

A stethoscope is positioned diagonally across the frame, resting on a medical form. In the background, several Euro banknotes (10 and 20) are visible, partially overlapping the form. The form contains various fields and checkboxes, some with text like 'EST PAS L'ASSURÉ', 'BOURSEMENT', and 'DE CAISSE D'. The overall scene suggests a connection between healthcare, insurance, and financial aspects.

Reste à charge et santé

En France, les restes à charge des assurés, après remboursements de l'assurance maladie obligatoire, représentent près d'un quart des dépenses de santé. Ces restes à charge sont payés par une assurance maladie complémentaire ou par les ménages. Après remboursement des assurances complémentaires, la part directement à la charge des patients est de 7 %. Ils existent depuis la création de la Sécurité sociale – ticket modérateur – et se sont accrus au fil du temps : forfait journalier, participations forfaitaires, déremboursements de médicaments, dépassements d'honoraires...

Les restes à charge varient selon le type de soins. Ils peuvent s'avérer très élevés pour certaines personnes et être un véritable frein à l'accès aux soins.

Dossier coordonné par

Laure Com-Ruelle

Membre de la Commission spécialisée Maladies chroniques du HCSP, médecin spécialiste en santé publique, directrice de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

Pierre Czernichow

Membre de la Commission spécialisée Système de santé et sécurité des patients du HCSP, professeur des universités (épidémiologie, économie de la santé et prévention) à l'université de Rouen

Le reste à charge : définitions et comparaisons

Dès son origine, le système d'assurance maladie français a prévu une participation financière des assurés aux soins médicaux. Conçue comme un élément de régulation des dépenses de santé, la part directement à la charge des patients varie selon les pays : de 42 % en Lettonie à 7 % en France.

Reste à charge : bases éthiques, historiques, économiques, sociales et juridiques

L'idée de quantifier les restes à charge pour les patients en matière de soins de santé est claire : le financement des soins est en général partagé entre la collectivité et le patient qui y a recours ; les restes à charge visent à identifier la part des soins financée par ce dernier. Toutefois, il n'y a pas de consensus sur la définition des restes à charge.

- Selon la Drees [5], les restes à charge (dits parfois « individuels ») sont la seule part de la dépense de santé que les ménages ont à payer directement *lors des soins*, après intervention de l'assurance maladie obligatoire (la Sécurité sociale), de l'État et des organismes d'assurance maladie complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance) ; cette part est évaluée à 16,5 milliards d'euros pour 2016, soit 8,3 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

- Pour la Cour des comptes [17], l'Irdes [39] ou l'Assurance maladie elle-même [46], les restes à charge dits « publics » correspondent à la part des dépenses de soins non financée par l'assurance maladie obligatoire dans la limite des tarifs de responsabilité qu'elle a fixés : ils regroupent donc le paiement direct du patient pour ses soins (définition de la Drees) mais aussi la part payée

par le ou les organismes complémentaires auxquels il a souscrit le cas échéant, en fonction du niveau de protection souhaité (et accessible). Ainsi définis, les restes à charge représentent alors 42,9 milliards d'euros pour 2016, soit 21,6 % de la CSBM.

Cette diversité de définitions soulève plusieurs questions.

- La définition utilisée par la Cour des comptes privilégie le point de vue de l'assurance maladie obligatoire (la Cour est bien dans son rôle) ; elle correspond au ticket modérateur (TM), aux autres franchises et forfaits dans la limite des tarifs de responsabilité, et aux dépassements d'honoraires. Cette définition plus extensive montre que le financement direct par le patient, à l'occasion des soins, n'est qu'une partie de sa charge, puisqu'il a généralement anticipé ce besoin de soins par une contribution antérieure à un ou plusieurs organismes d'assurance maladie complémentaire. Cependant, cette contribution est évidemment indépendante de ses soins futurs, qui sont imprévisibles : elle s'inscrit dans le cadre d'une démarche de prévoyance.

- Les restes à charge tels que définis par la Drees, plus restrictifs, mettent en avant le financement supporté par le seul patient à l'occasion de sa consommation

Pierre Czernichow
Membre de la Commission spécialisée Système de santé et sécurité des patients du HCSP, professeur des universités (épidémiologie, économie de la santé et prévention) à l'université de Rouen

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 53.



Reste à charge et santé

de soins, c'est-à-dire portant sur les soins auxquels il a eu effectivement recours ; ils incluent la part des franchises et forfaits et les dépassements d'honoraires qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Bases éthiques : quelle solidarité ?

L'idée même de partage du financement des soins entre les patients et la collectivité provient de l'ambiguïté de la santé et des soins qui visent à la restaurer (ou à la préserver).

- Le terme de santé, surtout dans l'acception de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui l'assimile au bien-être, est une perception individuelle qui peut résulter aussi bien du soulagement d'un symptôme d'une affection plus ou moins grave que de la recherche d'un meilleur confort physique ou mental, indépendamment de toute morbidité. Le terme de soins peut quant à lui recouvrir à la fois des actes (techniques ou non), réalisés par des professionnels de santé chez des personnes malades qui les justifient (soins curatifs ou palliatifs) ou en prévention (soins préventifs), mais aussi des activités individuelles visant à accroître le confort et même le plaisir de personnes indemnes de tout problème de santé : mode d'alimentation, sports, loisirs..., dont une partie relève aussi de la prévention.
- Dans ce contexte, la présence, l'apparition (ou la prévention) d'un problème de santé susceptible de menacer la survie, l'autonomie ou l'intégrité d'une personne, et les soins qui s'y rapportent, sont considérés dans les pays développés comme justifiant un effort de solidarité au sein de la communauté, soit sur une base professionnelle, entre groupes sociaux partageant un même statut d'activité (régimes d'assurance sociale), soit sur une base résidentielle, entre habitants d'un

même territoire (systèmes nationaux de santé). En revanche, toute activité individuelle visant son bien-être, son confort ou son plaisir, en l'absence de toute affection, est considérée comme relevant de sa seule responsabilité individuelle, de son choix personnel, et elle doit être supportée financièrement par chacun, le cas échéant, sans impliquer la communauté.

Toutefois, il est difficile d'opérer cette distinction (quelque peu caricaturale) dans des situations de soins courants : un même acte de soin (par exemple une épreuve d'effort) peut, selon le contexte, correspondre à un soin nécessaire en cas d'affection (par exemple une suspicion d'insuffisance coronarienne) ou à une recherche hédoniste (par exemple en vue d'une meilleure performance sportive). On peut ainsi comprendre le principe de participation systématique des patients au financement des soins dont ils sont l'objet, qui représente une sorte de compromis. D'une manière générale, la composante thérapeutique ou de soin préventif est garantie par la communauté, celle qui pourrait s'expliquer par le souhait individuel d'un meilleur confort relève d'un financement privé par l'intéressé. Cependant ce principe connaît des exceptions telle l'exonération du ticket « modérateur » : le patient ne le paie pas lorsque les soins sont explicitement liés à certains problèmes de santé reconnus comme affection de longue durée (ALD), ou correspondent à un acte de soin technique lourd, ou s'il s'agit de patients en situation sociale difficile (par exemple, faibles revenus qui rendent le patient éligible à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)).

Bases historiques : l'assurance maladie se désengage-t-elle ?

L'évolution des restes à charge, de quelque façon qu'on les définisse, est une question majeure des systèmes

Glossaire

Romain Marié
Maître de conférences en droit privé, université de Lorraine, membre de l'équipe de recherches Droit et changement social (UMR CNRS 6297), université de Nantes

Tarifs opposables : tarifs des actes et consultations négociés au sein de la convention médicale et qui s'imposent aux praticiens conventionnés en secteur 1.

Tarifs de responsabilité : tarifs des actes et consultations négociés au sein de la convention médicale sur la base de laquelle sont opérés les remboursements de l'assurance maladie obligatoire.

Participations forfaitaires : participation financière demandée aux assurés sociaux de plus de 18 ans qui s'applique à toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également aux

examens radiologiques et aux analyses de biologie médicale.

Franchises médicales : somme déduite sur les remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire qui s'applique aux médicaments, aux actes paramédicaux et aux transports sanitaires.

Dépassements d'honoraires : différence entre les tarifs de responsabilité et le montant réel facturé par le professionnel de santé à l'assuré social.

Ticket modérateur : dépense de santé restant à la charge de l'assuré social une fois le remboursement opéré par l'assurance maladie obligatoire.

Forfait hospitalier : participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien due par les assurés sociaux pour chaque journée d'hospitalisation.

Médecin conventionné secteur 1 : médecin ayant adhéré à la convention médicale et qui s'engage à respecter les tarifs qui y sont fixés.

Médecin conventionné secteur 2 (secteur à honoraires différents) : médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents (dépassements) dès lors qu'ils sont titulaires d'un certain nombre de titres hospitaliers publics.

de protection sociale et de santé. Dans un contexte international de tension économique limitant les ressources publiques disponibles, ces systèmes ont-ils réduit l'effort de solidarité et reporté sur les patients la charge des soins à financer ? L'étude réalisée par la Drees sur une longue période [86] répond à cette question : de 1950 à 1980, le repli de la part des soins non financée par l'assurance maladie obligatoire est lié à l'extension de la couverture de la population par la Sécurité sociale. Depuis, cette part est assez stable en moyenne, de l'ordre de 23 %, excepté une augmentation faible et temporaire dans les années 1995-2000. Aucun désengagement significatif de la Sécurité sociale n'a été observé sur cette période.

En revanche, en adoptant la définition plus restrictive de la Drees, documentée depuis 1990 (date depuis laquelle le financement des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance est individualisé), les restes à charge « individuels » contemporains des soins ont reculé de 13,2 % en moyenne en 1992 à 8,3 % en 2016.

La confrontation de ces deux éclairages complémentaires permet de comprendre la principale évolution : l'effort croissant d'anticipation des dépenses de soins des patients, qui sont plus souvent couverts par la couverture maladie universelle complémentaire (ou CMU-C finançant 1,4 % de la CSBM en 2016), ou surtout par des assurances maladie complémentaires (finançant 13,3 % de la CSBM) qu'ils ont contractées, ou pour lesquelles ils reçoivent des aides (comme les contrats collectifs souscrits par les entreprises). La part de personnes couvertes par un contrat complémentaire est ainsi passée de 83 % en 1994 à 95 % en 2012.

Bases économiques : payer pour quels soins ?

Au plan économique, les restes à charge ont le sens d'une « responsabilisation » du patient, ainsi sensibilisé au coût des soins dont il fait l'objet, de façon à « modérer » le recours à des soins qui ne sont pas indispensables, dans un contexte où ces soins sont remboursés par la collectivité : c'est une mesure supposée dissuasive. Selon la théorie du « risque moral *ex post* » [3], des dépenses de soins plus élevées sont constatées chez les patients (atteints d'une affection) dont la couverture maladie est meilleure (donc des restes à charge plus faibles).

Une autre question est que les restes à charge varient selon le type de soins considéré (données 2016) :

- pour les soins lors d'un séjour dans un établissement de santé, le ticket modérateur représente 20 % du tarif de responsabilité. Le financement direct par les malades, hors assurance maladie complémentaire, n'est que de 2,3 % en moyenne car il existe de nombreuses exonérations du ticket modérateur dans ces cas (contre 8,3 % pour l'ensemble des soins) ;
- pour les soins de ville, le ticket modérateur est de 30 % du tarif conventionnel des soins assurés par les professions médicales, et de 40 % pour les soins assurés par les auxiliaires médicaux. Le financement direct par

les malades, hors assurance maladie complémentaire, est ici de 11,6 % en moyenne, car là aussi il existe des exonérations mais moins nombreuses (22,7 % cependant pour les actes de dentistes) ;

- pour les médicaments, le ticket modérateur varie fortement selon le service médical rendu (SMR) par les produits. Leur financement direct moyen par les malades, hors assurance maladie complémentaire, est de 17,1 %.

Quelle est la justification de ces restes à charge très différents selon le type de soins ? S'agit-il de mieux rembourser les soins jugés plus efficaces ? Mais on aurait du mal à considérer que les soins infirmiers seraient moins efficaces que ceux délivrés par les médecins, ou que les soins hospitaliers le seraient plus que les soins de ville... Ou bien s'agit-il de laisser les patients supporter d'autant plus le coût de leurs soins que celui-ci est moins élevé ?

Les dispositifs médicaux, comme les lunettes, les prothèses auditives ou les prothèses dentaires, ont des restes à charge particulièrement élevés, qui ont conduit le ministère chargé de la santé à afficher un objectif de « reste à charge zéro » pour ces biens [62], dont la pertinence est difficilement contestable. On le voit, la rationalité de la large palette des niveaux de restes à charge selon les types de soins n'est pas très explicite. Au-delà, cette question renvoie à celle du panier de biens et services [63], c'est-à-dire la liste des produits et des soins considérés comme indispensables pour les patients concernés, dont le financement doit de ce fait leur être garanti. L'ébauche très partielle d'une telle liste correspond à celle des protocoles de soins : la Haute Autorité de santé explicite (et actualise régulièrement) pour chacune des ALD les prestations susceptibles d'être intégralement financées par l'assurance maladie obligatoire [48] (pas de restes à charge « publics »). Plus récemment, la proposition a été avancée d'un « panier de soins solidaire » accessible à tous [1], regroupant des produits de santé et des actes curatifs ou préventifs, réalisés en ville ou à l'hôpital qui seraient intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire pour des indications bien définies, selon leurs gains respectifs pour la santé (efficacité), compte tenu de leurs coûts (efficacité). Les autres actes et produits relèveraient alors entièrement du reste à charge par les assurances maladie complémentaires et du paiement direct.

Après la longue période de croissance économique des années 1960, les pouvoirs publics ont recherché à partir des années 1980 à équilibrer les recettes de l'Assurance maladie et les dépenses de soins qu'elle finance. Ainsi les restes à charge sont-ils devenus des « variables d'ajustement » pour cet équilibre, le financement de certains soins faisant l'objet d'un « déremboursement » par l'Assurance maladie et d'un report sur les organismes complémentaires : le « plan Seguin » de 1987 a été une mesure emblématique de cette logique en restreignant l'exonération du ticket modérateur pour ALD aux seuls soins liés à ces affections. La part des soins de ville



financée par l'Assurance maladie, proche de 80 % en moyenne à la fin des années 1970, est retombée à peine au-dessus de 60 % au début des années 2010.

Bases sociales : qui sont les « patients moyens » ?

