LA TARIFICATION
EN FONCTION DE L'ÂGE
AMÉLIORERAIT
LA MUTUALISATION**