

# RESTE À CHARGE DES MALADES SOUS PRESSION

**Une étude récente estime à 817 euros la somme restant à la charge des patients soignés pour un cancer. La Ligue souhaite s'appuyer sur ces résultats pour interpeller les pouvoirs publics et mettre un terme à des situations parfois dramatiques.**

**U**ne prothèse capillaire doit-elle être remboursée dans son intégralité ? Les médicaments destinés à atténuer les effets secondaires des traitements sont-ils vraiment du « confort » ? Il est difficile d'estimer le coût réel de la maladie et ce qui doit être remboursé intégralement par la Sécurité sociale. La prise en charge à 100 % des affections longue durée (ALD) cache des réalités très diverses. C'est ce que montre l'étude lancée par la Ligue contre le cancer sur le reste à charge des patients (voir *Vivre* n° 338). « *L'objectif de cette enquête était double, analyse*

David Saint-Marc, le sociologue qui l'a dirigée. *Nous voulions savoir s'il existait des frais récurrents à la charge des malades et quelles étaient les conséquences sur leur vie quotidienne.* » L'enquête montre que 69 % des personnes interrogées déclarent avoir eu un reste à charge, qui s'élève en moyenne à 817 euros, du jour du diagnostic au jour de l'enquête, avec des disparités en fonction des pathologies.

« *C'est une double peine pour des personnes qui se retrouvent déjà en situation de souffrance physique et morale. Le ballon d'essai lancé fin juin par Frédéric van Roeyghem, directeur de l'Assurance maladie, pour limiter le remboursement de certains médicaments pour traiter les affections longue durée (ALD) a bien failli créer une triple peine* » (voir encadré), souligne Philippe Bergerot, vice-président de la Ligue nationale

**69 %**

**des personnes  
interrogées  
ont déclaré avoir eu  
un reste à charge.**



## UN PROJET AVORTÉ

Fin juin, Frédéric van Roekeghem, directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), avait créé une vive polémique en présentant son plan d'économies pour la Sécurité sociale. Il proposait de faire passer de 100 % à 35 % le taux de remboursement des médicaments à vignette bleue, dits également « de confort », pour les patients en affection longue durée (ALD). Il évoquait la possibilité, pour les complémentaires santé, de prendre en charge les 65 % restants. Son projet visait également à revoir la liste de maladies considérées comme des ALD. Devant l'émoi provoqué par ses propositions, le directeur, à la demande du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), a décidé de retirer les mesures sur les ALD de ses propositions pour 2009.

contre le cancer et président de la commission actions pour les malades.

### **De la surprise à la résignation**

« Souvent, lors de l'annonce du diagnostic, les patients ont tendance à se concentrer sur le traitement et la guérison, explique David Saint-Marc. On néglige trop souvent la dimension financière. 72 % des personnes interrogées qui ont eu un reste à charge se sont déclarées surprises de tels frais. Ensuite, on passe de la surprise à la résignation. D'autant que, bien souvent, la maladie entraîne des diminutions importantes des revenus. Certains patients

sont donc contraints de faire des choix. Ils doivent parfois renoncer à un appareillage, par exemple, ou reporter leur achat à plus tard. D'autres décident de ne pas se faire soigner les dents abîmées par les traitements. Seuls 4,3 % n'hésitent pas à faire jouer régulièrement la concurrence entre les pharmacies et très peu se renseignent sur les dépassements d'honoraires avant de choisir leur praticien. La mutuelle peut parfois compenser. Mais, avec un coût de 77,80 euros par mois en moyenne, la complémentaire santé ne peut-elle pas, elle aussi, être considérée comme un reste à charge pour le patient ? »

« Cette étude a été lancée suite aux nombreuses questions des usagers sur le sujet, poursuit Philippe Bergerot. Elle contredit les estimations sous-évaluées par la Sécurité sociale. De plus, elle est antérieure à l'instauration des franchises médicales qui accentuent encore la pression financière. C'est un document de travail qui va désormais nous permettre de travailler en collaboration avec les acteurs du système de santé – Assurance maladie, mutuelles, pharmaciens – pour savoir comment améliorer la vie des malades. » ■

NICOLAS DÉMARE