L'approche macroéconomique des restes à charge, quelle que soit la définition retenue, considère la population des patients comme un tout ; elle résume le phénomène par une charge moyenne de financement des soins par patient, comme s'il existait un « patient moyen ». En réalité, cette population de patients est profondément hétérogène.

- Les patients en ALD, dont la part des soins financée par l'assurance maladie obligatoire est très élevée, sont de plus en plus nombreux : 8,3 millions en 2008 (14,6 % des assurés) et 10,4 millions en 2016 (16,9 % des assurés), soit une croissance de 25 % en huit ans dans le seul régime général (6 % par an en moyenne). Pour ces patients, les restes à charge sont bien plus faibles que ceux de l'ensemble de la population, même si le financement par l'Assurance maladie n'est exclusif que pour les soins en rapport avec cette ALD.

- Pour les autres patients, majoritaires, les restes à charge sont bien plus élevés que ceux de l'ensemble de la population : introduction d'une participation forfaitaire aux soins, introduction de franchises pour certains soins, hausse du forfait journalier à l'hôpital, augmentation du ticket modérateur... Pour eux, on peut parler d'un désengagement de l'Assurance maladie vis-à-vis du financement de leurs soins.

Le maintien d'une solidarité envers les patients atteints d'affections chroniques reconnues comme ALD a donc été assuré au détriment de la solidarité vis-à-vis des autres patients.

Mais cette hétérogénéité sociale ne s'arrête pas là : les personnes sont très diversement touchées par les problèmes de santé selon leur catégorie socio-professionnelle, leur niveau de revenu ou leur niveau d'éducation, mais aussi leur lieu de résidence. Ces inégalités sociales de santé [57], particulièrement fortes en France, sont aggravées par des perceptions inégales du besoin de soins, et en définitive une utilisation elle aussi inégale du système de santé, ce qui accroît encore les inégalités de santé. Les restes à charge différents selon les caractéristiques sociales expliquent en bonne partie cet effet pervers : l'exercice ou non d'un emploi (la solidarité étant d'abord à base professionnelle), la possibilité financière d'accéder ou non à une assurance maladie complémentaire (5 % de personnes ne sont pas couvertes par une telle assurance [74]) et le niveau de couverture assurée par cette assurance, le cas échéant, déterminent fortement l'accès aux soins. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant qu'une part importante des patients les plus démunis renonce à recourir à des soins jugés pourtant nécessaires [60], faute de pouvoir les financer, compte tenu de restes à charge hors de leur portée. Pour les patients qui accèdent aux soins, en dépit des difficultés sociales

auxquelles ils font face, les restes à charge supportés réduisent d'autant les ressources disponibles pour d'autres usages également importants pour leur santé (logement, alimentation, éducation...).

Bases juridiques : quelles dérogations ? et quelles aides ?

La mise en œuvre des règles de droit sur lesquelles reposent les restes à charge implique un ensemble d'instruments juridiques qui relèvent de la régulation assurée par les pouvoirs publics.

La fixation périodique du prix réglementé des soins (tarif de responsabilité) est une mesure administrative qui relève du ministère chargé de la santé : tarifs des séjours dans les établissements de santé, tarifs des médicaments remboursables définis à un niveau interministériel par le Comité économique des produits de santé. Le tarif applicable aux soins de ville résulte quant à lui de négociations conventionnelles entre Assurance maladie et syndicats de professionnels de santé de statut libéral, tarifs soumis à l'approbation ultime du ministère chargé de la santé.

Toutefois, la dérogation au principe de respect du tarif conventionnel des actes de soins dans les conventions passées entre l'Assurance maladie et les syndicats des professions de santé libérales à partir de 1980 a rendu possible en droit la pratique de dépassements d'honoraires pour certains professionnels de santé ou pour certaines prestations de soins. Il en est résulté mécaniquement une augmentation des restes à charge portant sur le différentiel entre ces tarifs et le montant des honoraires effectivement pratiqués. Le financement de ce différentiel est très variable selon les assurances maladie complémentaire, réduisant ainsi l'accessibilité des soins pour certaines catégories de patients.

La part du tarif des soins susceptible d'être remboursée par l'assurance maladie est réglementée, elle aussi. Il en va de même pour les circonstances qui conduisent à renoncer à la participation du patient aux soins dont il est l'objet (exonération du ticket modérateur).

Mais la loi n'est pas univoque : elle peut aussi être l'instrument d'une meilleure équité sociale, en introduisant des règles de discrimination positive : c'est le cas, par exemple, de l'exonération du ticket modérateur pour des motifs sociaux, comme le fait de recevoir une pension d'invalidité. La mesure la plus illustrative de cette logique est sans doute la loi introduisant la CMU-C [50], qui supprime ce ticket modérateur pour les personnes à faible revenu, inférieur à un seuil déterminé. S'y ajoute l'aide à la complémentaire santé (ACS) octroyée de façon dégressive au-delà de ce seuil mais en-deçà d'un second seuil de revenu.

Mais il ne suffit pas qu'un droit, même généreux, soit adopté ; encore faut-il qu'il soit mis en œuvre au bénéfice de tous ceux qui sont éligibles à ces mesures : le principe d'un « droit au droit » reste à imaginer et... à appliquer. En effet, qu'il s'agisse de la CMU-C ou de l'ACS, une large part des patients éligibles n'y accède pas. 🏠

Comparaisons internationales des dépenses de santé à la charge directe des patients dans les pays de l'OCDE

La quasi-totalité des pays de l'OCDE offrent à présent une couverture maladie universelle, donnant accès à leur population à un ensemble de biens et services de santé. Les dépenses de santé à la charge directe des patients (voir la définition dans l'encadré ci-dessous) dépendent non seulement de l'étendue du panier de soins couvert, variable d'un pays à l'autre, des taux de couverture respectifs des biens et services couverts, mais également de la capacité des ménages à acheter des biens et services mal ou non couverts, et, accessoirement, de l'offre disponible pour ces derniers [2]. Les dépenses de santé à la charge des ménages ne constituent donc pas un indicateur parfait de l'accessibilité financière aux soins. Il sont, cependant, souvent utilisés comme un indicateur intéressant.

Les dépenses de santé à la charge des patients occupent une place relativement importante dans la plupart des pays de l'OCDE. En 2015, elles sont la troisième source de financement des dépenses de santé (après les régimes publics et l'assurance maladie obligatoire). Les ménages ont financé directement environ un cinquième de toutes les dépenses de santé en moyenne en 2015, et ont consacré 3 % de leurs dépenses de consommation aux biens et services médicaux. Dans la plupart des pays de l'OCDE, la part des dépenses à la charge directe des patients est plus élevée pour les produits pharmaceutiques, les soins dentaires et d'optique que pour les soins hospitaliers.

Si cette charge financière peut créer des barrières à l'accès aux soins de santé et à leur utilisation, de nombreux pays ont mis en place des filets de protection sociale pour éviter que les catégories les plus vulnérables

de la population (les pauvres, les personnes âgées ou les personnes souffrant de maladie chronique ou de handicap) aient des dépenses directes trop importantes [65, 69].

Les paiements à la charge directe des patients représentent un cinquième de toutes les dépenses de santé dans les pays de l'OCDE

Les paiements à la charge directe des patients sont une source importante de financement des dépenses de santé : la troisième après les régimes publics et l'assurance maladie obligatoire (figure 1). En moyenne, les ménages ont financé directement environ un cinquième de toutes les dépenses de santé en 2015. La part des paiements à la charge des ménages varie considérablement selon les pays. Cette part est supérieure à 30 % au Chili (32 %), en Grèce (35 %), en Corée (37 %), au Mexique (41 %) et en Lettonie (42 %). La France, en revanche, affiche la plus faible part des dépenses de santé à la charge des ménages (7 %), notamment en raison de l'intervention des complémentaires, qui couvrent une grande partie des dépenses laissées à la charge des patients par l'assurance maladie obligatoire.

Récemment, la part des dépenses à la charge directe des ménages dans le financement de la santé est restée globalement stable, malgré quelques hausses notables dans certains pays européens touchés par la crise financière de 2008 (figure 2). En Grèce et en Espagne, la part des dépenses de santé à la charge des ménages a augmenté depuis 2009 (de +6,2 et +4,7 points de pourcentage respectivement) suite à la mise en œuvre de réformes visant à équilibrer les budgets publics.

Caroline Berchet

Analyste des politiques de santé à l'OCDE
David Morgan
Chef de projet statistiques de santé à l'OCDE

Les opinions exprimées dans cet article sont celles des auteurs, et non celles de l'OCDE ou de ses pays membres. Les auteurs assument l'entière responsabilité d'éventuelles erreurs.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 53.

Les paiements à la charge directe des patients : définition et comparabilité

Les paiements à la charge directe des patients sont ceux supportés directement par les patients lorsque les systèmes d'assurance obligatoires et volontaires ne couvrent pas en totalité le coût d'un produit ou d'un service de santé. Dans les pays de l'OCDE, ces dépenses peuvent inclure (i) les dépenses des personnes non couvertes, (ii) les dépenses des ménages pour des biens et services non couverts, (iii) les restes à charge

pour les biens et services couverts, et (iv) les versements informels aux prestataires de soins. Ces versements informels existent dans quelques pays de l'OCDE, en particulier les pays d'Europe centrale et d'Europe de l'Est où la part du financement public est particulièrement faible (comme en Hongrie, en Pologne, en Turquie, en Lettonie et en Grèce).

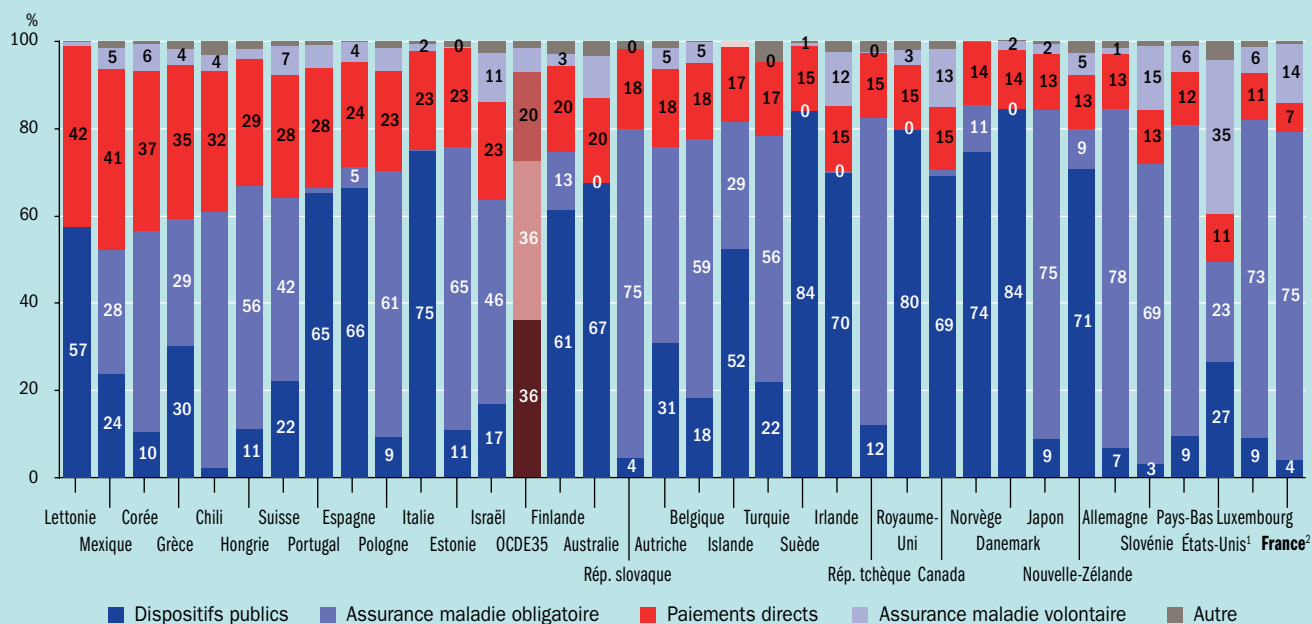
Les paiements à la charge directe des patients sont la composante

privée du financement de la santé pour laquelle les données sont les plus fragiles, en particulier en ce qui concerne les biens et services non couverts et les versements informels aux prestataires de soins. À ce titre, c'est l'une des principales sources d'erreurs d'estimation de la dépense totale de santé dans de nombreux pays de l'OCDE [66].



figure 1

Dépenses de santé par type de financement en 2015 (ou l'année la plus proche, en %)

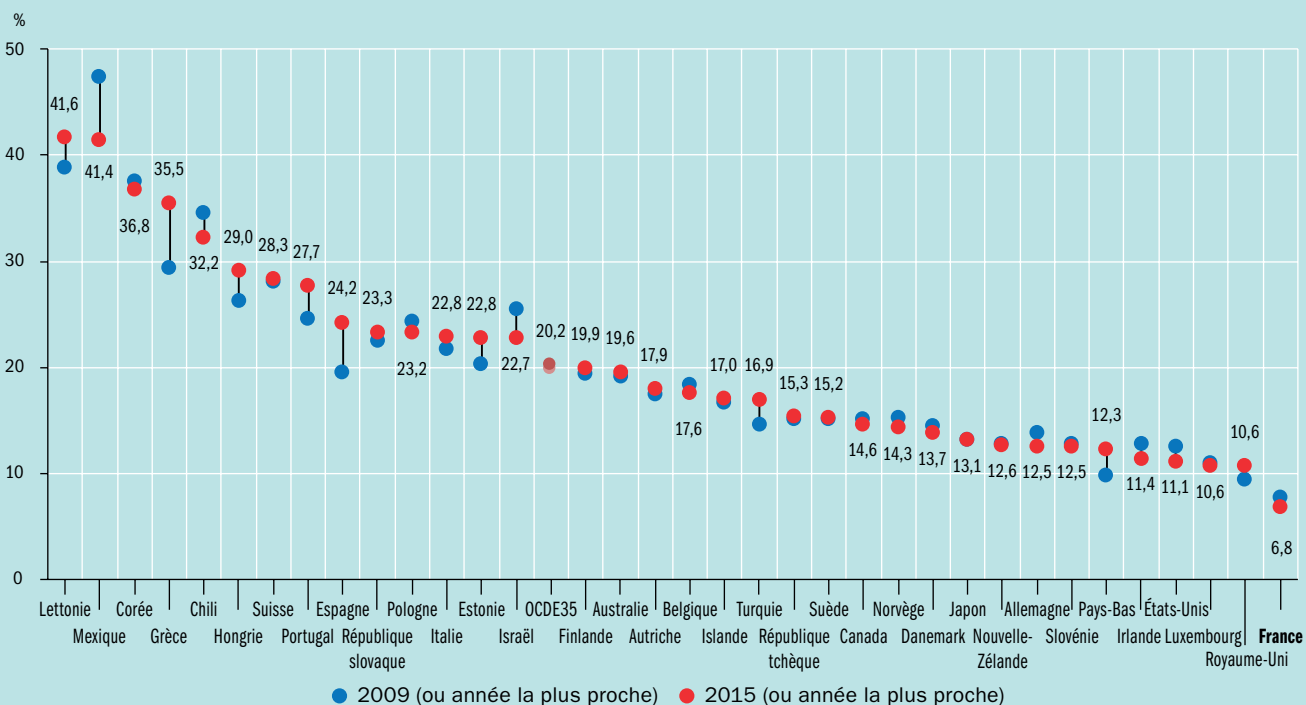


1. Les dépenses des sociétés d'assurance maladie privées aux États-Unis relèvent de l'assurance santé volontaire (Voluntary Health Insurance).
2. La France n'inclut pas les paiements directs des soins hospitaliers de longue durée, d'où une sous-estimation de la part des paiements directs.

