

## LE RESTE À CHARGE DES PATIENTS DIABÉTIQUES EN FRANCE EN 2007

// COSTS SUPPORTED BY THE PATIENTS WITH DIABETES IN FRANCE IN 2007

Bruno Detournay (bruno.detournay@cemka.fr), Julien Robert, Sabine Gadenne

Cemka-Eval, Bourg-la-Reine, France

Soumis le 12.07.2013 // Date of submission: 07.12.2013

### Résumé // Abstract

**Introduction** – Le reste à charge (RAC) des patients diabétiques demeure mal estimé en France.

**Méthode** – Une analyse des données de l'étude Entred 2007 a été réalisée pour 263 patients diabétiques de type 1 et 3 467 de type 2.

**Résultats** – En 2007, 54% des patients déclaraient rencontrer des difficultés financières. Plus de 90% bénéficiaient d'une inscription en affection de longue durée (ALD) et 88% d'une couverture complémentaire. Leur RAC, au sens de l'assurance maladie obligatoire, s'élevait en moyenne à 660 € (médiane : 434 €), soit 12% des dépenses présentées au remboursement dans le diabète de type 2 (pour 486 € (médiane : 296 €) et 6,3% dans le type 1). Il était plus élevé chez les patients hors ALD. Trois postes étaient surtout concernés : médicaments, dispositifs et soins dentaires. D'autres formes de RAC étaient observées : diététicienne, podologue, psychologue, dispositifs non remboursés. Parmi les patients, 23% des diabétiques de type 1 et 17% des diabétiques de type 2 déclaraient avoir renoncé à un service de santé du fait de son prix sur 12 mois.

**Discussion** – La couverture maladie des patients diabétiques, bien qu'apparemment complète, reste imparfaite en France. Les renoncements aux soins s'expliquent non seulement par des raisons financières, mais également par d'autres motifs liés à la complexité de la protection sociale ou aux choix assurantiels.

**Introduction** – Few studies have been performed on the out-of-pocket costs (OPC) of patients with diabetes in France.

**Method** – Data from the 2007 ENTRED study were analyzed for 263 type 1-patients and 3,467 type 2-patients.

**Results** – In 2007, 54% of patients reported experiencing money problems. More than 90% had an ALD (long-term illness health coverage) status and 88% a complementary health insurance. Mean OPC were estimated at € 660 (median: € 434), i.e. 12% of health expenditures considered for reimbursement in type 2 (€ 486 (€ 296) and 6.3% in type 1). OPC were higher among patients not benefiting of the ALD system. Three items of expenditures -drugs, medical devices and dental care- were mainly concerned. Other forms of OPC were observed: dietician, podologist and psychologist, and purchases of devices not reimbursed. Over a 12 months period, 23% of type 1 patients and 17% of type 2 patients reported they relinquished to some medical care because of its 12 month cost.

**Discussion** – Health coverage for patients with diabetes, although apparently extensive, remains unsatisfactory in France. Giving up medical treatment is likely due to money reasons, but also to other reasons related to the complexity of the social welfare system or to the type of insurance coverage.

**Mots-clés** : Diabète, Économie, Coûts, Maladies chroniques, Reste à charge

// **Keywords** : Diabetes mellitus, Economics, Costs, Chronic disease, Personal financing

### Introduction

Le diabète est celle des affections de longue durée (ALD) qui concerne le plus grand nombre de patients (21,6% de l'ensemble des patients en ALD du régime général au 31/12/2011), en raison de sa prévalence croissante (+6,7%/an entre 2008 et 2011) et de l'absence de critère de sévérité requis pour l'obtention de ce statut. Les malades concernés sont remboursés à 100% de toutes les dépenses de santé liées au diabète, définies depuis la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, sur la base d'un protocole de soins établi de façon conjointe

entre le médecin traitant et le médecin-conseil de la sécurité sociale. Ce dispositif suffit-il pour autant à encadrer la participation financière (le reste à charge) des patients diabétiques ?

