



COMMUNIQUE DE PRESSE - 25 octobre 2016

## Les frais cachés des affections longue durée (ALD)

Un Français sur six bénéficie du dispositif des affections de longue durée (ALD) parmi lesquelles les cancers, le diabète, l'insuffisance rénale chronique, l'infection au VIH notamment... Malgré le dispositif de prise en charge à 100% de la sécurité sociale, de nombreux frais restent à leur charge. L'Observatoire citoyen composé du Collectif interassociatif sur la Santé (CISS), du magazine *60 Millions de consommateurs* et de la société Santéclair s'est associé au cabinet Cemka Eval afin d'étudier les chiffres issus des bases de données de l'Assurance maladie extraits de l'Echantillon généraliste des bénéficiaires. L'Observatoire a également fait appel à des témoignages de consommateurs recueillis par des associations de patients : Aides, la Fédération française des diabétiques, la Ligue contre le cancer, La Note rose et Renaloo.

### Des restes-à-charge moyens bien contenus : 752 € / an en ALD versus 673 € / an sans ALD

A caractéristiques d'âge et de sexe équivalentes, notre enquête révèle qu'en 2013 les dépenses de santé totales peuvent être évaluées, en moyenne, à 6 300 € par personne en ALD et à 1 800 € par personne sans ALD. Ces dépenses sont respectivement prises en charge à 88 % par l'assurance maladie lorsqu'il s'agit des personnes en ALD, et à 63 % pour les autres. La meilleure prise en charge d'un certain nombre des dépenses de santé des personnes en ALD permet globalement à ce dispositif de jouer son rôle de réduction des inégalités financières dans l'accès aux soins.

### 1 700 € de reste-à-charge annuel moyen parmi les personnes en ALD consommant le plus de soins : un « 100% » qui se limite aux tarifs de remboursement de la Sécurité sociale

Une somme moyenne qui cache, pour les personnes étant les plus confrontées aux soins, des restes-à-charge pouvant exploser dans certains cas pour atteindre plusieurs milliers, voire dizaine(s) de milliers, d'euros. En effet, comme pour tous les assurés sociaux, la base de remboursement de l'assurance maladie ne correspond pas forcément aux tarifs facturés : soins mal ou pas remboursés (certains soins dentaires, optique, prothèses auditives...), dépassements d'honoraires... Or c'est bien sur ce « tarif Sécu » que s'applique la prise en charge à 100 % au titre de l'ALD, et non pas sur les prix effectivement pratiqués... d'où un différentiel sur un certain nombre de soins qui reste à la charge des patients et / ou de leur complémentaire santé.

### L'intervention des complémentaires santé

Notre étude a permis de simuler les remboursements par les complémentaires santé sur la base du reste-à-charge moyen après sécurité sociale, en fonction de 3 contrats type « entrée de gamme », « milieu de gamme » et « haut de gamme ».

	RAC moyen après AMO Sécurité sociale	RAC moyen après AMC Complémentaire entrée de gamme	RAC moyen après AMC Complémentaire milieu de gamme	RAC moyen après AMC Complémentaire haut de gamme
Au moins 1 ALD - moyenne ensemble échantillon (80 897 pers.)	752 €	467 € (38 %*)	227 € (43 %*)	111 € (85 %*)
Au moins 1 ALD - moyenne décile des plus grosses dépenses (8 079 pers.)	1 697 €	1 085 € (36 %*)	483 € (71 %*)	187 € (89 %*)
Sans ALD - moyenne ensemble échantillon (59 340 pers.)	673 €	390 € (42 %*)	210 € (69 %*)	107 € (84 %*)
Sans ALD - moyenne décile plus des grosses dépenses (5 929 pers.)	2 160 €	1 364 € (37 %*)	826 € (62 %*)	415 € (81 %*)

\* % du RAC après Sécurité sociale pris en charge par la complémentaire santé

Le niveau de contrat le plus pertinent doit être étudié par chacun en fonction du type de consommations de soins auquel il est confronté (optique, prothèses dentaires, audioprothèses...), de ses besoins et exigences en matière de prise en charge (chambre individuelle en cas d'hospitalisation, dépassements d'honoraires auprès des médecins consultés...), sachant qu'une estimation moyenne des cotisations dépend de l'âge de l'assuré.

	Entrée de gamme	Milieu de gamme	Haut de gamme
Contrat collectif <i>(avant prise en charge partielle par l'employeur pour les personnes étant salariées)</i>	36 € / mois	59 € / mois	110 € / mois
Contrat individuel pour un assuré de 65 ans <i>(proche de l'âge moyen des personnes en ALD)</i>	42 € / mois	105 € / mois	182 € / mois

Le principe de mutualisation permet la couverture de niveaux de dépenses particulièrement élevés, notamment lors des phases aiguës de la maladie où les dépenses peuvent s'envoler (populations du dernier centile, c'est-à-dire le 1% des personnes en ALD confrontées aux plus grosses dépenses de santé, environ 110 000 malades par an).

### Les faiblesses de la prise en charge au titre de l'ALD

En termes de limitation des dépenses restant à la charge des patients, le régime de l'ALD laisse les personnes qui en bénéficient confrontées aux mêmes trous dans la raquette des remboursements que ceux de la population générale... mais aggravés par le fait que les personnes étant plus malades, elles sont aussi potentiellement plus fréquemment exposées à ces restes-à-charge.

L'exemple des soins dentaires mal remboursés est emblématique : de nombreuses pathologies ont des conséquences sur la santé bucco dentaire, du fait des maladies elles-mêmes ou des effets secondaires des traitements, et donc un risque accru de voir les personnes confrontées aux restes-à-charge liés aux soins mal ou pas remboursés en la matière notamment s'agissant de la parodontie.

Par ailleurs, le système de l'ALD apparaît complexe aux yeux de beaucoup de patients qui ne savent souvent pas avec précision ce qui fait l'objet d'une prise en charge à 100 % ou pas. Ils n'ont donc que très peu de visibilité quant aux dépenses qui entraînent ou pas de restes-à-charge. Cette complexité s'illustre notamment au travers :

- de la rédaction du protocole de soins dans le cadre d'une coopération médecin(s) / malade,
- de la difficulté à suivre les remboursements en l'absence de tiers-payant généralisé et en raison de la récupération des franchises médicales appliquées par l'assurance maladie,
- de l'appropriation du suivi post ALD pour les pathologies pouvant y donner lieu,
- de la capacité à comprendre le système de santé pour mettre en place des stratégies afin de réduire ses restes-à-charge.

Cette complexité est potentiellement vecteur d'inégalités de traitements entre assurés sociaux, voire d'inégalités d'accès aux soins.

-----  
Collectif interassociatif sur la santé (Ciss)  
Marc Paris  
01 40 56 94 42 / 06 18 13 66 95  
[communication@leciss.org](mailto:communication@leciss.org)

60 Millions de consommateurs  
Anne Juliette Reissier  
01 45 66 20 35 / 06 10 63 02 16  
[aj.reissier@inc60.fr](mailto:aj.reissier@inc60.fr)

Santclair  
Céline Tamalet  
01 47 61 21 36  
[ctamalet@santclair.fr](mailto:ctamalet@santclair.fr)