Source : statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

figure 2

Évolution de la part des paiements directs dans les dépenses de santé totales de 2009 à 2015 (ou l'année la plus proche, en %)



Source : statistiques de l'OCDE sur la santé 2017 ; base de données de l'OCDE sur les comptes nationaux.

Ces politiques de rigueur ont ainsi transféré une partie de la responsabilité du financement aux patients. À l'inverse, cette part a diminué au Mexique et au Chili au cours de la même période (de -6 et -2,3 points de pourcentage), reflétant en partie l'augmentation de la part de la population couverte par l'assurance maladie.

Les ménages consacrent en moyenne 3 % de leurs dépenses de consommation aux biens et services médicaux

La part de la consommation des ménages allouée aux soins médicaux varie considérablement selon les pays de l'OCDE. En 2015, elle variait de 1,4 % de leur consommation totale en France, au Luxembourg et au Royaume-Uni, à plus de 5 % en Corée et en Suisse (figure 3). En moyenne, les ménages consacrent 3 % de leurs dépenses de consommation aux biens et services médicaux.

La part des dépenses à la charge directe des patients est plus élevée pour les produits pharmaceutiques, les soins dentaires et d'optique

Le degré de couverture des différents services et biens de santé varie selon les systèmes de santé des pays de l'OCDE. Dans la plupart des pays, la part des dépenses à la charge directe des patients est plus élevée pour

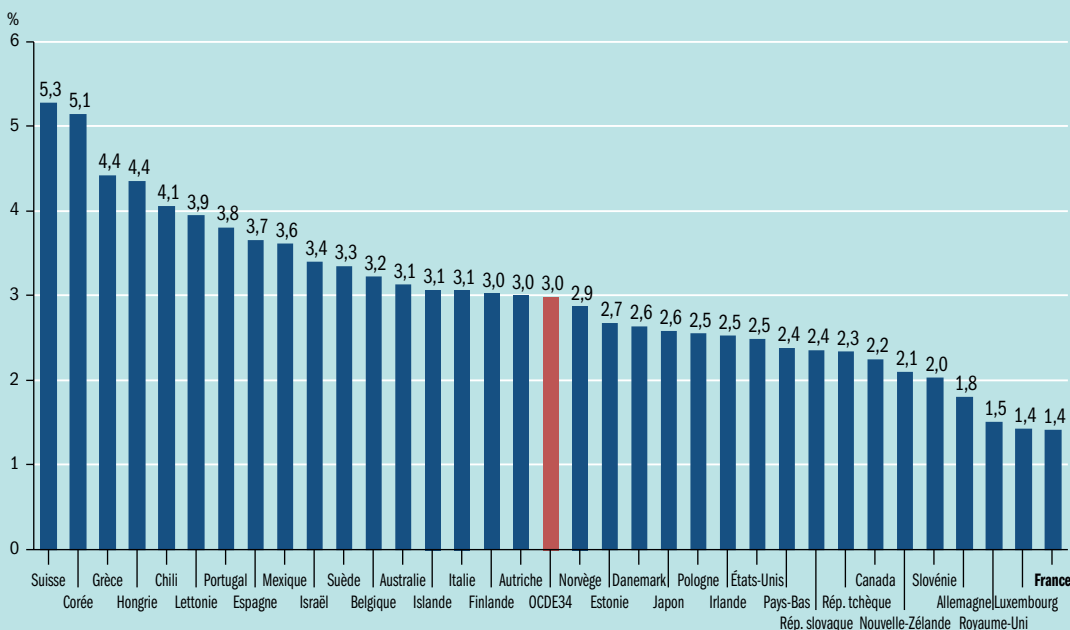
les produits pharmaceutiques, les soins dentaires et les frais d'optique que pour les soins hospitaliers [69]. Dans la majorité des pays, les dépenses consacrées aux produits pharmaceutiques et aux soins ambulatoires (dont les soins dentaires) sont les deux principaux postes de dépenses à la charge des ménages (figure 4), et représentent généralement près des quatre cinquièmes de leurs dépenses de santé.

En moyenne, les dépenses consacrées aux produits pharmaceutiques représentent 36 % de l'ensemble des dépenses à la charge des patients dans les pays de l'OCDE. Dans quelques pays d'Europe centrale et orientale, comme la Pologne, la République tchèque et la Hongrie, ainsi qu'au Canada et au Mexique, les médicaments représentent plus de 45 % des dépenses à la charge des ménages. Cela peut être lié non seulement à la participation au coût des médicaments prescrits mais aussi à des dépenses élevées de médicaments en vente libre destinés à l'automédication. En revanche, les dépenses consacrées aux produits pharmaceutiques ne représentent qu'un quart ou moins des dépenses des ménages au Portugal, en Suisse et au Luxembourg.

La couverture des traitements dentaires est généralement faible ; de ce fait, les soins dentaires occupent une place substantielle dans les dépenses en soins ambulatoires et dans les dépenses totales des

figure 3

Dépenses de santé à la charge des patients en pourcentage de la consommation finale des ménages en 2015 (ou l'année la plus proche)



Note : cet indicateur correspond aux dépenses de santé courantes, hors dépenses de soins de longue durée.

Source : statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.



Reste à charge et santé

ménages, puisqu'ils représentent 20 % de l'ensemble des dépenses à la charge des patients dans les pays de l'OCDE. En Espagne, en Norvège et en Estonie, ce chiffre atteint 30 % ou plus. Cette situation tient, en partie au moins, à la prise en charge limitée des soins dentaires par les régimes obligatoires de ces pays en comparaison à celle, plus complète, d'autres catégories de soins.

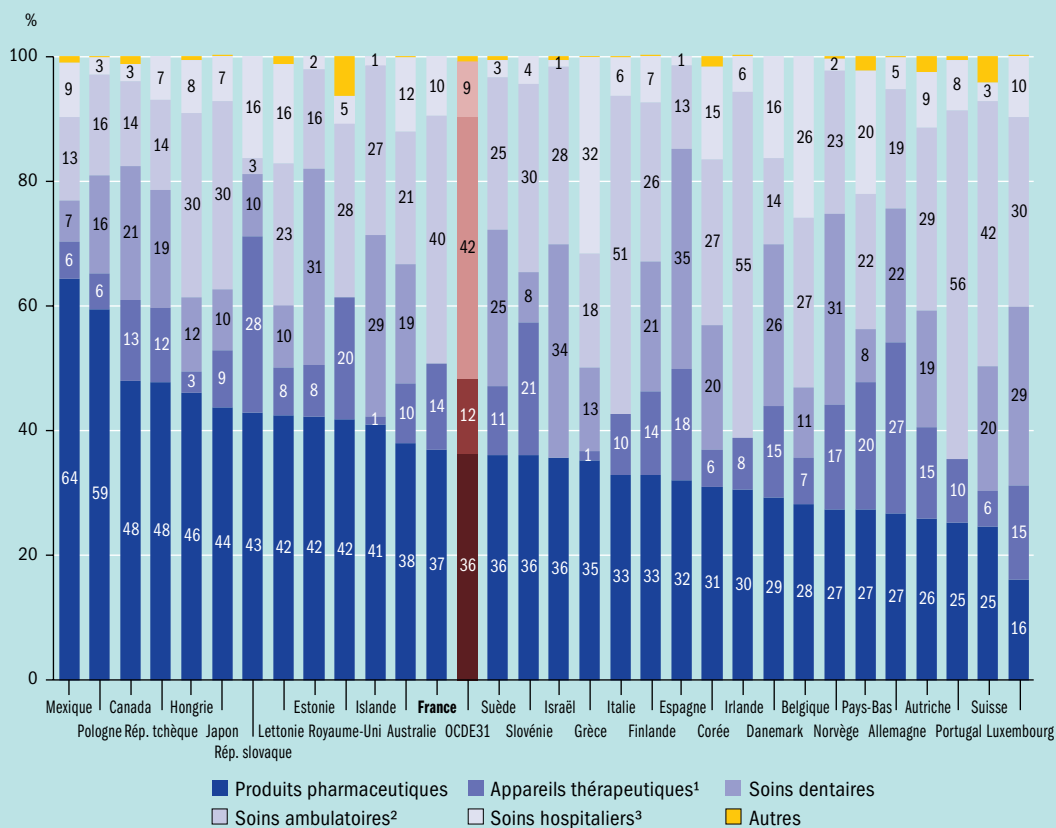
Les appareils thérapeutiques, qui comprennent les produits d'optique et les appareils auditifs, peuvent aussi représenter une part sensible des dépenses des ménages. En moyenne, ces dépenses représentent 12 % des dépenses à la charge des ménages dans les pays de l'OCDE mais on peut constater d'importantes variations entre les pays. La dépense en appareils thérapeutiques représente plus de 20 % des dépenses des ménages aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Slovaquie, en Allemagne et en République slovaque. La couverture par

les régimes obligatoires des lunettes se limite souvent à une participation au coût des verres correcteurs, ce qui oblige les ménages à en supporter la plus grande partie du coût s'ils n'ont pas souscrit une assurance privée complémentaire.

Enfin, les dépenses consacrées aux soins hospitaliers représentent 9 % de l'ensemble des dépenses à la charge des patients dans les pays de l'OCDE. Les services supplémentaires, du type chambre particulière, généralement non couverts par l'assurance de base, peuvent augmenter la part des frais hospitaliers à la charge directe des ménages. En Grèce, en Belgique et aux Pays-Bas, les soins hospitaliers représentent une fraction plus importante des dépenses des ménages (plus de 20 %), alors qu'ils ne s'élèvent qu'à moins de 5 % en Pologne, au Canada, en Estonie, en Islande, en Suède, en Slovaquie, en Israël, en Espagne, en Norvège et en Suisse. 🏠

figure 4

Dépenses de santé à la charge des patients par type de biens et services médicaux en 2015 (ou l'année la plus proche, en %)



Note : Cet indicateur correspond aux dépenses de santé courantes à l'exception des dépenses de soins de longue durée.

1. Inclut les produits ophtalmologiques, les appareils auditifs, les fauteuils roulants, etc.

2. Inclut les soins à domicile et les services auxiliaires (et les soins dentaires s'ils ne sont pas montrés séparément).

3. Inclut les soins de jour.

Source : statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

Le reste à charge comme instrument de régulation des dépenses de santé en France

A lors que le système d'assurance maladie français exige depuis sa création une participation financière des assurés aux coûts des soins médicaux, la suppression du reste à charge s'est retrouvée au cœur des débats lors des élections présidentielles de 2017, que ce soit au travers de la proposition de plusieurs candidats de créer une « Grande Sécu » prenant en charge l'intégralité du coût des soins, ou de la promesse du « reste à charge zéro » d'Emmanuel Macron, visant cette fois à une prise en charge complète de la partie des soins non financée par la Sécurité sociale par les organismes d'assurance complémentaires santé. Pourquoi notre système de Sécurité sociale a-t-il instauré dès son origine un ticket modérateur à hauteur de 20 % du coût de l'ensemble de soins (art. 24, ordonnance du 19 octobre 1945) ? Et pourquoi vouloir supprimer aujourd'hui ce reste à charge, c'est-à-dire la part des dépenses de soins non prise en charge par le système d'assurance public ou par les assurances privées ? Pour répondre à ces questions, il est nécessaire de s'interroger sur les justifications économiques du reste à charge.

Quelques propos liminaires sur l'assurance

Une première manière de s'interroger sur la justification ou non du reste à charge est de s'interroger sur son corollaire, c'est-à-dire sur la justification qu'aurait une couverture complète des dépenses de soins de santé. Rappelons tout d'abord que l'objectif premier de l'assurance santé, qu'elle soit publique ou privée, est de couvrir, moyennant le paiement régulier d'une prime d'assurance, le risque financier lié aux problèmes de santé, c'est-à-dire de rembourser, en cas de maladie ou accidents, tout ou partie des frais médicaux, et les indemnités journalières visant à compenser les journées de salaire perdues en cas d'arrêt de travail. L'assurance permet alors aux individus de « solvabiliser » des dépenses de santé peu probables mais trop onéreuses pour être engagées en cas de maladie, d'éviter des dépenses de santé non prévisibles, et éventuellement catastrophiques, qui mettraient en péril leurs conditions de vie, ou simplement de lisser dans le temps le coût de leurs soins.

La différence majeure entre les systèmes publics et privés d'assurance réside en fait dans le niveau des primes payées par les individus. Dans les systèmes privés, le niveau des primes d'assurance payé par chaque individu dépend de son niveau de risque individuel (qui est approximé par l'âge, les contrats dits *responsables* ne pouvant pas tenir compte des événements de santé en France). L'assurance permet alors une mutualisation des risques au sein de chacune des classes de risques.

Ainsi, les primes payées pour une période par l'ensemble des assurés exposés à un même risque (du même âge par exemple) permettent de couvrir les dépenses de santé de ceux pour qui le risque de maladie se sera réalisé pendant la période.

