**DEVOIR BTS 2eme année 2014**

Sur les dépassements d'honoraires, UFC-Que choisir a décidé de frapper fort. A la veille du dernier round de négociations avec les syndicats médicaux sur le sujet, l'association de consommateurs publie, mardi 16 octobre, une étude accablante sur l'ampleur du phénomène. Elle révèle à quel point il est peut être difficile pour les Français d'avoir accès à proximité de chez eux à un praticien qui ne pratique pas trop de dépassements.

*"Notre étude montre qu'il y a clairement une fracture entre ceux qui peuvent se soigner au tarif de la Sécu et ceux qui subissent les dépassements "*, estime Mathieu Escot, chargé de mission santé au sein d'UFC-Que choisir.

*Le Monde du 16 octobre 2012*

**QUESTION 1** (7 points)

Caractériser le phénomène présenté dans l’étude d’UFC-Que choisir qui présente la fracture sanitaire.

**QUESTION 2** (6 points)

Montrer comment certains dispositifs mis en place, par différents acteurs, tentent de répondre aux difficultés d’accès aux soins.

**QUESTION 3** (5 points)

Quelles sont les limites de ces dispositifs ?

Qualités rédactionnelles : 2 points

**ANNEXE 1**: Article DNA du 17 octobre 2012

**La fracture sanitaire**



**L’association de consommateurs UFC-Que choisir dénonce une « fracture sanitaire » dans l’accès aux soins. Les dépassements d’honoraires des médecins sont en cause.**

« Avoir un médecin à proximité de chez soi ne suffit plus. Encore faut-il que les honoraires qu’il pratique permettent à l’usager de se rendre chez lui », alerte Alain Bazot, président de UFC-Que choisir. Pour l’association de consommateurs, les dépassements d’honoraires pratiqués par les médecins empêcheraient l’accès aux soins à de plus en plus de Français.

**La fracture devient abyssale quand on tient compte des dépassements d’honoraires**

Hier, lors d’une conférence de presse, UFC-Que choisir a présenté une étude innovante liant pour la première fois les deux obstacles concernant l’accès au soin : l’accessibilité géographique et les dépassements d’honoraires.

Quatre spécialités ont été auscultées à la loupe : généralistes, ophtalmologistes, gynécologues et pédiatres. Des cartes de l’offre médicale française, commune par commune, en tenant compte de la capacité financière des usagers à se soigner ont ainsi été produites et révèlent une « fracture sanitaire », selon UFC-Que choisir. « On ne se soigne pas de la même façon selon que l’on bénéficie ou non d’une complémentaire santé. La liberté des médecins est une chose. Mais l’accès aux soins en est une autre », dénonce Alain Bazot

Les fractures sanitaires sont les plus criantes chez les spécialistes. Pour les pédiatres, les inégalités géographiques d’accès aux soins sont jugées « graves ». 19 % de la population (11,9 millions de personnes) vit dans un désert pédiatrique et 28 % (17,8 millions) si l’on considère seulement les médecins qui exercent au tarif de la Sécurité sociale. À noter que des grandes villes de plus de 100 000 habitants, telles Mulhouse, Le Havre et Orléans, subissent très fortement une pénurie de ce type de spécialiste.

« Aujourd’hui, les zones rurales ne sont plus les seules à être touchées », précise Daniel Bideau, animateur de la commission santé chez UFC-Que choisir. Pire, pour les ophtalmologistes, alors que déjà 13 % de la population (8,5 millions d’usagers) vit dans un désert médical, la fracture devient abyssale quand on tient compte des dépassements d’honoraires. Dans ce cas, c’est 45 % de la population française (28,7 millions de personnes) pour qui il est difficile d’accéder aux soins ophtalmologiques au tarif de la Sécurité sociale. Encore une fois, l’exclusion sanitaire liée à la capacité financière des usagers n’ignore pas les villes : les habitants de Paris, Saint-Etienne, Le Mans ou Aix-en-Provence se trouvent bel et bien dans des zones d’accès difficile s’agissant des ophtalmologistes ne pratiquant pas de dépassement d’honoraires.

Autre enseignement de l’étude d’UFC-Que choisir : un patient qui peut se permettre de consulter des pédiatres et ophtalmologistes pratiquant des dépassements d’honoraires obtient des rendez-vous plus rapidement que ceux qui consultent des spécialistes exerçant au tarif de la Sécurité sociale. Cinq jours d’attente supplémentaire pour un pédiatre de secteur 1 et 44 pour un ophtalmologiste.

