

Éditorial



« Comment faire du reste à charge zéro une véritable avancée pour les Français ? »

Jean-François Tripodi

Directeur général Carte Blanche Partenaires

Comment atteindre le reste à charge zéro ? C'est la question qui agite en ce moment les acteurs de la santé et de l'assurance. Comment faire du RAC zéro une véritable avancée pour les Français ? De quelle manière peut-il être financé ?...

Diverses pistes sont envisagées avec, au cœur des discussions entre le ministère de la Santé et les différents acteurs concernés, la définition d'un panier de soins de base pour l'optique, le dentaire et l'audition. Spécialisé dans ces trois domaines de santé, Carte Blanche Partenaires

a légitimement mené l'enquête auprès des Français pour connaître leur opinion, mais aussi auprès de leur représentation associative. Je remercie chaleureusement Gérard Raymond, président de la Fédération française des diabétiques (FFD) et vice-président de France Assos Santé, l'organisation représentative des usagers du système de santé, de nous avoir livré son témoignage.

Bonne lecture !

Dossier

Dentaire, optique, audition Comment atteindre le reste à charge zéro ?

La ministre de la Santé a récemment annoncé la mise en place d'un panier de soins de base entièrement remboursé dans l'optique, le dentaire et l'auditif. Comment en faire une vraie avancée pour les Français ? De quelle manière financer ce panier ? Éléments de réponse...

Véritable enjeu de santé publique, le renoncement aux soins touche avant tout l'optique, le dentaire et l'auditif. Cause principale de ce phénomène : les niveaux de reste à charge, qui s'élèvent respectivement à 21 %, 22 % et 60 %. Près de 4 français sur 10 ont ainsi dû renoncer à l'un de ces soins durant les cinq dernières années. Dans ce contexte, la création du panier de soins est plébiscitée par les patients, avec 92 % d'opinions favorables!



Donner à tous le droit à la qualité

Assurance maladie, professionnels de santé, complémentaires, réseaux de soins : les acteurs impliqués ont entamé des négociations qui devraient aboutir courant 2018 à la définition du panier de soins. Si la ministre de la Santé a indiqué qu'il n'y avait « pas d'enveloppe financière prédéfinie », les contraintes budgétaires pèseront nécessairement, avec le risque d'aboutir à des équipements au rabais. Une crainte



Dossier (suite)



partagée par 73 % des Français¹. Afin de garantir à tous le droit à la qualité, les acteurs de santé devront donc rester vigilants au niveau des gammes d'équipements proposées.

Informer le patient

Pour 7 Français sur 10, les soins de base doivent profiter à tous¹, sans distinction de revenus. Encore faut-il que les patients soient clairement informés de leur existence. L'enjeu de pédagogie et de transparence est primordial quand on sait par ailleurs que près d'une moitié des Français ignore les prestations sociales auxquelles ils ont droit². Demain, il pourrait ainsi être demandé aux professionnels de santé de proposer systématiquement parmi leurs devis une option relative au panier de soins de base, donc entièrement remboursée.

Agir sur les prix et les remboursements

Une fois le panier de soins défini, quels efforts devront être fournis ? Le reste à charge des soins optiques, dentaires et auditifs représente 4,4 milliards d'euros sur une année, soit 248 euros par habitant. Si le panier se limitera aux « soins nécessaires » selon la ministre de la Santé, des solutions devront être trouvées pour faire baisser les prix d'une part et augmenter les remboursements d'autre part. Mais pour tenir cet objectif, les complémentaires devront nécessairement majorer leurs primes d'assurance, surtout pour le dentaire et l'auditif. Une évolution qui devra rester modérée pour les Français.

En optique : se baser sur les prix planchers des contrats responsables

Alors que l'assurance maladie ne rembourse que 4 % des dépenses dans l'optique, les complémentaires santé et les fabricants de lunettes devront trouver un accord permettant l'accès à des verres de qualité sans reste à charge. Le plus pertinent sera de prendre comme référence les prix planchers des « contrats responsables » qui avaient été mis en place pour limiter la hausse des prix dans le secteur.

Cette évolution du financement devra aussi permettre de réfléchir aux modalités de prise en charge des complémentaires santé dès le premier euro, au vu de la faible participation du régime obligatoire. Un moyen de renforcer leur action indispensable de régulation et de contrôle.

Dentaire : priorité au préventif

L'objectif d'un reste à charge zéro sur les équipements dentaires paraît inatteignable tant les dépenses actuelles sont importantes. L'enjeu consiste donc à renforcer la prévention. Ce travail, que les dentistes n'ont pas le temps de réaliser dans de bonnes conditions, pourrait être effectué par de nouveaux professionnels : les hygiénistes dentaires. De niveau master, ils seraient recrutés au sein des cabinets et réaliseraient des actes de prévention tels que les détartrages.