Dans les systèmes publics, le niveau des cotisations payé par les individus n'est pas lié à leur niveau de risque. Le plus souvent, les cotisations augmentent avec le niveau de revenu et non avec l'âge, et sont donc *a priori* relativement indépendantes des dépenses de santé. Alors que les systèmes d'assurance privée permettent aux individus de transférer de l'argent des périodes sans maladie en faveur des périodes avec maladie, les systèmes d'assurance publics opèrent une redistribution entre classes de risque et permettent aux individus les plus pauvres et les plus à risque d'être couverts alors même qu'ils ne pourraient pas payer la prime d'assurance correspondant à leur niveau de risque dans un système privé.

Le reste à charge, un moyen de respecter les choix assurantiels

On peut alors se demander quel est le niveau de couverture du risque financier lié à la maladie – ou de manière symétrique, quel est le niveau du reste à charge – qui est souhaitable ?

La théorie économique de l'assurance (lire [14] et [33], synthèses de la littérature théorique en économie de l'assurance) suggère que la demande d'assurance des individus résulte d'un arbitrage entre le montant de la prime qu'ils payeront de manière certaine, tous les mois généralement, et leur niveau de risque anticipé, c'est-à-dire le montant moyen des remboursements qu'ils anticipent. Ce choix dépend également de leur degré d'aversion au risque, c'est-à-dire de leur disposition à payer une surprime par rapport à leurs remboursements anticipés afin d'avoir un revenu certain (égal à leur revenu initial moins la prime d'assurance) plutôt qu'incertain (égal à leur revenu initial moins les dépenses de santé en cas de maladie). La plupart des individus sont ainsi averses au risque. Ce trait de personnalité s'explique par le fait que le niveau de satisfaction des individus croît avec leur niveau de revenu disponible, mais avec un taux de plus en plus faible. Ils sont donc toujours d'accord pour payer une prime d'assurance relativement modérée tous les mois, même si cette dépense réduit légèrement leur bien-être, afin d'éviter une chute importante de leur niveau de vie en cas de maladie qui aurait des conséquences beaucoup plus délétères sur leur bien-être, et ce d'autant plus qu'ils ont un niveau de revenu contraint. On peut alors montrer

Florence Jusot
Professeure à l'université Paris-Dauphine, chercheuse au Leda-Legos (Paris sciences et lettres, Paris-Dauphine), chercheuse associée à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 53.

REMERCIEMENTS

L'auteure remercie Aurélie Pierre, Denis Raynaud et Jérôme Wittwer pour leurs commentaires et suggestions.



que si les primes d'assurance étaient actuarielles, c'est-à-dire exactement égales en moyenne au risque anticipé de dépenses de santé, tout individu averse au risque souhaiterait avoir une assurance dite *complète*, c'est-à-dire couvrant l'intégralité de ses dépenses liées à la maladie, quel que soit son niveau de risque et son degré d'aversion au risque. Par contre, dès que les primes d'assurances santé sont supérieures aux dépenses de santé anticipées, ce qui est le cas en présence de charges de gestion (frais de gestion des sinistres, frais d'administration ou frais d'acquisition) – et ce, aussi bien dans les systèmes publics que privés –, on peut démontrer que la demande d'assurance des individus n'est plus automatique et n'est en général jamais complète, sauf dans certains cas où les individus ont une très forte aversion aux pertes [85] ou lorsqu'ils sont exposés à d'autres risques non assurables, comme par exemple le risque de perte de revenus [32]. En effet, assurer une dépense engendre dans ce cas un surcoût : il est par exemple nécessaire de payer une prime d'assurance égale à 120 euros pour rembourser une dépense de santé d'un montant anticipé égal 100 euros en moyenne. Les individus souhaitent alors un niveau de couverture d'autant plus important qu'ils sont face à un risque élevé de dépenses de santé et qu'ils ont un niveau d'aversion au risque important. Inversement, ils souhaitent un niveau de reste à charge d'autant plus important que les frais de gestion des primes d'assurance sont élevés et qu'ils sont contraints financièrement.

Dans le cadre d'un système d'assurance privé où les individus choisissent eux-mêmes leur niveau de couverture (et non par le biais de leur employeur), il est donc normal que certaines personnes préfèrent ne pas être couvertes ou préfèrent être peu couvertes, en raison par exemple d'une faible aversion au risque ou d'un faible niveau de risque. On observe ainsi en France que la demande d'assurance complémentaire santé à titre individuel augmente avec l'âge, les problèmes de santé et le degré d'aversion au risque, et diminue avec leur revenu [77]. Il est également attendu que certains préfèrent un niveau de couverture plus réduit lorsque le coût de l'assurance augmente. Ce second effet peut alors justifier une non-couverture choisie pour l'assurance complémentaire en France, où le ratio entre les charges de gestion et les prestations versées par les organismes de complémentaire santé s'établissaient en 2014 à 17 % pour les institutions de prévoyance, à 24 % pour les mutuelles et à 34 % pour les sociétés d'assurance privées [31], ou encore pour l'assurance de base aux États Unis, où les primes d'assurance sont en particulier augmentées par des frais de publicité importants.

Dans le cadre d'un système public, le niveau de couverture est choisi par le régulateur. On peut en première approche penser que ce niveau résulte d'un consensus et devrait être proche du niveau qu'auraient choisi en moyenne les assurés sociaux au regard de leur besoin

et de leur aversion au risque. Le niveau de couverture optimal de la population dans un système public peut néanmoins s'éloigner du niveau moyen de couverture observé dans un système entièrement privé si le montant des primes diffère dans les deux types de système en raison de différences dans le niveau des charges de gestion ou dans le niveau des prix des soins négociés par les assurances. Le niveau de couverture choisi par le régulateur peut alors être légitimement plus élevé dans les systèmes publics puisque ces derniers ont des charges de gestion plus faibles en raison d'une plus large mutualisation des risques et d'une limitation des frais de marketing lorsque l'assureur public est unique, les études n'ayant globalement pas réussi à montrer ni que la concurrence conduisait à une réduction des primes dans les systèmes privés, ni que les assureurs privés arrivaient à une meilleure négociation du prix des soins que l'assurance publique, y compris dans le cas de réseaux de soins [6]. Le niveau de couverture public peut au contraire être plus faible dans les systèmes mixtes, où coexistent assurances publiques et complémentaires privées. Ainsi, la Sécurité sociale française ne rembourse que 3 % des dépenses optiques ou 30 % des dépenses dentaires, non pas parce que le régulateur considère que c'est le bon niveau de couverture mais plutôt parce qu'elle a choisi de compter sur l'assurance privée pour couvrir ce type de soins afin de ne pas trop alourdir les prélèvements obligatoires.

Un régulateur éclairé peut également choisir un niveau de couverture plus élevé que celui que choisiraient les individus librement compte tenu de leurs connaissances et de leur biais de perception. En effet, ces derniers apprécient parfois mal le risque de maladie, et le montant possible des dépenses restant à leur charge en cas de maladie, et peuvent donc sous-estimer les bénéfices à attendre d'une couverture. Cette évaluation est d'autant plus difficile que ces bénéfices peuvent en outre n'être perçus qu'à très long terme. De plus, dans les systèmes privés, les asymétries d'information entre assureurs et assurés peuvent expliquer que les assureurs cherchent à sélectionner les individus les moins à risque, en proposant des couvertures incomplètes ou en proposant des primes d'un montant très supérieur aux primes actuarielles justifiées par le niveau de risque [1, 14, 25]. En l'absence de régulation, la demande d'assurance des individus les plus à risque, notamment des malades chroniques, et des plus pauvres ne serait pas satisfaite. On peut donc là encore s'attendre à une couverture plus complète de la population dans un système public puisque ce dernier ne sélectionne pas ses assurés.

Il est cependant peu raisonnable de penser que la couverture qui serait optimale pour l'ensemble de la population, y compris dans un système public avec des charges de gestion limitées, soit une couverture complète, sans aucun reste à charge. Et contraindre l'ensemble de la population à s'assurer, et plus encore à choisir une couverture complète, conduirait à une perte

de bien-être pour tous les individus qui préféreraient avoir une couverture plus faible, c'est-à-dire qui préféreraient consacrer leur revenu à une autre dépense que la couverture de leurs soins. Ainsi, l'introduction récente de l'obligation pour tous les salariés du secteur privé de souscrire à la couverture complémentaire santé proposée par leur employeur en France a induit une perte de bien-être, non seulement pour près de la moitié des salariés qui avaient précédemment choisi d'être non couverts, et qui préféreraient donc le rester malgré la participation financière de leur employeur au paiement de la prime [78]. De même, aux États-Unis, certaines personnes préfèrent rester non assurées et payer les pénalités prévues par l'Affordable Care Act malgré l'obligation d'assurance, plutôt que de payer des primes d'assurance relativement élevées [8].

Bien entendu, la question se pose un peu différemment dans les systèmes publics où le financement versé par chacun n'est pas proportionnel à son niveau de risque individuel mais à ses revenus. La couverture complète des soins des plus pauvres peut alors être justifiée pour leur garantir un accès à l'ensemble des soins indépendamment de leur capacité à les payer, à l'exception des dépenses de confort ou de luxe, qui ont sans doute moins vocation à être prises en charge par la solidarité collective. Mais il n'y a pas lieu de penser que cette couverture complète doive s'étendre à l'ensemble de la population et notamment aux plus aisés, pour lesquels le coût de la couverture est encore plus élevé puisqu'ils financent non seulement leur propre couverture mais également en partie la couverture des plus modestes. Ainsi, les plus aisés sont autorisés à sortir du système public en Allemagne afin de choisir leur niveau de couverture.

Un reste à charge oui, mais avec une forme particulière

Au-delà du niveau moyen du reste à charge auxquels ils s'exposent, les choix des individus peuvent porter sur la forme de ce reste à charge. L'objectif des individus étant de se couvrir face au risque, ils ne vont pas nécessairement choisir un niveau de couverture identique pour l'ensemble des soins. Ils préféreront avoir une couverture complète ou quasi complète des soins les plus à risque, comme par exemple les dépenses hospitalières, et choisiront une couverture nulle ou très partielle pour les soins les plus prévisibles, c'est-à-dire ceux pour lesquels il y a un faible intérêt à payer le surcoût de l'assurance, comme par exemple les lunettes.

De même, la littérature théorique montre que, pour un niveau de reste à charge donné, les individus préfèrent les contrats d'assurance avec franchise, c'est-à-dire qui ne proposent aucune couverture des premières dépenses de santé dans l'année, mais qui en contrepartie offrent une couverture complète des dépenses au-delà d'un plafond de dépenses annuelles, plutôt que les systèmes de ticket modérateur qui laissent à la charge du patient une partie de tous les soins, et qui peuvent donc laisser

un très haut niveau de risque financier cumulé chez les personnes les plus malades. De tels systèmes avec franchises et plafonds ont été mis en place en Suisse, aux Pays Bas ou en Suède, et le reste à charge annuel laissé par le système public est également plafonné à un niveau maximal en Belgique. En France, le système des ALD limite le reste à charge des personnes atteintes de certaines pathologies reconnues comme affections de longue durée, mais n'élimine absolument pas le risque de reste à charge catastrophique qui touche les personnes les plus malades et notamment les personnes hospitalisées dans l'année [39, 56]. Il a alors été montré que la mise en place d'une franchise et d'un plafond en France permettrait une réelle amélioration de la prise en charge des patients ayant des dépenses importantes en limitant leur risque de devoir payer une lourde participation financière, le système de remboursement étant d'autant plus équitable si le plafond prenait la forme d'un bouclier sanitaire, c'est-à-dire s'il était fixé en proportion du revenu [41].

Le reste à charge, un instrument de régulation de l'aléa moral

Une autre justification du reste à charge est la régulation de l'une des autres défaillances dont souffre le secteur de l'assurance : l'aléa moral ou risque moral [3, 40]. Dans le domaine de l'assurance, on parle d'« aléa moral » lorsque le risque que l'on cherche à assurer – ici les dépenses de santé – est aggravé du fait du comportement des personnes qui se savent couvertes. On distingue deux catégories d'aléa moral : l'aléa moral *ex ante* et l'aléa moral *ex post*. L'aléa moral *ex ante* correspond à l'augmentation du risque de maladie induite par la modification des comportements à risques des individus lorsqu'ils sont assurés. En effet, n'ayant pas à assumer les coûts liés à leur maladie, les personnes assurées sont incitées à adopter des comportements plus risqués et à faire moins de prévention. Cependant, comme la maladie n'a pas que des coûts financiers mais entraîne aussi d'autres conséquences que l'assurance ne couvre pas, comme la douleur, les années de vie perdues, les incapacités, on considère que ce phénomène est très limité. L'aléa moral *ex post* correspond, quant à lui, à l'augmentation des dépenses de santé induite par la couverture assurantielle, à pathologie donnée. En effet, n'ayant pas à assumer la totalité du montant de leurs dépenses de santé en cas de maladie, les personnes assurées peuvent se permettre d'avoir des dépenses de santé plus élevées que les personnes non assurées, et ce pour un même état de santé. Cette « solvabilisation » des dépenses de santé en cas de maladie est *a priori* l'effet recherché par l'assurance. Cependant, une partie de cette augmentation des dépenses peut être vue comme une surconsommation du point de vue de l'économiste, c'est-à-dire correspondre à une mauvaise allocation des ressources collectives [72]. En effet, les individus étant sensibles au prix peuvent avoir envie, pour une même pathologie, de consommer davantage,



après signature du contrat d'assurance, que le niveau de consommation qu'ils avaient initialement choisi compte tenu des véritables prix des soins et du coût de l'assurance au moment de la signature du contrat.

Prenons l'exemple de la décision d'un individu d'assurer ses dépenses d'optique. Compte tenu de son risque de problèmes de vue, de son aversion au risque, de ses préférences pour la santé, du prix des montures et des verres et des charges de gestion de l'assurance, un individu pourrait choisir de se couvrir – et donc de payer une prime correspondante – pour un risque de dépenses d'optique équivalentes à une paire de lunettes tous les deux ans avec une monture à 100 euros et des verres standard. Toutefois, après avoir signé son contrat d'assurance, celui-ci peut être incité à changer de lunettes tous les ans, à choisir une monture plus chère, à ne pas résister à la proposition de verres de meilleure qualité faite par l'opticien, ou encore à ne pas chercher l'opticien proposant les meilleurs prix si son contrat d'assurance offre une couverture très généreuse des dépenses d'optique, ou pour le moins ne limite pas la couverture au montant initialement anticipé. L'augmentation de la dépense qui en résulte n'est en rien frauduleuse mais reflète juste le fait que l'individu réagit de manière rationnelle à une diminution du prix des lunettes, en exprimant une demande de soins supérieure, en laissant le professionnel induire une demande supplémentaire (qui peut être médicalement justifiée mais initialement non souhaitée par l'assuré) ou en ne recherchant pas les meilleurs prix.