Le reste à charge (RAC) peut se définir comme la part des dépenses qui, n'étant pas couverte par un système assurantiel de base ou complémentaire ou un organisme public ou privé, demeure supportée par le malade et sa famille. Sa mesure suppose une enquête détaillée sur les dépenses et les prestations ou aides dont bénéficient les personnes concernées, car le RAC varie d'un usager à l'autre en fonction de

ses besoins de santé, de sa couverture assurantielle et des aides perçues. Mais la plupart des rapports publics se contentent de définir le RAC comme la part du panier de biens et services présenté au remboursement qui n'est pas financée par l'assurance maladie obligatoire (AMO)<sup>1</sup>. Il importe dès lors de préciser le périmètre adopté lorsque l'on aborde cette question (tableau 1).

Le reste à charge au sens de l'AMO peut être trompeur puisque son périmètre est défini sur la base des seules dépenses présentées au remboursement et qu'il ne considère ni le rôle joué par les assurances complémentaires, ni la contribution directe ou indirecte des malades à leur protection sociale. Les analyses des données de l'AMO ne renseignent que partiellement sur la question du RAC attribuable au diabète.

L'étude Entred 2007 (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques), qui comportait un recueil des données de consommation médicale et une enquête complémentaire réalisée par auto-questionnaire posté auprès d'un large échantillon de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement et de leur médecin, a permis d'aller un peu plus loin sur ce sujet.

## Matériel - Méthodes

La population et la méthodologie générale de l'étude Entred ont été largement décrites dans de nombreuses publications<sup>2,3</sup>. L'analyse du RAC des patients diabétiques adultes a porté sur un échantillon de 3 467 personnes présentant un diabète de type 2 et de 263 présentant un diabète de type 1, bénéficiaires de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS) en métropole et pour lesquels on disposait

à la fois des données de consommation de soins dans les bases de l'assurance maladie et de réponses à l'enquête « patient » par auto-questionnaire postal qui a été conduite. Cette dernière comportait des questions spécifiques sur :

- les caractéristiques socio-économiques des patients (niveau de revenu du ménage, appréciation sur les difficultés financières, couverture sociale, y compris par le dispositif de Couverture maladie universelle (CMUc) et par les complémentaires) ;
- la charge financière, représentée par des prestations exclues partiellement ou totalement du champ des prestations remboursables alors qu'il s'agit d'actes reconnus utiles par la Haute Autorité de santé dans la prise en charge du diabète<sup>4</sup> : conseils diététiques, prise en charge podologique ou encore recours aux psychologues ;
- des achats de dispositifs médicaux induits par le diabète ;
- les renoncements à certains services en rapport avec le diabète en raison du prix de ces soins.

Les analyses descriptives réalisées ont été conduites sur l'ensemble de ces aspects et sur une année de consommations de soins. Concernant ces consommations, il est important de rappeler qu'elles ne sont pas uniquement liées au diabète, mais représentent l'ensemble des soins ayant fait l'objet d'une demande de remboursement, indépendamment de leur motif. Toutes les analyses ont été pondérées selon le plan de sondage de l'étude Entred et en prenant en compte les non-réponses à l'enquête par questionnaire.

Tableau 1

### Périmètre du reste à charge des patients diabétiques, France, 2007

	Panier de biens et services remboursables au sens de l'AMO*				Paniers de biens et services non remboursables au sens de l'AMO*		
	Remboursé par l'AMO* dans la limite du tarif de responsabilité ou pris en charge par l'hôpital ou des réseaux de santé	Réassurable par mutuelle ou assurance	Non réassuré ou non réassurable	Non présenté au remboursement	Financé par mutuelle ou assurance	Financé à titre d'aides, de dons	Non couverts
<b>Exemple</b>	Actes courants, médicaments, etc.  Certaines prestations	Ticket modérateur  Forfaits hospitaliers	Part non couverte par la complémentaire  Franchises	Exemple le plus fréquent : transports	Certaines prestations	Certains dispositifs médicaux, certains transports, aménagements de locaux, etc.	Généralement : diététicienne, psychologue libéraux, certains dispositifs médicaux...
<b>Reste à charge au sens de l'AMO*</b>		X	X				
<b>Reste à charge final pour les malades</b>			X	X			X

\*AMO : assurance maladie obligatoire.