Aussi, à la veille de la fin des négociations sur la limitation des dépassements d’honoraires entre l’Assurance maladie, les syndicats de médecins et les complémentaires santé, UFC-Que choisir fait-elle des propositions. Mesure « choc », elle préconise la disparition des dépassements d’honoraires. À en rendre malades les médecins…

**ANNEXE 2 :** Source : Octobre 2014 VIVA

**Système de soins : toujours plus d’inégalités**

Si la France est souvent louée pour la qualité de son système de soins, la réalité est tout autre. Déremboursements, honoraires prohibitifs, déserts médicaux… privent d’accès aux soins des milliers de personnes et mettent à mal les principes de solidarité.

Le système de santé français est décrit comme l’un des meilleurs au monde. Peut-être, si l’on s’intéresse à la médecine de pointe ou si l’on s’en tient aux moyennes nationales. Mais, derrière l’écran de fumée des statistiques, une réalité bien différente apparaît : selon que l’on est riche ou pauvre, nous ne sommes pas égaux devant l’accès aux soins. Conséquence directe : la France est un des pays d’Europe où règnent les plus fortes inégalités face à la maladie, et même en termes d’espérance de vie.  
La multiplication des déremboursements par l’assurance-maladie, la mise en place de tickets modérateurs et de franchises (1 euro sur la consultation médicale, 50 centimes par boîte de médicaments) font qu’aujourd’hui les soins de ville sont pris en charge seulement à hauteur de 55 %. La situation est pire encore du côté de l’optique, des prothèses auditives ou dentaires, qui ne sont quasiment pas couvertes par l’assurance obligatoire, alors que le montant des factures est élevé.   
Sans mutuelle, il n’est plus possible aujourd’hui de se soigner. Or le prix des complémentaires, lourdement taxées, et qui subissent les transferts de charges de l’assurance-maladie, augmente mécaniquement. Beaucoup de Français ne peuvent plus suivre, résilient leur contrat ou optent pour des garanties a minima. De ce fait, ils sont contraints de renoncer aux soins.

A cela viennent s’ajouter les ­dépassements d’honoraires, le refus de certains ­médecins de soigner les bénéficiaires de la Cmu (couverture maladie universelle), l’extension des déserts médicaux et l’augmentation des délais d’attente pour avoir un rendez-vous, surtout lorsqu’on recherche un médecin conventionné de secteur 1 (sans dépassement d’honoraires)… Autant d’éléments conjugués qui privent d’accès aux soins des milliers de Français et creusent la fracture sanitaire entre ceux qui peuvent encore se soigner et ceux qui se retrouvent en marge de notre système de santé.

Une situation qui s’aggravera demain, comme l’explique l’économiste Brigitte Dormont, avec la généralisation des complémentaires santé à toutes les entreprises dans le cadre de l’accord national interprofessionnel (Ani), qui va désolidariser de la mutualisation les salariés et isoler encore un peu plus les personnes les plus faibles – pauvres, chômeurs, étudiants, retraités et malades de longue durée –, avec des conséquences que l’on peut prévoir dramatiques sur leur état de santé, et donc pour la société dans son ensemble.

**Un Français sur quatre dans l’impasse**

 En France, l’un des pays les plus riches du monde, de plus en plus de personnes renoncent aux soins. Globalement, en 2012\*, 26 % d’entre elles déclaraient avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières. C’est une sur trois chez celles qui n’ont pas de complémentaire santé, contre 19,7 % chez les bénéficiaires de la Cmu-c et 14 % des adhérents d’une mutuelle. Les soins que l’on sacrifie sont d’abord les soins dentaires (18 %), d’optique (10 %), puis les consultations médicales (5 %).   
Toujours en 2012, 15 % des personnes provenant de foyers modestes déclaraient avoir renoncé à des produits d’optique pour raisons financières. C’est trois fois plus que celles appartenant aux ménages les plus riches (3,6 %). Le renoncement aux soins pour raisons financières touche principalement les étudiants, les femmes et les seniors, catégories en général plus précarisées, mais les classes moyennes et supérieures ne sont plus épargnées, et la plupart des familles doivent choisir entre les soins. Seuls 20 % des Français, les plus aisés, continuent à se soigner à la hauteur de leurs besoins.  
*\* Enquête sur la santé et la protection sociale (Esps) de l’Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé).*