Le problème provient alors du fait que cette diminution de prix n'est en fait qu'apparente puisque si l'ensemble des assurés adopte le même comportement, l'organisme de complémentaire santé augmentera à terme le niveau de la prime afin de couvrir les dépenses additionnelles. Au total, chaque individu consacrera donc un montant à ses dépenses d'optique (par le biais de la prime d'assurance ou par le paiement direct de son reste à charge) supérieur au montant qu'il avait initialement décidé d'allouer à cette dépense. C'est en ce sens que les économistes parlent de mauvaise allocation des ressources collectives, car chacun aurait préféré consacrer ses ressources à d'autres dépenses qu'à ces dépenses d'optique supplémentaires, s'il n'avait pas été victime d'une baisse de prix illusoire. Notons cependant que les dépenses supplémentaires ne correspondent pas nécessairement à des dépenses médicalement injustifiées : il s'agit bien d'une surconsommation par rapport aux préférences des assurés et non par rapport à une norme médicale (voir [3] pour une discussion plus détaillée des conséquences de l'aléa moral sur le bien-être).

Ce risque d'aléa moral est facile à limiter dans le cas de l'optique, en plafonnant par exemple le montant annuel des dépenses couvertes par le contrat. Le contrat choisi par l'assuré, et notamment son niveau choisi de reste à charge, « révèle » alors son niveau de risque à l'assureur. Par exemple, choisir un contrat couvrant bien

les lunettes révèle un besoin de lunettes. L'assureur pourra alors ajuster sa prime en conséquence. Mais il n'en est évidemment pas de même pour la couverture des autres dépenses de santé. En effet, les problèmes de santé sont extrêmement complexes, beaucoup plus imprévisibles et difficilement observables. Il est alors impossible de définir *a priori* quel pourrait être le bon niveau de dépenses pour chacun des états de santé possibles et, pour l'assureur, de juger si les dépenses de santé engagées sont justifiées par l'état de santé de l'individu et correspondent au contrat initialement choisi par l'assuré, ou s'il s'agit de « surconsommations ».

Le reste à charge peut alors permettre de « responsabiliser » les patients en les faisant participer financièrement aux coûts des soins, c'est-à-dire de rendre leur demande sensible au prix, et par là de limiter – ou « modérer » – les dépenses de santé. Bien entendu, ce raisonnement ne tient que si les dépenses de soins sont effectivement sensibles au prix, c'est-à-dire si les assurés ont effectivement une consommation de soins plus faible lorsqu'ils ont un reste à charge. Dans le cas contraire où la demande de soins est peu élastique au prix, les consommations de soins des individus resteront les mêmes quels que soient les prix auxquels ils font face, et en particulier en présence ou absence de tickets modérateurs. La participation financière des patients n'a alors aucun effet modérateur des dépenses de santé mais limite toutefois le montant pris en charge par l'assureur, que celui-ci soit public ou privé.

Il convient donc de savoir si la demande de soins est sensible au prix – ou symétriquement au niveau de couverture – afin de savoir s'il est justifié de laisser un reste à charge dans le but de réguler les dépenses de santé. On observe ainsi en France que les dépenses de santé des personnes couvertes par une complémentaire santé sont près de 30 % supérieures à celles des personnes ne disposant d'aucune couverture complémentaire [80]. Cependant, on ne peut en déduire que supprimer le reste à charge conduirait à une augmentation de 30 % des dépenses de santé en raison d'un effet inverse des dépenses de santé anticipées sur la décision d'assurance. Ainsi, ce n'est pas nécessairement parce que les personnes sont assurées qu'elles ont des dépenses supérieures mais, au contraire, parce que les personnes qui anticipent des dépenses de santé importantes, en raison de problèmes de santé notamment, choisissent plus souvent de s'assurer. Plusieurs études ont néanmoins permis d'estimer l'effet de l'assurance sur les dépenses de santé en s'affranchissant de cet effet de sélection, en s'appuyant sur des dispositifs expérimentaux ou quasi expérimentaux [15, 36, 43, 64]. L'ensemble de ces travaux conclut à l'existence d'un effet causal du niveau de couverture sur le niveau des dépenses de santé. En particulier, l'expérience contrôlée de la Rand (Research and Development Corporation) [64] conduite aux États-Unis a permis de montrer qu'une réduction de 10 % du prix des soins induisait une augmentation

de 2 % des dépenses de santé, la demande de soins de ville étant notablement plus sensible au prix que la demande de soins hospitaliers. C'est par ailleurs le passage à la gratuité des soins qui induit la plus forte augmentation des dépenses de santé, le niveau des dépenses étant moins sensible au niveau de couverture dès lors que le patient supporte un reste à charge. On peut donc conclure que l'existence d'un reste à charge est justifiée, pour le moins pour les soins de ville, afin de limiter le risque d'aléa moral.

Le reste à charge zéro, un instrument de redistribution et de réduction des inégalités sociales de santé

La littérature économique suggère donc qu'il est certainement efficient de maintenir un reste à charge, en particulier pour les soins les plus prévisibles et les moins vitaux, non seulement pour respecter les préférences des individus mais également pour limiter les dépenses de santé. Le seul argument pouvant justifier la volonté politique de réduire les restes à charge, voire d'aboutir à un reste à charge zéro, semble alors être la recherche d'une plus grande équité dans l'accès aux soins. En effet, l'accès aux soins est l'une des principales préoccupations des Français, 25 % d'entre eux considérant les inégalités d'accès aux soins comme les inégalités les moins acceptables, par rapport aux inégalités de revenu, de logement ou de patrimoine [30].

De nombreux travaux montrent en effet que les restes à charge constituent des barrières importantes dans l'accès aux soins, en particulier chez les plus modestes, qui ne sont pas sans conséquences [51]. Par ailleurs, même si l'expérience randomisée de la Rand n'a pas montré que l'accroissement de la consommation de soins induite par l'amélioration de la couverture conduisait à une amélioration de l'état de santé en population générale [61], elle a mis en évidence une réduction de la mortalité induite par l'assurance chez les patients hypertendus et les plus pauvres. De même, l'expérience randomisée de l'Oregon a récemment montré

un effet important de l'amélioration de la couverture chez les plus modestes sur leur accès aux soins et leur santé [36]. De manière cohérente, il a été montré en France que les renoncements aux soins, qui sont largement expliqués par l'absence ou la faible qualité de la couverture complémentaire et la situation sociale, ont un effet causal sur la dégradation de l'état de santé ultérieur [28].

L'instauration d'une couverture complète des soins pour l'ensemble de la population, si elle est accompagnée d'un financement proportionnel au revenu, et non si elle est associée à un financement proportionnel au risque, pourrait donc permettre de réduire les inégalités d'accès aux soins et les inégalités de santé. Par ailleurs, de tels systèmes d'assurance maladie publique peuvent constituer des instruments puissants de redistribution des revenus en raison de la progressivité de leur financement, au-delà des effets qu'ils peuvent avoir sur l'état de santé [53].

Pour conclure

Même si l'accès aux soins est certainement plus facile pour tous dans les systèmes où le reste à charge des patients est relativement faible [51, 54, 68], il semble que la couverture complète des soins ne soit pas un objectif immédiatement légitime au regard de la littérature économique. D'un point de vue de l'efficacité, il apparaît en effet optimal de laisser un reste à charge, de préférence plafonné et plus élevé sur les soins les plus prévisibles, afin de respecter les choix individuels d'assurance et de limiter le risque d'aléa moral et donc de modérer les dépenses de santé. L'absence de reste à charge peut donc seulement être recherchée dans les systèmes régulés si la structure du financement permet une plus grande équité, que ce soit par une consommation de soins, en offrant aux plus pauvres un accès aux soins qui leur serait impossible dans un système privé, ou que ce soit dans le financement des soins, lorsque la structure de celui-ci garantit une redistribution importante entre groupes de revenus. 🏠



Pour quels soins ? et quels patients ?

Les restes à charge sont inégalement répartis selon l'état de santé, le niveau de vie et le lieu de résidence. Des dispositifs existent pour les patients atteints de maladies chroniques ou les personnes à faible revenu, mais ils ne compensent pas la totalité des dépenses engagées.

Iniquités des restes à charge selon la santé et le niveau de vie Enseignements de travaux récents de l'Irdes

Marc Perronnin
Docteur en sciences économiques, maître de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

À l'instar des autres pays européens, le financement des soins en France repose sur un régime d'assurance maladie obligatoire, complété par des assurances privées et par une participation des ménages. L'assurance maladie obligatoire vise à garantir un certain degré d'équité horizontale (selon la santé) et verticale (selon le revenu) dans le financement des soins, notamment par le biais de cotisations croissantes avec le revenu mais indépendantes de l'état de santé. Néanmoins, les remboursements offerts sont incomplets et des restes à charge sont laissés aux patients à visée dite de « responsabilisation ». Or ces restes à charge sont susceptibles de réduire le degré d'équité du système d'assurance obligatoire, à moins d'être eux-mêmes modulés selon l'état de santé ou le revenu du patient.

Les restes à charge du système d'assurance maladie français

En France, la part des dépenses laissée par le régime obligatoire d'assurance maladie à la charge des patients s'élevait à 23,2 % de la dépense en soins et biens médicaux en 2016, soit une part proche de celle observée

sur l'ensemble de l'Europe des Vingt-Huit. Ces restes à charge sont composés de participations de différentes natures : en ville, les tickets modérateurs d'ampleur variée selon les soins, les participations forfaitaires, les franchises et les dépassements d'honoraires. À l'hôpital, comme en ville, un ticket modérateur de 20 % s'applique aux actes pratiqués jusqu'à un seuil défini en termes de coefficient cumulé (plusieurs actes effectués par le même praticien au cours d'une même consultation ou pendant le séjour hospitalier) égal ou supérieur à 60 euros (actes complexes) ou de coût cumulé égal ou supérieur à 120 euros (actes coûteux), et au-delà une participation forfaitaire de 18 euros s'applique. Pour les hospitalisations, s'ajoutent le forfait hospitalier ainsi que d'éventuels dépassements d'honoraires. À la naissance de la Sécurité sociale, le ticket modérateur unique de 20 %, constituait le seul type de participation financière demandé aux assurés sociaux. Se sont ajoutés ensuite les dépassements d'honoraires en 1980, puis le forfait hospitalier en 1983 (plan Bérégovoy), les participations forfaitaires sur les séances de médecins et les actes de biologie médicale en 2004 et, enfin, les franchises sur

les médicaments pris en charge par la Sécurité sociale, sur les actes d'auxiliaires et les transports sanitaires.

L'étendue du panier de soins concerné par les « copaiements » publics constitue une singularité comparativement aux autres pays européens [70], susceptible de créer un lien fort entre restes à charge et santé, et donc d'occasionner une charge financière excessive pour les personnes les plus malades ou ayant de faibles ressources. Le système d'assurance maladie complémentaire – constitué de contrats collectifs d'entreprise, de contrats individuels et de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) – permet de couvrir tout ou partie de ces restes à charge. Très développé en France, il concerne 95 % de la population¹. Depuis quinze ans, les différentes réformes de l'assurance maladie complémentaire (CMU-C, contrats responsables, aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), généralisation de la complémentaire d'entreprise...) renforcent son rôle dans l'accès aux soins. Toutefois, cette couverture à adhésion libre est soumise aux contraintes de sélection adverse, autrement dit au risque de voir les individus en bonne santé quitter le contrat si la prime est trop élevée au regard des dépenses de santé qu'ils s'attendent à avoir ; elle n'est donc pas en mesure d'offrir le même degré de solidarité que la couverture publique. Ainsi, les cotisations de l'assurance maladie obligatoire, qui dépendent du revenu, et de l'assurance maladie complémentaire, qui dépendent généralement de l'âge, obéissent à des logiques différentes.

Étudier les restes à charge publics, après remboursement de l'assurance maladie obligatoire, mais avant remboursement de l'assurance maladie complémentaire, permet donc d'apporter un éclairage intéressant sur les dépenses de soins qui échappent au financement solidaire de l'assurance maladie obligatoire. Plusieurs travaux se sont intéressés au caractère inéquitable des restes à charge selon la santé et le revenu. Au travers de deux travaux récents, l'Irdes apporte des éclairages supplémentaires sur cette problématique, d'une part en s'intéressant aux profils de consommation des individus ayant des restes à charges élevés et aux caractéristiques socioéconomiques associées, d'autre part en étudiant les catégories de restes à charge qui contribuent le plus aux inégalités selon le revenu.

Une mutualisation imparfaite selon l'état de santé

Au sein de l'assurance maladie obligatoire, plusieurs mécanismes permettent de limiter les restes à charge des individus en mauvaise santé. Tout d'abord, la part de la dépense reconnue prise en charge au titre du régime obligatoire est élevée sur des soins présentant un caractère vital tel que les médicaments à service médical rendu élevé ou les soins hospitaliers : selon les comptes de la santé 2016, les taux de prise en charge

moyens sont très élevés pour les soins hospitaliers et pour les transports sanitaires (respectivement 91,3 % et 92,9 %), et nettement plus faibles pour les soins de ville – soins de médecins, de dentistes et d'auxiliaires médicaux – et pour le médicament (respectivement 64,7 % et 68,8 %) et, enfin, ces taux dépassent à peine les 40 % pour les autres biens médicaux, dont l'optique. Le régime des affections de longue durée (ALD) exonère ses bénéficiaires du ticket modérateur pour tous les soins en rapport avec les pathologies chroniques pour lesquelles ils bénéficient d'une reconnaissance.