## Résultats

### Caractéristiques économiques de la population analysée

Lors de l'enquête de 2007, la situation financière des ménages des patients diabétiques de l'échantillon était qualifiée par ces derniers de « juste » (31%), « difficile » (18%) ou imposant l'endettement (4%). Parmi les patients diabétiques qui ont répondu à l'enquête, 54% estimaient avoir une situation économique difficile (sans différence nette selon le type de diabète ; non-réponse (NR) : 4%). La médiane des revenus mensuels nets des foyers (incluant salaires, allocations et aides sociales) se situait dans une tranche de revenus entre 1 200 € et 2 000 € (NR : 21%). Près de 40% des patients diabétiques de type 2 vivaient dans des ménages dont le revenu était inférieur à 1 200 € (taille moyenne du ménage : 2,2 personnes) contre 29% des patients diabétiques de type 1 (taille moyenne du ménage 2,9 personnes). Près de 100% des patients diabétique de type 1 et près de 85% des diabétiques de type 2 bénéficiaient d'un statut d'ALD. Sur l'ensemble des diabétiques, 88% avaient une couverture complémentaire (87% pour les malades de type 1 et 88% pour ceux de type 2 ; NR : 2%).

### Le reste à charge au sens de l'assurance maladie

Le RAC annuel moyen, avant remboursement éventuel par une couverture complémentaire ou par une aide spécifique, s'élevait en moyenne à 660 € (médiane : 434 €), représentant 12% des dépenses présentées au remboursement chez les personnes diabétiques de type 2 (486 € (médiane : 296 €) et 6,3% chez celles de type 1). Tous types de diabète confondus, le RAC

chez les patients en ALD s'élevait à 608 € (médiane : 399 €) versus 891 € (médiane : 616 €) chez les patients hors ALD ( $p < 0,0001$ ). La proportion de patients en ALD augmentait avec l'âge, le montant du RAC augmentait avec l'âge chez les patients diabétiques de type 2 uniquement (et pas chez ceux de type 1) de 493 € (médiane : 257 €) entre 25 et 45 ans et de 789 € (médiane : 472 €) au-delà de 85 ans ( $p < 0,0001$ ). Une relation inverse était observée en examinant la part du RAC dans le montant des dépenses remboursables, ces dernières augmentant plus vite avec l'âge que le niveau du RAC. Le montant du RAC n'était pas différent selon que les patients bénéficiaient ou non de la CMUc ( $p = 0,24$ ). La décomposition des consommations de soins par poste montrait que les RAC étaient largement imputables aux soins de ville (93% du RAC chez les patients diabétiques de type 2 et 86% chez ceux de type 1). Dans les deux types de diabète, les RAC étaient principalement observés pour trois postes de consommation : les médicaments, les dispositifs médicaux et les soins dentaires (tableau 2 et tableau 3). Ces postes représentaient à eux seuls respectivement 69% et 63% du RAC dans le diabète de type 2 et dans le diabète de type 1.

### D'autres formes de reste à charge

En 2007, les séances de podologie n'étaient pas encore prises en charge par l'assurance maladie (depuis le 24 mai 2013, ces séances peuvent être prescrites par tout médecin et réalisées au domicile des patients<sup>5</sup>). Parmi les patients de l'enquête, 22% des diabétiques de type 1 et 23% des diabétiques de type 2 déclaraient avoir bénéficié d'une consultation podologique au cours des 12 derniers mois. Respectivement 68% et 79% avaient payé leur

Tableau 2

### Estimation des restes à charge (moyenne, médiane) au sens de l'assurance maladie obligatoire dans le diabète de type 1 (n=263), France, 2007