Des mesures incitatives devront aussi être mises en place. La revalorisation des actes de prévention et de conservation en échange

d'une baisse des prix des prothèses est ainsi envisagée. Par ailleurs, il serait pertinent d'aider les professionnels souhaitant proposer des équipements sans reste à charge à s'installer en cabinet de groupe.

Dans l'auditif : distinguer la vente de l'équipement de celle du suivi

C'est le secteur où le reste à charge est le plus élevé, atteignant 60 % du prix des audioprothèses. En cause, un coût d'achat très élevé qui inclut obligatoirement un suivi de l'audioprothésiste sur cinq ans. Pour étaler les dépenses et améliorer ainsi les remboursements, le plus simple serait de dissocier la vente de l'équipement de la prestation de suivi. Préconisée par l'Autorité de la concurrence, cette mesure faciliterait la comparaison des offres et contribuerait ainsi à faire baisser les prix. D'autres évolutions s'imposent, comme l'augmentation du numerus clausus des audioprothésistes, dont le niveau actuel contribue à surévaluer les tarifs.

Néanmoins, une fois que ce panier de soins sera entré en vigueur, rien ne garantit que les dépenses de santé diminueront pour les patients. Pour compenser la perte de revenus sur les soins de base, certains professionnels de santé seront peut-être amenés à revaloriser les autres prises en charge, dont la plupart resteront essentielles aux Français. L'enjeu sera donc de maîtriser le reste à charge au-delà du panier de soins de base. Un autre défi d'ampleur, sur lequel les réseaux de soins seront indispensables pour faciliter l'accès de tous à des prises en charge de qualité à moindre coût.



1. « Les Français et le "reste à charge zéro" » - Décembre 2017 - Odoxa pour Carte Blanche Partenaires - Enquête réalisée auprès d'un échantillon de Français interrogés par internet les 29 et 30 novembre 2017. 2. Enquête de la fédération Adessadomicile - Novembre 2017.

Initiatives

Que pensent les Français du reste à charge zéro ?

Carte Blanche Partenaires a interrogé les Français sur leur rapport au « reste à charge zéro » pour l'optique, le dentaire et l'auditif, *via* une enquête Odoxa. Des enseignements qui alimenteront les négociations en cours sur la définition du panier de soins de base. Si la mise en place du reste à charge zéro est plébiscitée, elle soulève la crainte de voir baisser la qualité des équipements.



3 Français sur 4

jugent les soins optiques, dentaires et auditifs **mal remboursés**.

38 % les jugent très mal remboursés, **35 %** assez mal remboursés.



60 %

des Français

ont dû **repousser l'un de ces soins ou y renoncer** durant ces 5 dernières années.

56 % ont dû repousser un soin et **39 %** ont dû renoncer à un soin totalement.



9 Français sur 10

sont favorables au « reste à charge zéro » pour les soins optiques, dentaires et auditifs.

Près **de 1 sur 2** y est très favorable.



71 %
des sondés

souhaitent que **ce panier soit proposé à tous les Français**, sans distinction de revenus.



73 %

craignent que le reste à charge zéro n'entraîne une **baisse de la qualité des équipements** (lunettes, prothèses dentaires ou audioprothèses).

Ils sont **53 %** à ne pas croire qu'il soit possible d'allier qualité et remboursement complet.



96 %
des Français

souhaitent que la création du « reste à charge zéro » **profite aux fabricants hexagonaux** (indispensable pour 53 % et secondaire pour 43 %).

Pour consulter l'ensemble des résultats : [cliquez ici](#) ou rendez-vous sur www.odoxa.fr, rubrique « Les sondages », puis sélectionner le sondage du 19.12.17 sur le reste à charge zéro

La méthodologie : Enquête réalisée par Internet les 29 et 30 novembre 2017 auprès d'un échantillon de 991 Français représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus. La représentativité de l'échantillon est assurée par la méthode des quotas appliqués aux variables suivantes : sexe, âge, niveau de diplôme et profession de l'interviewé après satisfaction par régions et catégories d'agglomération.

L'invité



« Il ne faut pas seulement travailler *pour* mais *avec* les patients »

Gérard Raymond

Président de la Fédération française des diabétiques (FFD)
Vice-président de France Assos Santé, l'organisation représentative des usagers du système de santé, regroupant plus de 70 associations de patients et d'usagers

Premiers concernés par le reste à charge, les usagers veulent faire entendre leur voix dans le cadre de la création du panier de soins de base. Président de la Fédération française des diabétiques et vice-président de France Assos Santé, Gérard Raymond alerte les acteurs impliqués sur plusieurs points de vigilance pour répondre aux besoins des patients.

Que pensez-vous de la mise en place d'un panier de soins de base entièrement remboursés dans l'optique, le dentaire et l'auditif ?