Malgré l'ensemble des mécanismes que nous venons de citer, il existe de fortes variabilités de restes à charge au sein de la population. Ainsi le rapport 2013 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), dans son chapitre sur les restes à charge élevés [47], indique qu'en 2009 les 5 % des individus ayant les restes à charge les plus élevés supportaient 28 % des restes à charge. Les distributions présentées dans ce rapport permettaient de constater qu'en 2009, si 70 % des individus avaient un reste à charge annuel inférieur à 500 euros, 10 % avaient un reste à charge supérieur à 1 000 euro et 5 % un reste à charge supérieur à 1 600 euros. Or les auteurs soulignent que comparativement à l'ensemble de la population, ces individus supportant les 5 % de restes à charge les plus élevés sont nettement plus âgés (60 ans contre 39 ans), davantage en ALD (33 % contre 16 %) et beaucoup plus souvent hospitalisés (45 % contre 13 %). Ainsi, les restes à charge élevés sont beaucoup plus souvent associés à un profil d'état de santé dégradé. Enfin, il existe une certaine récurrence dans le temps des restes à charge élevés puisque 28 % des individus ayant eu un reste à charge supérieur à 1 600 euros en 2009 se retrouvent dans la même situation en 2010. Il est par contre rare d'observer trois années de suite des restes à charge de cette ampleur. Une autre analyse s'appuyant sur le suivi d'une cohorte d'assurés du régime général d'assurance maladie durant la période 2008-2013 confirme cette persistance modérée des restes à charge élevés. Au travers de ces résultats, ressort également le constat que les restes à charge élevés ne sont pas occasionnés uniquement par l'optique ou par le dentaire mais également par des soins en principe bien couverts, tels que les soins hospitaliers ou des soins de ville courants (notamment les médicaments) qui peuvent faire l'objet d'exonération du ticket modérateur dans le cadre du dispositif des ALD.

Dès lors, on est amené à se demander si les individus ayant un reste à charge élevé cumulent une dépense relativement importante en soins de ville, en soins hospitaliers et en optique ou dentaire, ou s'ils ont des restes à charges très élevés spécifiquement sur un de ces postes. En corollaire, dans le second cas de figure, on peut s'interroger sur la part d'individus pour lesquels le reste à charge élevé est lié spécifiquement à un type de soin donné (soins de ville, soins hospitaliers, optique ou dentaire). L'Irdes [39] a cherché à caractériser plus finement les individus ayant un reste à charge élevé

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 53.

¹. Selon les comptes de la santé, les restes à charge moyens finaux des ménages n'excédaient pas 8,4 % de la DSBM (dépense de soins et de biens médicaux) en 2016, un des plus faibles taux au niveau européen.



en mettant en évidence les profils de consommations de soins rencontrés au sein de cette population et les caractéristiques sociales et médicales associées à chaque profil de consommation, ainsi que la persistance dans le temps des restes à charge élevés en fonction du profil de consommation. L'analyse s'est appuyée sur l'appariement de l'enquête santé protection sociale (ESPS) 2010 de l'Irdes avec les données de remboursements issues du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram, désormais appelé SNDS, Système national des données de santé). Cet appariement permet de construire la typologie des consommations chez les 10 % d'individus ayant les restes à charges les plus élevés et de distinguer les groupes obtenus en termes de caractéristiques sociales et médicales. Les restes à charge sont ensuite réobservés en 2012, de manière à déterminer le niveau de reste à charge de chaque groupe, deux ans après.

La population des individus ayant des restes à charges élevés en 2010 est âgée (66 % ont 50 ans ou plus), a un état de santé assez dégradé (28 % d'individus en ALD, 45 % déclarant une affection chronique, 42 % déclarant un état de santé assez bon, mauvais ou très mauvais) et bénéficie très majoritairement d'un contrat de couverture complémentaire santé individuel. Le reste à charge moyen s'établit à 1 914 euros : 1 620 euros en ambulatoire et 214 euros à l'hôpital. En classant ces individus selon leurs restes à charge par poste de soin, quatre profils sont mis en évidence.

- Le premier, regroupant 26 % des individus ayant un reste à charge élevé, concerne des patients principalement traités en ambulatoire pour des maladies chroniques. Par rapport aux autres individus ayant un reste à charge élevé, ceux-ci ont un recours fréquent aux médecins et subissent beaucoup plus souvent des dépassements d'honoraires, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ils résident plus souvent en Île-de-France. Ils ont également des restes à charges plus élevés sur les autres soins de ville « courants » (pharmacie, auxiliaires médicaux et biologie). Ils ont enfin un recours plus fréquent et des restes à charge plus élevés à l'hôpital.
- Le second, regroupant 12 % des individus, se caractérise par une forte proportion de personnes hospitalisées dans un établissement public et ayant des niveaux de reste à charge beaucoup plus élevés à l'hôpital, notamment en ce qui concerne les forfaits journaliers. Ce groupe est âgé et présente des caractéristiques d'état de santé très défavorables. Il se singularise enfin par une forte proportion de précaires puisque 30 % des individus ont un niveau de vie inférieur à 1 000 euros par mois, contre 18 % dans l'ensemble de la population ayant un reste à charge élevé.
- Le troisième, regroupant 26 % des individus, se singularise par l'importance des restes à charge pour soins dentaires. Ce groupe est caractérisé par une plus forte proportion d'actifs occupés et par des indicateurs d'état de santé nettement plus favorables que dans le reste de la population.

- Le quatrième profil, regroupant 38 % des individus, rassemble plutôt des seniors non hospitalisés et se distingue par des restes à charge plus élevés en optique et en autres matériels et prothèses.

L'analyse des consommations médicales en 2012 (tableau 1) fait apparaître une persistance des restes à charge élevés chez les individus concernés par cette situation en 2010. Parmi les individus qui supportaient un reste à charge élevé en 2010, 30 % sont encore dans cette situation en 2012. Néanmoins, cette proportion est très variable selon les groupes, atteignant 50 % pour le premier, contre 16 % pour le troisième.

En résumé, l'analyse menée permet de constater que les restes à charge élevés sont loin d'être la résultante uniquement des dépenses en optique et en dentaire. Une proportion importante des individus a des restes à charge occasionnés par des soins essentiels et *a priori* bien remboursés, pouvant faire l'objet d'exonérations du ticket modérateur, tels que les soins de ville courants et les soins hospitaliers. La caractérisation des groupes confirme le fait que cette situation concerne souvent des individus en mauvaise santé, en ALD. En outre, malgré l'existence du dispositif des ALD, il y a récurrence des restes à charge élevés pour une partie de la population, ce qui peut s'expliquer par l'existence de comorbidités qui ne sont pas prises en charge à 100 % mais également par les dépassements d'honoraires facturés par les médecins. À ce titre, on peut noter qu'à l'exception du groupe 3 (individus à forte consommation de soins dentaires), les individus très souvent âgés bénéficient dans leur grande majorité d'un contrat de couverture complémentaire santé individuel, en moyenne moins couvrant que les contrats collectifs.

Un effort financier inégalement réparti selon le niveau de vie

La problématique de l'iniquité verticale (selon le revenu) des restes à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire est également importante car, à la différence de l'iniquité horizontale (selon la santé), l'assurance maladie obligatoire ne prévoit aucun mécanisme de modulation des remboursements selon le revenu. Certes, la corrélation entre niveau de vie et état de santé des mécanismes d'exonération liés à l'état de santé, comme pour une ALD, contribuent aussi à réduire les inégalités de recours aux soins [29]. Néanmoins, plusieurs travaux ont souligné que ces participations financières des assurés conduisaient à des taux d'effort variables selon le niveau de vie [21, 41]. Ainsi, selon le tableau de bord du Hcaam, ces participations représentent une proportion du revenu moindre dans le décile de niveau de vie le plus haut (2 %) que dans le décile du revenu le plus bas (7 %).

Le reste à charge étant composé de plusieurs participations financières, on peut s'interroger sur le rôle de chacune d'entre elles aux inégalités d'effort constatées selon le revenu. Une étude de l'Irdes [75] s'est intéressée à la contribution de chaque catégorie de reste à

tableau 1

Montants moyens par types de soins des restes à charge supportés en 2010 et en 2012 selon les profils des individus ayant des restes à charge élevés (en euros)

	Profil 1 (N = 324)		Profil 2 (N = 153)		Profil 3 (N = 311)		Profil 4 (N = 480)		Total (N = 1268)	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012
Ambulatoire	1 630	1 237	1 131	545	1 831	575	1 648	937	1 620	889
Omnipraticiens	133	80	60	37	31	31	62	55	74	54
Spécialistes	359	218	158	45	98	83	121	99	186	121
Dentaire	202	216	113	70	1 243	177	352	161	492	169
Biologie	93	55	52	24	12	16	40	39	50	36
Pharmacie	382	293	279	157	97	100	299	244	274	214
Optique	195	160	102	78	204	127	416	163	268	143
Transports	10	11	87	17	0	1	2	3	14	6
Urgences	7	3	13	7	1	2	1	1	4	3
Matériels/prothèses	94	103	140	48	88	22	289	115	171	82
Auxiliaires	156	99	128	62	16	17	66	57	87	60
Hôpital	311	221	1 183	250	89	52	107	97	294	140
Hospitalisation publique	85	94	1 108	228	37	29	45	63	187	84
Hospitalisation privée	226	127	74	22	52	22	62	34	107	56
Total	1 942	1 458	2 314	796	1 920	626	1 755	1 034	1 914	1 029

Sources : appariement ESPS 2010 ; Sniiram 2010 et 2012.

charge à ces inégalités, en s'appuyant sur les mêmes données que celles utilisées dans l'étude de Carine Franc et Aurélie Pierre [39] à savoir l'appariement ESPS-Sniiram 2010. Ce travail porte sur la charge financière en ville et à l'hôpital, chez les individus qui ont eu à consommer ces soins au cours d'une année.

Un examen des restes à charge moyens, selon les quintiles de niveau de vie, montre que, malgré l'absence d'ajustement des remboursements de l'assurance maladie obligatoire aux ressources des individus, les restes à charge sont plus fortement liés au revenu et semblent donc moins inéquitables après remboursements de l'assurance maladie obligatoire qu'avant. Ainsi, en ambulatoire, la dépense varie peu selon le niveau de vie (entre 1 299 euros et 1 415 euros selon les quintiles de revenu par unité de consommation) alors que les restes à charge sont en moyenne plus faibles chez les 20 % d'individus les plus pauvres que chez les 20 % les plus riches (374 contre 530 euros). À l'hôpital, en MCO², la dépense est nettement plus importante chez les plus pauvres alors que le reste à charge ne varie que très peu – de 275 à 309 euros – selon les quintiles de revenu par unité de consommation. Malgré tout, il

y a persistance de restes à charge substantiels pour les faibles revenus.

Une analyse descriptive permet de vérifier que cette persistance est liée avant tout aux tickets modérateurs, aux participations forfaitaires et franchises médicales. En ville, les restes à charge sont quasiment identiques quel que soit le niveau de vie. À l'hôpital, en MCO, les montants de tickets modérateurs et de forfaits journaliers hospitaliers sont plus élevés pour les individus ayant un bas niveau de revenu que pour ceux ayant un haut revenu. Cela peut s'expliquer par le fait qu'en médecine l'exonération du ticket modérateur hospitalier est moins fréquente et les durées de séjour plus longues. De plus, des travaux ont souligné le lien entre précarité et hospitalisation, mettant en évidence des durées de séjour plus longues des personnes isolées [87]. À l'inverse, les montants de dépassements d'honoraires sont fortement liés au niveau de vie : en ville, ils sont en moyenne de 133 euros pour les individus du premier quintile de niveau de vie (36 % du reste à charge en ville), contre 279 euros pour ceux du cinquième quintile (53 % du reste à charge en ville). Ceux liés à une hospitalisation s'élèvent à 31 euros (11 % du reste à charge en MCO) pour les individus du premier quintile de revenu, contre 124 euros (40 % du reste à charge en MCO) pour ceux

2. Médecine, chirurgie, obstétrique.



Reste à charge et santé

du dernier quintile. Ce gradient s'explique en premier lieu par le fait que les individus ayant un faible niveau de revenu peuvent plus difficilement accéder à des soins dont les dépassements d'honoraires sont élevés, ou les substituent par des soins sans restes à charge en privilégiant le recours à des médecins sans dépassements d'honoraires. De plus, les bénéficiaires de la CMU-C, situés dans les catégories les plus basses de revenu, ne supportent en principe pas de dépassements d'honoraires et le prix de leurs lunettes et prothèses dentaires est encadré par des grilles tarifaires.

La simple comparaison des moyennes ne permet pas de statuer sur le caractère inéquitable des restes à charge. Le caractère progressif ou non des restes à charge est mesuré à partir de l'indice de Kakwani. Cet

indicateur, très utilisé en sciences sociales pour mesurer les effets redistributifs d'une intervention publique, est négatif si l'effort financier est plus élevé pour les bas revenus, nul s'il est identique quel que soit le niveau de revenu, et positif s'il est plus élevé pour les hauts revenus. Cet indice présente l'avantage d'être décomposable selon différents types de restes à charge et donc de fournir la contribution de chacun d'eux à l'inégalité totale. Les valeurs de l'indice de Kakwani pour chaque type de reste à charge ambulatoire ou hospitalier et leur contribution sont présentées dans le tableau 2. Il apparaît que les inégalités en termes d'effort financier sont majoritairement occasionnées par la distribution des tickets modérateurs pour les soins hospitaliers (Kakwani de 0,42, soit une contribution aux

tableau 2

Indices d'inégalités sociales de restes à charge en ambulatoire et à l'hôpital en MCO et décomposition par type de restes à charge

	Indice de Kakwani et contribution aux inégalités	Significativité (p-value)	Intervalle de confiance*	
Restes à charge ambulatoires				
Niveau de l'indice	-0,21	0	-0,23	-0,198
Tickets modérateurs				
Niveau de l'indice	-0,28	0,000	-0,30	-0,27
Contribution aux inégalités	0,65	0,000	0,62	0,68
Dépassements d'honoraires				
Niveau de l'indice	-0,14	0,000	-0,16	-0,11
Contribution aux inégalités	0,28	0,000	0,24	0,32
Participations forfaitaires et franchises				
Niveau de l'indice	-0,25	0,000	-0,27	-0,23
Contribution aux inégalités	0,07	0,000	0,06	0,07
Restes à charge hospitaliers (MCO)				
Niveau de l'indice	-0,32	0,000	-0,38	-0,27
Forfaits hospitaliers				
Niveau de l'indice	-0,41	0,000	-0,45	-0,36
Contribution aux inégalités	0,40	0,000	0,34	0,47
Tickets modérateurs				
Niveau de l'indice	-0,42	0,000	-0,52	-0,32
Contribution aux inégalités	0,54	0,000	0,46	0,62
Dépassements d'honoraires				
Niveau de l'indice	-0,03	0,216	-0,11	0,05
Contribution aux inégalités	0,02	0,215	-0,03	0,08
Participation forfaitaire de 18 euros				
Niveau de l'indice	-0,29	0,000	-0,33	-0,25
Contribution aux inégalités	0,03	0,000	0,03	0,04

Lecture : en ambulatoire, l'indice de progressivité lié aux tickets modérateurs est de -0,28, sa contribution aux inégalités sociales des restes à charge ambulatoires totaux (-0,21) est de 0,65, autrement dit 65 %.