	Montant remboursé***	Base remboursable	Montant payé par le patient	Reste à charge	%
<b>Hospitalisation</b>	<b>2 914,5 (0)</b>	<b>2 974,1 (0)</b>	<b>2 980,4 (0)</b>	<b>65,9 (0)</b>	<b>13,6</b>
Public	2 575,6 (0)	2 629,7 (0)	2 630,1 (0)	54,5 (0)	11,2
Privé	338,9 (0)	344,3 (0)	350,3 (0)	11,4 (0)	2,3
<b>Soins de ville</b>	<b>4 329,1 (2 677,9)</b>	<b>4 536,9 (2 857,3)</b>	<b>4 748,8 (3 150,9)</b>	<b>419,7 (252,8)</b>	<b>86,4</b>
Généralistes	181,4 (146,4)	192 (160)	201,7 (166)	20,3 (10,3)	4,2
Spécialistes	164,5 (101,6)	185,1 (118,6)	216,4 (144,8)	52 (25)	10,7
Ophtalmologues	36,6 (15,1)	38,6 (22)	45,6 (28)	9,1 (1)	1,9
Cardiologues	37,7 (0)	38,2 (0)	38,9 (0)	1,3 (0)	0,3
Endocrinologues	23,5 (0)	24,4 (0)	30,4 (0)	6,9 (0)	1,4
Dentistes	67,5 (0)	92,7 (0)	161,6 (0)	94,2 (0)	19,4
Kinésithérapeutes	38,3 (0)	48,2 (0)	48,2 (0)	9,9 (0)	2,0
Infirmiers	321,9 (0)	323,6 (0)	323,7 (0)	1,8 (0)	0,4
Biologie	127,3 (80,5)	137,9 (84,2)	137,9 (84,2)	10,6 (0)	2,2
Médicaments	1 653,2 (1 121,2)	1 761,1 (1 229,7)	1 761,4 (1 229,7)	108,2 (52,1)	22,3
Transports	314,1 (0)	314,5 (0)	317,9 (0)	3,9 (0)	0,8
LPP*	1 292,5 (700,1)	1 307,4 (720,4)	1 395,9 (776,7)	103,3 (5,4)	21,3
Régularisation comptable**	168,5 (4,6)	174,5 (5,6)	184 (7,6)		
<b>Total</b>	<b>7 243,6 (3 243,4)</b>	<b>7 511 (3 512,7)</b>	<b>7 729,3 (3 800,3)</b>	<b>485,7 (295,5)</b>	<b>100,0</b>

\* LPP : Liste des produits et prestations (dispositifs médicaux).

\*\* Cette régularisation intervient afin de corriger l'écart entre les dépenses par postes et le total observé dans les bases de l'assurance maladie.

\*\*\* Les montants sont exprimés en €.

Tableau 3

**Estimation des restes à charge (moyenne, médiane) au sens de l'assurance maladie obligatoire dans le diabète de type 2 (n=3 467), France, 2007**

	Montant remboursé***	Base remboursable	Montant payé par le patient	Reste à charge	%
<b>Hospitalisation</b>	<b>1 829,3 (0)</b>	<b>1 856,1 (0)</b>	<b>1 873 (0)</b>	<b>43,7 (0)</b>	<b>6,6</b>
Public	1 472,5 (0)	1 493,3 (0)	1 493,6 (0)	21,1 (0)	3,2
Privé	356,8 (0)	362,8 (0)	379,4 (0)	22,6 (0)	3,4
<b>Soins de ville</b>	<b>3 179,3 (2 097,3)</b>	<b>3 495,1 (2 428,3)</b>	<b>3 795,4 (2 725,6)</b>	<b>616,1 (416,4)</b>	<b>93,4</b>
Généralistes	225,9 (181,7)	240,6 (200)	256 (209,6)	30,2 (16)	4,6
Spécialistes	200 (123,8)	225,9 (144,1)	257,1 (162,2)	57,1 (27,9)	8,7
Ophtalmologues	35,6 (0)	39,7 (0)	50,7 (0)	15,2 (0)	2,3
Cardiologues	66,8 (0)	68,2 (0)	70,7 (0)	3,9 (0)	0,6
Endocrinologues	6,7 (0)	7 (0)	9,8 (0)	3,1 (0)	0,5
Dentistes	52,2 (0)	71,8 (0)	153,8 (0)	101,6 (0)	15,4
Kinésithérapeutes	87,4 (0)	102,9 (0)	103,6 (0)	16,2 (0)	2,5
Infirmiers	355,7 (4,4)	362,5 (4,4)	362,5 (4,4)	6,8 (0)	1,0
Biologie	153,2 (121,5)	170,4 (138,8)	170,5 (138,8)	17,2 (0)	2,6
Médicaments	1 395,4 (1 109,1)	1 584,8 (1 294,1)	1 585,4 (1 294,1)	190 (124,5)	28,8
Transports	145 (0)	147,9 (0)	150,1 (0)	5,1 (0)	0,8
LPP*	341,3 (82,4)	361,2 (100,7)	501,8 (224,5)	160,5 (9,9)	24,3
Régularisation comptable**	223,1 (5,6)	227,2 (6,5)	254,6 (11,3)		
<b>Total</b>	<b>5 008,6 (2 363)</b>	<b>5 351,1 (2 720,8)</b>	<b>5 668,4 (3 053,8)</b>	<b>659,9 (434,4)</b>	<b>100,0</b>