Sur le principe, on ne peut que souscrire à cette initiative devant la concentration de restes à charge élevés dans ces secteurs. Même si d'autres types de prises en charge connaissent aussi des remboursements insuffisants, comme c'est le cas pour les maladies chroniques.

Sur la méthode, par contre, nous sommes surpris que les associations de patients soient écartées des discussions visant à définir le contenu du panier de soins. Si nos attentes et nos besoins réels ne sont pas écoutés, comment apporter aux patients des réponses pertinentes ? Notre vocation est de coconstruire avec les

Il faut déjà agir sur le prix des équipements, en imposant une totale transparence auprès des vendeurs. »

autres acteurs impliqués des solutions qui soient efficaces et pérennes car ancrées dans la réalité de chaque acteur. Il ne s'agit donc pas seulement de travailler *pour* mais *avec* les patients.

Selon vous, comment agir pour faire baisser le prix des soins optiques, dentaires et auditifs au service des patients ?

Plusieurs leviers doivent être actionnés. Il faut déjà agir sur le prix des équipements, en imposant une totale transparence auprès des vendeurs. Les patients doivent être correctement informés sur la nature des produits ainsi que sur leur qualité technique. Cela éviterait ainsi que le coût de certains équipements ne soit surévalué.

Afin de contenir les écarts entre le prix réel et le niveau de prise en charge, un prix limite de vente devrait par ailleurs être défini sur la base de remboursement de l'assurance maladie. Cela est particulièrement vrai pour le dentaire, où un équilibre est à trouver entre le juste prix des prothèses et les tarifs des soins conservateurs fixés de manière réglementaire.

Il faut également agir pour limiter les dépassements d'honoraires. Nous devons pour cela rapprocher les modalités d'exercice du secteur 2 de celles prévues par l'Option pratique tarifaire maîtrisée. Enfin, les réseaux de soins ont un rôle important à jouer dans ces secteurs peu remboursés par l'assurance maladie. Ils permettent aux patients d'accéder à des

« Nous devons certes améliorer le remboursement des actes, mais l'enjeu est aussi de réduire leur fréquence et leur lourdeur. »

professionnels de santé respectant des standards de qualité à des tarifs encadrés. Ces réseaux doivent néanmoins suivre un cahier des charges clair et précis, en lien avec les attentes des patients. À ce titre, il est nécessaire que les réseaux de soins intègrent en leur sein des représentants d'usagers.

L'invité (suite)

Au-delà de la baisse des prix, quels efforts doivent être réalisés concernant le financement ?

Comme pour l'ensemble des prises en charge, la priorité doit être donnée à la prévention. Nous devons certes améliorer le remboursement des actes, mais l'enjeu est aussi de réduire leur fréquence et leur lourdeur. Nous devons pour cela élargir notre réflexion au parcours de soins. À titre d'exemple, on sait que plus

de 1 diabétique sur 2 est atteint d'une maladie parodontale (ndlr : touchant les tissus de soutien de la dent). Le parcours

« **Le plus important est de passer d'une logique d'assurance maladie à celle d'une « assurance santé », basée sur les actes de prévention et la sensibilisation des usagers.** »

de soins des diabétiques devrait donc intégrer des visites de prévention chez les dentistes, sans dépassement d'honoraires, afin d'éviter une opération ultérieure. Le plus important est de passer d'une logique d'assurance maladie à celle d'une « assurance santé », basée sur les actes de prévention et la sensibilisation des usagers.

Bon à savoir



Si le **niveau du reste à charge**

est la cause première du renoncement aux soins, évoquée par 59 % des Français,

d'autres raisons expliquent ce phénomène.

32 % mentionnent ainsi l'**avance de frais**, suivie des **délais de rendez-vous trop longs** (12,2 %), du **manque de temps** (11,2 %) ou encore de la **peur du médecin** (4,9 %).

Source : ODENORE, « Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins dans 18 départements (parmi les 21 expérimentateurs du dispositif PFIDASS) », juin 2016.

Kézako ?



L'hygiéniste dentaire

Profession reconnue dans une vingtaine de pays européens, dont l'Allemagne, le Royaume-Uni ou l'Italie, **l'hygiéniste dentaire assure les soins dentaires les plus courants**, comme les détartrages.

Il effectue aussi un travail de prévention, notamment en conseillant sur la personnalisation du brossage ou l'emploi du fil dentaire.

Cette profession n'est pas reconnue en France alors qu'elle pourrait, par son rôle préventif, contribuer à réduire significativement les recours aux prothèses dentaires, très coûteuses pour les patients. Elle déchargerait ainsi les chirurgiens-dentistes, dont certains n'ont pas le temps de réaliser ces tâches dans de bonnes conditions.