* Les intervalles de confiance des indices et de leur contribution sont estimés par *bootstrap*, le nombre de tirages effectués pour mettre en œuvre cette méthode étant à chaque fois de 500.

Source : appariements ESPS 2010-DCIR et ESPS 2010-PMSI.

inégalités de 54 %) comme pour les soins ambulatoires (Kakwani de $-0,28$, soit une contribution de 65 %). Pour les soins hospitaliers, le forfait journalier est également très régressif et joue un rôle important (Kakwani de $-0,28$, soit une contribution de 40 %). Le rôle joué par les dépassements d'honoraires en ville est beaucoup plus modeste et il est pratiquement nul à l'hôpital. Les franchises médicales en ambulatoire contribuent également assez peu aux inégalités, leur montant étant faible au regard des autres participations financières.

Les limites d'une réponse par le système d'assurance maladie complémentaire

Les travaux qui viennent d'être exposés confirment l'existence de problèmes d'équité selon la santé et selon le revenu, tout en apportant des précisions sur les catégories de soins, les types de participations et les caractéristiques de la population concernée. Le ticket modérateur, le forfait hospitalier et les dépassements d'honoraires contribuent tous à l'iniquité des restes à charge, mais de manière différenciée par rapport à l'âge et à l'état de santé ou par rapport au revenu.

Le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier contribuent clairement aux inégalités selon le revenu. Ils jouent également un rôle significatif dans la formation de restes à charge élevés et dans leur inégale répartition selon l'âge et la santé, pour une partie de la population concernée, celle du groupe 1 (restes à charge élevés en ville) et du groupe 2 (restes à charge élevés à l'hôpital public). Pour les restes à charge hospitaliers, ce constat est à mettre en parallèle avec ceux présentés dans le rapport 2013 du Hcaam, mettant en évidence le poids prépondérant des tickets modérateurs dans les restes à charge élevés dans le secteur public hospitalier [45]. Le caractère particulièrement inéquitable des restes à charge hospitaliers mérite d'être souligné. En effet, le recours à ce type de soins pouvant être considéré comme crucial et inévitable, la participation financière ne peut pas se justifier par une logique de régulation de la demande de soins par le partage des coûts. Or ces restes à charge concernent plus souvent les seniors et les individus à bas revenus. Ce caractère inéquitable est renforcé par le fait que, dans les établissements publics et privés à but non lucratif, les tickets modérateurs restent basés sur les tarifs journaliers de prestation (TJP), qui sont fixés au niveau des établissements – induisant d'importants écarts de tickets modérateurs selon les établissements pour des séjours similaires – alors que la réforme de la tarification à l'activité de 2004 avait prévu que soient considérés des tarifs par groupe homogène de séjour (GHS) fixés au niveau national.

Les dépassements d'honoraires contribuent quant à eux aux restes à charge élevés dans trois des quatre profils mis en évidence. Ce constat rejoint les chiffres présentés dans le rapport 2013 du Hcaam faisant apparaître un poids des dépassements d'honoraires plus important parmi les 10 % d'individus ayant les restes à charge plus

élevés. En revanche, ils influencent peu les inégalités selon le revenu. Ce résultat peut être lié comme on l'a vu à un recours plus important à des soins sans dépassements de la part des populations précaires. Mais il peut également être la conséquence d'un renoncement plus important à des soins pour lesquels la liberté tarifaire est fréquente et peut donc traduire un phénomène nettement moins positif. Ce résultat pose la question de l'accès à certains soins dont le coût excède le tarif conventionnel. Il peut enfin traduire le fait qu'à certains égards la régulation des tarifs limite les inégalités, comme c'est le cas avec la CMU-C. L'interprétation de ce résultat ne saurait donc être univoque.

Les inégalités de restes à charge entraînent des inégalités de même nature en termes de cotisations de contrat de couverture complémentaire santé, et en termes d'inégalités de remboursements. Les évolutions législatives récentes ont consisté à renforcer la régulation de la complémentaire santé plutôt qu'à modifier les remboursements du régime obligatoire. La législation sur les contrats responsables, qui étend l'obligation de couvrir les tickets modérateurs sur les soins de ville et les soins hospitaliers et qui stipule que le forfait journalier hospitalier doit être remboursé sans limitation de durée, constitue un exemple important qui fait écho à nos résultats. L'extension du cahier des charges des contrats responsables permet, par le biais des couvertures complémentaires santé, de couvrir intégralement deux types de restes à charge qui sont sources de fortes inégalités en termes de charge financière. D'autre part, depuis 2016 la couverture collective a été généralisée à l'ensemble des salariés, leur permettant de bénéficier d'un financement d'au moins 50 % de la prime par l'employeur. Enfin, une réflexion sur les modalités de mise en œuvre d'un reste à charge zéro en optique a été engagée.

Les mesures déjà mises en œuvre ne paraissent pas permettre de répondre pleinement aux problèmes d'équité que nous avons exposés, d'abord parce qu'il subsiste une fraction de la population qui ne bénéficie pas de complémentaire santé et reste donc exposée à l'intégralité des restes à charge laissés par l'assurance maladie obligatoire. Cette population se caractérise par des niveaux de ressources plus faibles que le reste de la population [19]. Par ailleurs, éloignées du marché du travail, les populations âgées et celles à faible revenu bénéficient assez peu de la généralisation de la complémentaire d'entreprise à l'œuvre depuis le 1^{er} janvier 2016 [55]. De plus, la mutualisation sur les contrats d'assurance complémentaire reste imparfaite, les cotisations sont donc indirectement liées au risque de restes à charge élevés, notamment dans le cas de couvertures individuelles dont les tarifs dépendent de l'âge [59]. À cet égard, la loi de financement de la Sécurité sociale 2016 (LFSS) avait prévu une labellisation des contrats seniors, les contrats labellisés devant respecter des critères de garantie et de prix, labellisation qui n'a finalement pas été instaurée. 🏠



Les différences de reste à charge entre régimes légaux

Romain Marié

Maître de conférences en droit privé, université de Lorraine, membre de l'équipe de recherches Droit et changement social (UMR CNRS 6297), université de Nantes

L'assurance maladie obligatoire prend en charge les dépenses de santé dans la double limite des tarifs de responsabilité, fixés dans les conventions de santé, du ticket modérateur et des autres dispositifs de déremboursement instaurés. Au ticket modérateur créé par la loi du 8 mars 1928, et qui avait initialement pour objectif de responsabiliser les assurés sociaux puis, implicitement, de laisser, à partir de 1945, un champ d'intervention résiduel aux mutuelles, qui constituaient les chevilles ouvrières des assurances sociales issues de la loi 1930, sont venus s'ajouter en 1983 le forfait journalier hospitalier, en 2005 les participations forfaitaires, en 2006 la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes lourds, et en 2008 les franchises médicales. Parallèlement, les tarifs pratiqués par certains professionnels de santé, tels que les médecins en secteur à honoraires différents, se sont progressivement éloignés des tarifs de responsabilité. Un constat analogue peut être fait pour les dispositifs médicaux (optique, prothèses auditives), dont les prix de vente sont aujourd'hui totalement déconnectés des bases de remboursement. En dépit de la diversité des régimes juridiques qui inviterait à en parler au pluriel, ce sont toutes ces dépenses non couvertes par l'assurance maladie obligatoire et/ou par l'assurance maladie complémentaire qui sont regroupées sous le terme générique et unique de reste à charge.

Le reste à charge individuel

Le reste à charge individuel moyen était, en 2010, de 498 euros, dont 456 euros pour les soins de ville. Il peut cependant être très variable d'une population à l'autre. Il atteignait par exemple près de 900 euros pour les personnes âgées de plus de 75 ans et environ 800 euros pour celles ayant entre 66 et 75 ans, allant même jusqu'à 5 000 euros pour 1 % des assurés sociaux ! L'incidence du reste à charge sur l'accès aux soins est en partie atténuée par des exonérations portant sur le ticket modérateur, au nombre d'une quarantaine, qui sont liées d'une part à la nature des actes et prestations dispensés et d'autre part à la personne de l'assuré social, notamment lorsqu'elle est enceinte, victime d'une affection de longue durée (ALD), d'un accident du travail, d'une maladie professionnelle ou en situation de précarité. Les participations forfaitaires, les franchises médicales voire les dépassements d'honoraires peuvent également être inopposables à certaines catégories de personnes tels que les titulaires de la CMU-C, de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), et à un degré moindre les mineurs, les femmes enceintes.

Le reste à charge collectif

Sur une consommation de biens et de services médicaux de 194,6 milliards d'euros en 2015, la part supportée par l'assurance maladie obligatoire a atteint 149,5 milliards d'euros, soit 76,8 %. Au cours des quinze dernières années, sa participation au financement des dépenses de santé s'est maintenue entre 76 et 77 %. Cette stabilité apparente cache toutefois des niveaux de remboursement très différents entre les personnes intégralement couvertes, dans la limite des tarifs de responsabilité, au titre des ALD (prise en charge supérieure à 80 %) ou des soins hospitaliers (prise en charge supérieure à 90 %) et les autres assurés sociaux, pour lesquels l'intervention de l'assurance maladie obligatoire semble marquer le pas voire reculer. Le taux de remboursement des soins courants (hors ALD et hospitalisation) est aujourd'hui estimé à un peu moins de 50 %. Ce désengagement de l'assurance maladie obligatoire peut se traduire par un renoncement aux soins ou aux actions de prévention. Ces diverses approches ne tiennent en revanche pas compte des disparités, non renseignées statistiquement, qui sont liées au régime auquel sont affiliés les intéressés.

Une pluralité de régimes

Bien que les processus à l'œuvre soient à l'uniformisation des règles de prise en charge entre le régime général et les régimes avec lesquels il coexiste, essentiellement le régime agricole (5,4 millions d'assurés) depuis le vote de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, qui a programmé la disparition progressive du régime social des indépendants (RSI, 4,6 millions d'assurés), peuvent perdurer ici et là quelques spécificités particulièrement au sein des régimes spéciaux, qui représentent un total d'environ 1,5 million de ressortissants répartis au sein des régimes de la RATP (107 098 assurés), de la SNCF (576 056 assurés), des mines (136 860 assurés), des clercs et employés de notaires (166 629 assurés), des industries électriques et gazières (526 000 assurés). À cette population soumise à un régime dérogatoire vient s'ajouter celle relevant du régime local du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle (2,1 millions d'assurés).

Des tarifs de responsabilité uniformes

Concernant les risques maladie et maternité, les tarifs de responsabilité fixés dans les différentes conventions de santé ainsi que la participation laissée à la charge de l'assuré social (ticket modérateur, forfait hospitalier, franchises médicales, participations forfaitaires) sont identiques entre le régime général et le régime agricole. Il en est de même pour les travailleurs indépendants qui seront à compter du 1^{er} janvier 2018 progressivement

affiliés au régime général et ne relèveront plus d'un régime autonome. Les régimes spéciaux qui gèrent encore directement le risque maladie prévoient généralement que les prestations en nature auxquelles leurs ressortissants ont droit sont celles du régime général, liquidées en référence au Code de la Sécurité sociale. Ainsi, s'il existe des différences de reste à charge entre régimes, elles ne sont pas le fruit des tarifs de responsabilité pratiqués mais des niveaux de remboursement garantis.

Un reste à charge parfois plus lourd

Les travailleurs indépendants victimes d'un accident ou d'une maladie survenus à l'occasion de l'exercice de leur activité professionnelle sont soumis aux tickets modérateurs de droit commun, alors que dans tous les autres régimes la couverture est portée, y compris dans le régime agricole, à 100 % des tarifs de responsabilité. Ont également à supporter un reste à charge plus lourd les membres des congrégations et des collectivités religieuses affiliés au régime des cultes, qui peuvent se voir appliquer, à leur demande, un dispositif dérogatoire comportant des cotisations (61 % des cotisations de droit commun) et des prestations réduites.

Les régimes spéciaux

Les régimes des mines, de la SNCF ou de la RATP assurent règlementairement une couverture à 100 % des dépenses de santé dans la limite des tarifs de responsabilité. Cette absence de ticket modérateur suppose néanmoins que ces prestations soient réalisées par les services médicaux propres à ces régimes ou par des praticiens agréés. Les régimes spéciaux qui ne s'appuient pas sur une organisation médicale propre assurent le service des prestations en nature, maladie et maternité, dans les mêmes conditions que le régime général. Un ticket modérateur spécifique est ensuite arrêté, à l'image du régime des clercs ou employés de notaires, qui en général le réduit sans toutefois le

supprimer totalement. Si le régime des industries électriques et gazières s'inscrit dans la même perspective, les mécanismes utilisés pour améliorer le niveau de protection de ses ressortissants sont quelque peu différents. Au régime général, auquel il faut se référer pour liquider les prestations en nature, vient s'ajouter un régime complémentaire obligatoire, cofinancé par l'employeur et les salariés, qui offre des prestations supplémentaires. La prise en charge est alors portée à 100 % des tarifs de responsabilité, voire au-delà pour les biens médicaux dont les prix ne sont plus en rapport avec les bases de remboursement (les appareils correcteurs de surdité sont par exemple financés jusqu'à 590 % des tarifs du régime général).