\* LPP : Liste des produits et prestations (dispositifs médicaux).

\*\* Cette régularisation intervient afin de corriger l'écart entre les dépenses par postes et le total observé dans les bases de l'assurance maladie.

\*\*\* Les montants sont exprimés en €.

dernière consultation, en moyenne 33 € (écart-type (ET) : 20) et 31 € (ET : 21).

Trente-cinq pour cent des diabétiques de type 1 et 20% des diabétiques de type 2 avaient eu recours à une diététicienne dans l'année. Respectivement 14% et 20% avaient payé cet acte, en moyenne 35 € (ET : 15) et 37 € (ET : 17). 7% des diabétiques de type 1 et 3% des diabétiques de type 2 avaient eu recours aux consultations de psychologues, sur 12 mois. Les patients avaient payé ces actes dans respectivement 42% et 23% des cas pour des montants s'élevant à 36 € (ET : 18) et 37 € (ET : 15).

Par ailleurs, 4% des patients avaient acheté des chaussures adaptées sur l'année précédente, pour un prix moyen de 115 €, et 7% des semelles orthopédiques, pour un prix moyen de 97 € ; environ 2,5% des patients avaient effectué des achats d'autre nature, soit non remboursés (sac isotherme pour insuline, tensiomètre, chaussons, chaussettes, container pour coton, installation de douche adaptée, accessoire pour pompe à insuline), soit remboursables mais non présentés au remboursement ou dépassant les limites autorisant ce remboursement (bas de contention, lecteur de glycémie, déambulateur, appareil auditif, etc.).

### Le renoncement aux soins pour des raisons financières

Au total, 23% des patients diabétiques de type 1 et 17% des patients diabétiques de type 2 déclaraient avoir renoncé à au moins un service de santé à cause de son prix sur l'année écoulée (tableau 4).

Les renoncements concernaient plus fréquemment les soins de pédicurie ou de podologie, les soins

dentaires et plus particulièrement les traitements prothétiques, et enfin les consultations diététiques.

### Discussion

La plupart des pays européens ont mis en place des dispositifs de partage des coûts avec l'instauration d'une participation financière des patients. Ces pays conjuguent, pour la plupart, des mécanismes ciblés vers les populations les plus vulnérables avec des mécanismes généraux qui plafonnent le RAC des assurés en fonction, ou non, de leurs revenus<sup>6,7</sup>.

En marge de ces dispositifs, les contributions directes des ménages sont constituées de services non remboursés, de dépassements d'honoraires et de frais liés à l'automédication<sup>8</sup>. Finalement, selon les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la part de la dépense de santé financée par les ménages varie entre 6% et plus de 45%<sup>9</sup>. Elle varie au sein d'un même pays entre les zones géographiques, et finalement entre les patients.