**ANNEXE 3 :** Le Monde.fr | 23.06.2014

**La généralisation du tiers payant : oui mais…**

**La nouvelle loi de santé publique dévoilée ce jeudi 19 juin par la ministre se donne pour objectif premier d'**[**accroître**](http://conjugaison.lemonde.fr/conjugaison/troisieme-groupe/accroître) **l'accessibilité des soins, notamment pour les plus précaires. La mesure phare en est la généralisation du tiers payant, destinée à** [**lever**](http://conjugaison.lemonde.fr/conjugaison/premier-groupe/lever) **l'obstacle financier de l'avance des frais. Elle désamorce ainsi un des deux mécanismes de dissuasion mis en place par le législateur pour** [**freiner**](http://conjugaison.lemonde.fr/conjugaison/premier-groupe/freiner) **la** [**consommation**](http://www.lemonde.fr/consommation/) **médicale.**

**L'autre mécanisme est constitué par le ticket modérateur, qui représente la part de la dépense à la charge directe de l'usager. Ce ticket modérateur varie selon le type de soins ; il détermine le « reste à charge » qui est particulièrement important pour certains types de soins : dentaires, optiques… et est une des causes principales du renoncement aux soins qui touche une fraction croissante de la** [**population**](http://www.lemonde.fr/demographie/)**.**

La généralisation du tiers payant apparaît ainsi légitimement comme une avancée dans la lutte contre le renoncement aux soins. Elle est soutenue par l'assurance maladie et les mutuelles qui voient également dans le tiers payant un moyen de [simplifier](http://conjugaison.lemonde.fr/conjugaison/premier-groupe/simplifier) la gestion de la prise en charge des soins tant pour l'usager que pour les caisses. Elle est en revanche combattue par la plupart des syndicats médicaux qui y voient, outre un alourdissement potentiel des contraintes administratives des médecins, une atteinte à un des principes fondateurs de la [médecine](http://www.lemonde.fr/medecine/) libérale qu'est la rémunération directe du médecin par son patient.

Au-delà de ces résistances à ce qui est un progrès, il est essentiel de s'[interroger](http://conjugaison.lemonde.fr/conjugaison/premier-groupe/interroger) sur la portée véritable d'une telle mesure. Autrement dit, la généralisation du tiers payant va-t-elle [permettre](http://conjugaison.lemonde.fr/conjugaison/troisieme-groupe/permettre) un accès facilité aux soins alors que se multiplient les signes d'une dégradation de cet accès : délais excessifs d'attente pour les consultations médicales, dépassements d'honoraires prohibitifs, saturation des urgences, renoncements aux soins ?

L'impact du tiers payant risque ainsi d'[être](http://conjugaison.lemonde.fr/conjugaison/auxiliaire/être) fortement limité par ces difficultés d'accès. Et que [dire](http://conjugaison.lemonde.fr/conjugaison/troisieme-groupe/dire) de son rôle facilitateur si la pratique des dépassements d'honoraires se poursuit « sans modération » et du fait de la raréfaction de la ressource médicale ? Nous avons dénoncé les effets très délétères de cette raréfaction dans une précédente tribune publiée dans *Libération* (23 septembre 2013). La cause principale de cette situation est bien connue : le *numerus clausus* médical qui sévit impitoyablement en [France](http://www.lemonde.fr/europeennes-france/) depuis quarante et deux ans (première année du concours en 1972) et qui vient d'[être](http://conjugaison.lemonde.fr/conjugaison/auxiliaire/être) épinglé par la Commission européenne. Dans une recommandation publiée début juin, cette dernière constate que le *numerus clausus « continue d'*[*entraver*](http://conjugaison.lemonde.fr/conjugaison/premier-groupe/entraver) *l'accès aux* [*services*](http://www.lemonde.fr/services/) *et pourrait* [*être*](http://conjugaison.lemonde.fr/conjugaison/auxiliaire/être) *réexaminé sans* [*mettre*](http://conjugaison.lemonde.fr/conjugaison/troisieme-groupe/mettre) *en péril la qualité et la sécurité »*.

Le Conseil de l'ordre des médecins a récemment observé une accélération de la dégradation de la démographie médicale alors qu'aucune des mesures prises à ce jour - incitations à l'installation de jeunes médecins dans les zones dépourvues, autorisations d'exercice pour les médecins retraités, facilitation de la venue de médecins étrangers, délégation de taches avec les autres professionnels de santé - n'a eu d'impact significatif. Un sondage récent a montré que 57 % des médecins étaient favorables à l'ouverture du *numerus clausus*. Les conditions sont donc réunies pour que l'Etat desserre l'étau.

La logique de rationnement des soins induite par la raréfaction de la ressource médicale frappe de façon très inégalitaire les différents territoires (déserts médicaux). Elle touche surtout les catégories sociales défavorisées qui n'auront jamais les moyens de [financer](http://conjugaison.lemonde.fr/conjugaison/premier-groupe/financer) les dépassements d'honoraires.