Dans le cadre des maladies chroniques, le RAC des patients demeure une préoccupation souvent mise en avant par les associations de patients<sup>10,11</sup> comme un frein potentiel à l'accès aux soins<sup>12,13</sup>. Les résultats de l'étude Entred montrent que ce RAC restait en France en 2007 relativement important si l'on ne retient que la part financée par l'assurance maladie obligatoire, surtout chez les patients diabétiques de type 2 (12% des dépenses présentées au remboursement). En ce sens, il se situait à un niveau équivalent à celui observé pour l'ensemble des patients en ALD<sup>14</sup>. La France se caractérise par un double

## Pourcentages de patients diabétiques ayant dû renoncer à des soins de santé en raison de leur prix, France, 2007

	Type de diabète			
	Type 1 (n=263)		Type 2 (n=3 467)	
	Nombre brut	% pondéré	Nombre brut	% pondéré
Données manquantes	12		247	
Renonciation à au moins un service en rapport avec le diabète à cause du prix, au cours des 12 derniers mois	58	23,2%	562	17,3%
<b>Parmi ces patients, les renoncements concernaient :</b>				
Consultation avec un médecin	7	12,7%	81	14,2%
Consultation avec un(e) diététicien(ne)	9	15,2%	121	21,3%
Soins infirmiers	1	1,8%	33	5,8%
Soins de pédicurie ou podologie	32	55,2%	252	45,3%
Soins dentaires (consultation de surveillance, traitement des caries, détartrage)	16	27,2%	197	34,3%
Prothèses dentaires (couronne, appareil)	32	55,0%	282	49,9%
Matériel d'autosurveillance glycémique (pour mesurer le taux de sucres à la maison)	2	3,3%	74	13,6%
Analyses de sang ou autres examens (radiologie)	1	1,6%	76	14,3%
Transports (pour une consultation, des examens, une hospitalisation)	3	4,9%	71	13,4%
Lunettes ou consultation avec un ophtalmologue	3	5,1%	17	2,9%
Médicaments	0	0,0%	6	1,0%

dispositif de couverture, à travers les assurances complémentaires dont bénéficient la plupart des patients (88% disposaient d'une complémentaire santé dans Entred contre plus de 94% pour l'ensemble de la population française métropolitaine à la même époque<sup>15</sup>) et par un ensemble d'aides (mairies, caisses de retraites, associations, etc.), qui ramène le RAC final pour les patients à un niveau nettement plus faible. La généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé résultant de l'accord national interprofessionnel sur la sécurisation de l'emploi du 11 janvier 2013<sup>16</sup> devrait encore accroître cette protection à partir de 2016.

L'évaluation de ce RAC pour les soins de santé de la population reste une gageure en France, comme dans d'autres pays<sup>17</sup>. Lorsque le RAC est établi sur la base des données de l'assurance maladie obligatoire, il intègre le ticket modérateur, les dépassements du tarif de responsabilité et prend en compte différentes dépenses non-réassurables dans le cadre des contrats complémentaires dits « responsables » : la participation forfaitaire prévue par l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, une partie des dépassements d'honoraires pour les patients qui consultent un spécialiste sans passer par leur médecin traitant, ou encore les franchises. Cette approche surestime considérablement le RAC réel pour les patients puisqu'une large partie de ces dépenses est couverte par les assurances complémentaires. Un tel calcul devrait être réalisé en comparant une population de patients diabétiques à une population témoin, ce qui n'a pu être fait ici et n'est pas sans se heurter à différents problèmes techniques dans la définition des témoins, compte tenu de la fréquence importante des comorbidités observées chez les patients diabétiques.

Les dépenses non remboursables ne sont pas appréhendées dans ce calcul. En ce qui les concerne, le système de santé français continue à exclure du

champ des prestations remboursables des actes reconnus comme utiles tels que les conseils diététiques, la prise en charge podologique des lésions du pied de grade 1 ou encore le recours aux psychologues pour la prise en charge des troubles du comportement alimentaire ou des conduites addictives, du moins lorsque ces actes sont réalisés hors du cadre de structures hospitalières ou de réseaux de santé.