La généralisation du tiers payant n'aura de pleine efficacité que si elle est accompagnée d'une amélioration de l'[accès aux soins](http://www.lemonde.fr/acces-aux-soins/). C'est là un problème de cohérence et de crédibilité de l'action publique dans la lutte contre les inégalités de santé.

**ANNEXE 4 :** Source : VIVA Octobre 2014

**« L’accord national interprofessionnel va creuser les inégalités »**

Interview de Brigitte Dormont, économiste, responsable de la chaire santé de l’université Paris-Dauphine

**La France est-elle vraiment inégalitaire en matière de santé ?**  
Les performances françaises en matière de santé sont plutôt bonnes, mais avec des inégalités sociales particulièrement marquées. La France est au premier rang européen pour l’espérance de vie des femmes à la naissance, mais mal placée pour celle des hommes. Pour ces derniers, les résultats sont médiocres en matière de mortalité prématurée et de maladies liées aux comportements à risques (tabac, alcool). Plusieurs études signalent une contre-performance manifeste de la France pour les inégalités sociales de santé : c’est dans notre pays que les écarts de mortalité entre travailleurs manuels et non manuels sont les plus élevés. Les inégalités de mortalité selon l’emploi ou le niveau d’éducation y sont également plus importantes que dans la plupart des pays d’Europe de l’Ouest. Par ailleurs, l’organisation de la médecine générale en France et le paiement à l’acte n’incitent guère aux actions de prévention des consommations à risques. Ce dernier empêche le partage des tâches entre professionnels de la santé et le développement d’une médecine de groupe.

**Y a-t-il aussi un problème d’accès aux soins pour raisons financières ?**  
Aujourd’hui, pour être protégé, il faut nécessairement posséder une complémentaire santé, qui n’est plus, pour beaucoup, accessible financièrement. Les bas revenus attendent pour aller voir le médecin et lorsqu’ils le font leur santé s’est dégradée. Le poids des assurances complémentaires est de plus en plus important. Or celles-ci ont des règles de fonctionnement différentes de celles de la Sécurité sociale. Elles n’offrent pas une vraie solidarité.

**C’est-à-dire ?**  
Les règles actuelles des complémentaires permettent une sélection des risques, même si celle-ci est limitée en principe par la loi Evin. En pratique, la sélection des risques s’opère par l’offre de contrats ciblés – par exemple un contrat moins cher, sans forfait lunettes, qui va attirer les jeunes – qui permettent de segmenter les adhérents. En conséquence, les primes sont plus élevées pour les gens les plus malades et les plus âgés. Par ailleurs, le fait que le coût d’une complémentaire ne soit pas proportionnel aux revenus fait que la prime peut atteindre 8 à 10 % du revenu pour les ménages modestes. Or, le renoncement à la complémentaire santé conduit au renoncement   
aux soins dans de larges proportions. A côté de cela, les hauts revenus sont favorisés, puisque leur dépense d’assurance complémentaire n’excède pas 2,5 % de leur budget.  On ne réduit pas la dépense des ménages en transférant sur les complémentaires des remboursements que ne fait plus l’assurance-maladie : on ne fait que transférer une couverture financée sur un mode solidaire vers une couverture facultative financée majoritairement par des primes indépendantes du revenu. L’Ani, avec la généralisation de la complémentaire santé au sein des entreprises, va amplifier encore le phénomène.

**Pourquoi ?**  
On peut se réjouir du fait que 400 000 personnes qui n’avaient pas de complémentaire vont en avoir une. Mais en même temps, 4 millions de personnes qui étaient déjà assurées à titre individuel vont basculer dans un système de complémentaires d’entreprises largement subventionnées...   
Outre l’effet d’aubaine considérable, dont on peut interroger l’opportunité en ces temps de restrictions budgétaires, la situation des individus qui ne sont pas salariés du privé va se dégrader.   
Plus exactement, les vieux et les chômeurs vont être mutualisés seulement entre eux, alors que leur périmètre de mutualisation englobait auparavant les 4 millions de salariés – sans doute plus jeunes et mieux portants – qui vont partir dans le champ de l’Ani ! Cela va contribuer à une augmentation du coût des assurances complémentaires individuelles pour les vieux, les chômeurs, les étudiants, etc.   
Loin d’instaurer plus de solidarité, l’Ani va, dans les faits, creuser les inégalités. La moindre des choses serait déjà de supprimer les exonérations sociales favorisant les contrats collectifs.