Il apparaît également qu'une petite fraction des malades présentant un diabète a des besoins spécifiques, qu'il s'agisse de financer certains dispositifs médicaux, des aides à domicile ou l'aménagement de leur environnement. Les aides accordées dans ces domaines par certains organismes publics ou associatifs sont variables et mal évaluées.

Finalement, la mesure du RAC ne prend naturellement jamais en compte ce qui n'a pas été dépensé. Mais c'est sans doute là que se situe le meilleur reflet des difficultés rencontrées par les patients. Les résultats de l'étude Entred mettent clairement en avant qu'une part significative des patients diabétiques a dû renoncer à des soins de santé pour des raisons économiques. Cette proportion n'est pas très différente de celle observée en population générale. Selon l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2010, 16,2% de la population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois<sup>18</sup>. Il a été décrit, sur la base des enquêtes similaires précédentes, que le renoncement aux soins était fortement lié au pouvoir d'achat des ménages<sup>19</sup>. On peut donc penser que la prise en charge en ALD ne permet pas de compenser totalement les effets sur le renoncement aux soins associé aux difficultés financières rencontrées par une proportion substantielle de patients diabétiques.

De plus, l'accroissement, ces dernières années, des dépenses de santé couvertes par les assurances

complémentaires et le recul de l'assurance maladie obligatoire pourraient, dans certains cas, porter atteinte aux principes de solidarité dans ce domaine. Le développement des assurances complémentaires pose un nouveau problème aux assurés, qui doivent anticiper leurs besoins et choisir un niveau de protection sociale qui devient par définition inégal. Enfin, même quand des prises en charge sont accessibles, des renoncements sont observés du fait de la méconnaissance et de la complexité des dispositifs proposés.

## Conclusion

La couverture maladie des patients diabétiques, bien qu'apparemment très complète, reste imparfaite en France. Dans une population souvent confrontée à des difficultés économiques, le taux de renoncement aux soins du fait du prix des services paraît relativement élevé et ce, en dépit du dispositif des ALD. Ces renoncements s'expliquent à la fois par des raisons financières (certains pans de la prise en charge des patients diabétiques restant non remboursés) et, sans doute, par des raisons non financières (complexité des dispositifs de protection sociale, choix assurantiels par exemple). ■

## Remerciements

Les personnes diabétiques et les médecins qui ont généreusement participé à l'étude sont chaleureusement remerciés. Les auteurs remercient l'ensemble des membres des comités scientifique et de pilotage d'Entred ainsi que les organismes ayant soutenu cette initiative : Ministère chargé de la Santé, Ordre national des médecins, SFD (ex Alfédiem), Fénarédiem, Sedmen, Ancred. Entred 2007 a été financé par l'InVS, la CnamTS, le RSI, l'Inpes et la HAS.

## Références

- [1] Rapport annuel (2011). L'assurance maladie face à la crise. Mieux évaluer la dépense publique d'assurance maladie : l'ONDAM et la mesure de l'accessibilité financière des soins. Paris: Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. 2011. 184 p. <http://www.securite-sociale.fr/Rapports-et-avis>.
- [2] Fagot-Campagna A, Fosse S, Roudier C, Romon I, Penfornis F, Lecomte P, *et al*. Caractéristiques, risque vasculaire et complications des personnes diabétiques en France métropolitaine : d'importantes évolutions entre Entred 2001 et Entred 2007. *Bull Epidémiol Hebd*. 2009;(42-43):450-5. [http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=956](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=956).
- [3] Fosse S, Romon I, Druet C, Fagot-Campagna A. Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007-2010. Rapport méthodologique. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire;2012. 73 p. [http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=11086](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11086).
- [4] Haute Autorité de santé. Décision n°2012.0121/DC/SMACDAM du 28 juin 2012 du collège de la Haute Autorité de santé définissant les actes et prestations pour l'ALD n° 8 « Diabète de type 1 et de type 2 ». [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1276188/fr/decision-n20120121/dc/smacdam-du-28-juin-2012-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-definissant-les-actes-et-prestations-pour-lald-n-8-diabete-de-type-1-et-de-type-2?xtmc=&xtrc=1](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1276188/fr/decision-n20120121/dc/smacdam-du-28-juin-2012-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-definissant-les-actes-et-prestations-pour-lald-n-8-diabete-de-type-1-et-de-type-2?xtmc=&xtrc=1)
- [5] Décision du 21 mars 2013 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations

pris en charge par l'assurance maladie. *JORF* n°0112 du 16 mai 2013, p. 8136, texte n° 6. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027410490>.

[6] Chambaretaud S, Hartmann L. Participation financière des patients et mécanismes de protection en Europe. *Prat Organ Soins*. 2009;40(1):31-8.

[7] Haut Conseil de la santé publique. La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique. Paris: La Documentation française; 2009. 70 p. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=94>

[8] Ministère de la Santé. Direction de la sécurité sociale. Les comptes de la sécurité sociale - Résultats 2008 - Prévisions 2009. 15 juin 2009 <http://www.sante.gouv.fr/rapport-les-comptes-de-la-securite-sociale-resultats-2008-previsions-2009.html>.

[9] OECD. Health at a glance: Europe 2012. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>.

[10] Canadian Diabetes Association. The burden of out-of-pocket costs for Canadians with diabetes. Septembre 2012. 8 p. [http://www.diabetes.ca/documents/get-involved/17973-Out-of-Pocket%20Costs-Report\\_final\\_sm\\_Sep12.pdf](http://www.diabetes.ca/documents/get-involved/17973-Out-of-Pocket%20Costs-Report_final_sm_Sep12.pdf).

[11] Collectif interassociatif sur la santé (CISS) ; 60 millions de consommateurs ; Santéclair. Création de l'observatoire citoyen des restes à charge en santé. Dossier de presse. Mai 2013. <http://www.leciss.org/espace-presse/communiqu%C3%A9s-de-presse/d%C3%A9passements-d%E2%80%99honoraires-d%C3%A9remboursements-franchises%E2%80%A6-creation->

[12] Paez KA, Zhao L, Hwang W. Rising out-of-pocket spending for chronic conditions: a ten-year trend. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(1):15-25. doi: 10.1377/hlthaff.28.1.15. Erratum in: *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(1) doi: 10.1377/hlthaff.28.1.15.

[13] Simmons D, Peng A, Cecil A, Gatland B. The personal costs of diabetes: a significant barrier to care in South Auckland. *N Z Med J*. 1999;112(1097):383-5.

[14] Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Rapport annuel 2012. <http://www.securite-sociale.fr/Rapports-et-avis>.

[15] Perronnin M, Pierre A, Rochereau T. La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès. *Questions d'Économie de la Santé (Irdes)*. 2011;(161):1-6. <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes161.pdf>.

[16] Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000027548680&dateTexte=20130703>.

[17] Heijink R, Xu K, Saksena P, Evans D. Validity and comparability of out-of-pocket health expenditure from household surveys: a review of the literature and current survey instruments. Discussion paper N°1. Geneva: World Health Organization; 2011. 30 p. [http://www.who.int/health\\_financing/documents/cov-dp\\_e\\_11\\_01-oop\\_errors/en/](http://www.who.int/health_financing/documents/cov-dp_e_11_01-oop_errors/en/).

[18] Dourgnon P, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2010. Rapport n° 553. Paris : Irdes; 2012. 232 p. <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/BiblioResumeEtSommaire/2012/Rapport1886.htm>.

[19] Le renoncement aux soins. Actes du colloque du 22 novembre 2011 (Sous la direction de Bénédicte Boisguerin). Paris : DREES; 2011. 150 p. <http://www.sante.gouv.fr/le-renoncement-aux-soins.html>.

## Citer cet article

Detournay B, Robert J, Gadenne S. Le reste à charge des patients diabétiques en France en 2007. *Bull Epidémiol Hebd*. 2013;(37-38):471-6.