Le régime local du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle

Ce régime garantit des remboursements à hauteur de 90 ou 100 % (frais d'hospitalisation) des tarifs opposables. La part imputable au régime local est déterminée en retranchant de ce taux global de 90 ou 100 % la participation du régime général, qui oscille suivant la nature de la prestation. L'intervention du régime local varie donc en fonction des évolutions à l'œuvre dans le régime général. Le principe d'un ticket modérateur résiduel de 10 % est néanmoins assorti de deux exceptions : alors que les médicaments remboursés à 15 % par le régime général ne le sont plus par le régime local, ceux à 30 % ne le sont désormais qu'à 80 %. Si le régime local couvre également la participation forfaitaire de 18 euros pesant sur les actes médicaux coûteux, tel n'est par contre pas le cas de la participation forfaitaire de 1 euro, des franchises médicales et des dépassements d'honoraires. Il ne finance en outre que très marginalement les dépenses engagées en matière dentaire, d'optique, de prothèses auditives ou d'autres dispositifs médicaux, l'assiette retenue étant celle des tarifs opposables du régime général. 🏠

Dépassements d'honoraires médicaux, restes à charge... et accès aux soins

Depuis le début des années 1980, la possibilité a été ouverte à certains médecins, en très grande majorité des médecins spécialistes, d'exercer à tarif libre : ce que ces médecins facturent au-dessus du tarif de la Sécurité sociale est appelé « dépassements d'honoraires », montant qui n'est régulé que par la notion de « tact et de mesure » dont on n'a jamais réussi à obtenir une définition claire en termes quantitatifs et qui est donc laissée à l'appréciation du praticien. Les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés

par l'assurance maladie obligatoire et constituent des restes à charge plus ou moins importants pour l'usager en fonction de ce que sa couverture complémentaire santé en rembourse. Globalement, sur la vingtaine de milliards d'euros d'honoraires que les médecins généralistes (8,8 milliards) et spécialistes (11,5 milliards) ont facturé en 2016, les dépassements d'honoraires ont représenté près de 3 milliards d'euros (à 90 % du fait des spécialistes), dont on peut estimer qu'en moyenne les deux tiers pèsent directement sur le budget des

Gérard Raymond
Vice-président de
France Assos Santé
Marc Paris
Directeur de la
communication de
France Assos Santé



Reste à charge et santé

ménages après intervention des organismes d'assurance complémentaire. Mais, derrière cette présentation générale, se cachent d'importantes disparités dans la façon dont les usagers sont confrontés aux dépassements d'honoraires médicaux et aux restes à charge qu'ils peuvent entraîner, au point de constituer un véritable obstacle à l'accès aux soins dans des cas de plus en plus fréquents.

Les disparités géographiques

La concentration en médecins spécialistes autorisés à facturer des dépassements d'honoraires, c'est-à-dire exerçant en secteur 2 ou en secteur 1 ayant signé avec l'assurance maladie l'« option pratiques tarifaires maîtrisées » (Optam), est historiquement beaucoup plus importante dans certains territoires et en particulier dans les zones où les habitants sont les plus aisés de Paris et de l'Île-de-France, de Lyon et du département du Rhône, de la Haute-Savoie ainsi que sur la Côte d'Azur, autour de Nice notamment. On pourrait donc être tenté de penser que, pour les usagers qui n'habitent pas dans ces territoires, les dépassements constituent un

problème moins important, mais ce serait sans compter avec l'impact que peut avoir la démographie médicale sur la problématique des dépassements. En effet, ces territoires où il y a le plus de médecins spécialistes facturant des dépassements sont aussi ceux où il y a la plus forte densité médicale, il y reste donc souvent possible, pour l'usager qui sait comment et où chercher, de trouver un médecin exerçant en secteur 1 sans dépassements d'honoraires. À l'inverse, dans des territoires où on manque de médecins, en particulier dans certaines spécialités, il est plus difficile voire impossible pour l'usager d'avoir cette démarche de rechercher ceux qui continuent à exercer en secteur 1 puisqu'ils n'ont dans ce cas souvent pas le choix du spécialiste auquel ils peuvent recourir. Et ce cas de figure tend à se généraliser dans tous les territoires quand on sait que 61 % des nouvelles installations sont intervenues en secteur 2 en 2015.

Les disparités liées à la spécialité médicale

Si les dépassements d'honoraires sont essentiellement le fait des spécialistes, on note toutefois d'importantes

Migrants et étrangers : des restes à charge spécifiques

La réglementation en matière de protection sociale des étrangers impose de distinguer quatre cas de figure¹ :

1. les étrangers vivant en France en situation régulière (au sens nouveau de l'arrêté ministériel du 10 mai 2017) relèvent du système d'assurance maladie (avec éventuellement le bénéfice de la CMU-C donnant droit à une dispense d'avance de frais, ou une aide à la complémentaire santé) tout comme les Français ;

2. les étrangers vivant en France en séjour irrégulier et démunis financièrement relèvent du système « extra-Sécurité sociale » de l'aide médicale de l'État (AME), avec dispense d'avance de frais ;

3. et 4. les étrangers vivant en France en séjour irrégulier et avec quelques ressources (notamment les travailleurs sans titre de séjour valide), et les étrangers nouvellement arrivés en France sont, sauf exception,

1. La réforme dite de Protection universelle maladie (PUMa) n'a pas impacté cette classification.

exclus de toute protection maladie ; à noter cependant que le dispositif de soins urgents et vitaux (DSUV) permet aux hôpitaux publics d'être remboursés des frais engagés si les personnes ne sont pas sous visa et si elles répondent à la définition des soins prévus² ;

5. ainsi que les cas de non-recours, lorsque la personne ne parvient pas à ouvrir les droits prévus, faute d'information ou faute de parvenir à les faire valoir auprès des caisses, ou faute de délai de rétroactivité suffisant pour couvrir les soins déjà engagés (généralement après un recours aux soins aux urgences ou aux permanences d'accès aux soins de santé (Pass)).

2. C'est-à-dire en cas de risque d'altération grave et durable de leur état de santé (art. L. 254-1 du Code de l'action sociale et des familles), et également si les soins sont destinés à éviter la propagation d'une maladie infectieuse, au cours de la grossesse et en périnatalité, et dans le cadre d'une interruption volontaire ou médicale de grossesse (circulaire ministérielle du 16 mars 2005).

À noter que, dans le cadre des pathologies relevant de la liste des ALD 30, les frais de santé sont intégralement couverts pour tous les bénéficiaires de l'assurance maladie (même en l'absence de couverture complémentaire).

Pour le cas 1, la situation est identique à celle du droit commun. Pour les cas 3 et 4 hors du dispositif de soins urgents et vitaux, et pour le cas 5, le reste à charge est intégral. C'est en matière d'AME que la situation est spécifique.

Les prestations totalement exclues de l'aide médicale d'État (reste à charge de 100 %)

Le panier de soins de l'AME est identique au panier de soins de l'assurance maladie (le forfait journalier est notamment pris en charge), à l'exclusion de quelques prestations :

- les médicaments dont le service médical rendu (SMR) est considéré comme faible ;
- la procréation médicalement assistée (PMA) ;

Didier Maille
Responsable du pôle social et juridique du Comede

Pascal Revault
Médecin, directeur opérationnel du Comité pour la santé des exilés (Comede)

disparités entre spécialités médicales. Les différentes spécialités de chirurgie, la gynécologie obstétrique, l'ophtalmologie ou l'ORL font partie de celles où les dépassements sont les plus fréquents et potentiellement les plus élevés. Là encore, il faut croiser ces données avec celles de la démographie médicale pour mieux appréhender la façon dont la réalité des dépassements d'honoraires s'applique de façon plus ou moins systématique dans le parcours de santé de chacun.

Cela souligne en tout cas à quel point les problématiques de démographie médicale et de dépassements d'honoraires sont liées dans la façon dont elles affectent la possibilité d'un recours aux médecins spécialistes sans reste à charge pour les usagers. D'où le grand intérêt que présentent, du point de vue des usagers, les propositions visant à jouer simultanément sur ces deux tableaux, comme par exemple celle envisageant de ne permettre l'installation d'un médecin pratiquant une spécialité en surnombre dans un territoire que s'il exerce en secteur 1.

Par ailleurs, il est important de souligner que les dépassements ne sont pas l'apanage exclusif des médecins

exerçant en ville ou en clinique, ils sont également pratiqués par certains praticiens hospitaliers (une minorité mais facturant des dépassements plutôt élevés lorsque c'est le cas) autorisés à avoir une activité privée au sein d'établissements publics de santé.

Les disparités dues à la couverture complémentaire dont l'usager dispose

La façon dont les dépassements d'honoraires affectent le reste à charge des usagers dépend aussi, et même avant tout, de la couverture que lui apporte son contrat de complémentaire santé s'il en dispose. C'est un constat que l'on peut faire avec tous les soins occasionnant des restes à charge : lorsque le remboursement d'une dépense de santé est majoritairement confié aux complémentaires, ou même exclusivement comme dans le cas des dépassements d'honoraires médicaux, la situation de l'usager peut varier du tout au tout car les contrats proposent des garanties variables qui dépendent de ce que l'usager est en mesure de payer pour sa complémentaire. Ce sont donc les personnes qui ont le plus de moyens qui sont en général les mieux

- les cures thermales ;
- les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés ;
- les frais de l'examen de prévention bucco-dentaire pour les enfants.

De plus, les bénéficiaires de l'aide médicale d'État n'étant pas des « assurés sociaux », ils sont exclus de prestations connexes mais pourtant importantes en matière d'accès à la prévention et aux soins : pas de carte Vitale ; pas d'accès au « fonds social » des caisses ; pas de tarif de solidarité sur l'énergie (électricité et gaz naturel) ; pas d'examen de santé périodique gratuit de la Sécurité sociale ; pas de financement exceptionnel des prestations hors nomenclature (fibro-test en consultation externe) ; réduction dans les transports (en Île-de-France) limitée à 50 %³ (75 % pour les bénéficiaires de la CMU-C).

3. Le tribunal administratif de Paris a jugé illégale et a annulé (25 janvier 2018) la décision du Syndicat des transports de réduire à 0 % la réduction tarifaire pour les bénéficiaires de l'AME en Île-de-France.

Les prestations moins bien prises en charge par l'AME que par la CMU-C

L'AME couvre à ce jour les frais à 100 % du tarif de la Sécurité sociale (pas de ticket modérateur appliqué ; pas de contribution forfaitaire). La limitation à seulement 100 % du tarif Sécurité sociale signifie que l'aide médicale d'État ne paye aucun dépassement d'honoraires, ni le dépassement du tarif Sécurité sociale. Les lunettes, les prothèses dont les prothèses dentaires, les dispositifs à usage individuel (béquille, fauteuil roulant...) ne sont donc financés que dans la limite du « 100 % ». En théorie, il est donc possible de financer très partiellement ces dispositifs par l'aide médicale d'État, mais, en pratique, les bénéficiaires de l'aide médicale d'État se retrouvent exclus de ces soins.

Enfin, le non-remboursement des médicaments considérés à SMR faible, comme par exemple certains hypnotiques et anxiolytiques, pose des difficultés sur le plan du

traitement de pathologies de santé mentale parfois particulièrement invalidantes et avec un risque de surmortalité significatif (dépression sévère, psychotraumatisme complexe). 🏠



couvertes et par conséquent les moins exposées aux restes à charge liés aux dépassements d'honoraires médicaux.

Il est ici important de pointer le cas des usagers disposant des revenus les plus faibles et qui peuvent de ce fait être couverts par la CMU-C ou par un contrat bénéficiant de l'aide à la complémentaire santé. Les quelque 7 millions d'usagers qui bénéficient de l'une ou l'autre de ces couvertures sont censés être protégés contre les restes à charge liés aux dépassements d'honoraires, que les médecins n'ont alors pas le droit de leur facturer : il leur est imposé d'appliquer les tarifs de la Sécurité sociale à ces usagers. Une disposition en théorie tout à fait vertueuse en termes d'accès aux soins, mais dont on sait les limites : d'une part du fait que de nombreux bénéficiaires ignorent cette disposition et se voient malgré tout facturer des dépassements qui sont alors entièrement à leur charge, d'autre part au regard des différentes enquêtes suggérant un lien évident entre les refus de soins que se voient trop souvent opposer ces bénéficiaires et l'interdiction faite aux médecins de leur facturer des dépassements d'honoraires.

Enfin, en matière de couverture des dépassements d'honoraires par les complémentaires santé, les évolutions des obligations liées aux contrats responsables (soit plus de 90 % des contrats de complémentaire santé souscrits par nos concitoyens) ont complexifié et restreint les conditions de prise en charge des dépassements selon que les médecins les facturants se sont ou pas engagés dans l'option Optam que leur propose leur conventionnement avec l'assurance maladie. Ces

nouvelles dispositions, qui peuvent avoir du sens sur le principe puisqu'elles cherchent à inciter les médecins à modérer leurs dépassements en évitant que les prises en charge trop généreuses par les complémentaires n'aient un effet inflationniste sur le montant des honoraires, sont en général illisibles pour les usagers et se sont surtout souvent traduites par une augmentation de leurs restes à charge, y compris chez ceux ayant une complémentaire haut de gamme. En effet, les médecins de secteur 2 sont une écrasante majorité à ne pas avoir signé l'Optam, ils n'ont donc aucune obligation de contenir le montant de leurs dépassements, alors que les usagers voient eux leur complémentaire contrainte de réduire leurs remboursements. L'équation est vite résolue : ce sont les restes à charge qui augmentent chez les usagers concernés, il aurait en effet fallu imposer l'encadrement des tarifs en même temps que celle des remboursements si on avait voulu réduire efficacement les restes à charge liés aux honoraires médicaux.

Ce regard critique que l'on peut porter, du point de vue des usagers, sur la façon dont les dépassements d'honoraires affectent leurs restes à charge montre bien l'importance essentielle, dans ce domaine comme dans beaucoup d'autres, d'une régulation des pratiques... en l'occurrence tarifaires mais également, on l'a vu, en matière d'installation. L'expression « liberté tarifaire » n'est vécue comme une liberté que par les professionnels concernés ; pour les usagers, cela représente une incontestable contrainte toujours plus complexe à appréhender et représentant un obstacle grandissant pour accéder aux soins. 🏠

Reste à charge et cancer

Emmanuel Jammes
Délégué à la mission
société et politique
de santé de la Ligue
nationale contre le
cancer

Les cancers sont inscrits sur la liste des affections de longue durée exonérantes (ALD), maladies dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ouvrant droit à une prise en charge intégrale des soins.

L'impossible définition du reste à charge

Cependant la notion de « prise en charge intégrale » est trompeuse, tout comme le terme « reste à charge », qui dépend essentiellement de son interprétation. Ainsi, pour l'assurance maladie, le reste à charge se limite à sa nomenclature et à son barème de remboursement, écartant ainsi tout ce sur quoi elle n'intervient pas, comme par exemple les médicaments ou actes non remboursés, les dépassements d'honoraires, mais aussi les participations forfaitaires qui n'entrent pas dans la prise en charge intégrale de l'ALD...

Les personnes malades atteintes de cancer sont ainsi confrontées, dans leur parcours de soins et même longtemps après la fin de leurs traitements, à de multiples dépenses qui, même si elles représentent une faible partie de l'ensemble des coûts liés à leur pathologie, peuvent grever leurs finances, parfois pour longtemps. Certaines personnes atteintes de cancer dénoncent cet état de fait : « *C'est tout simplement inadmissible d'avoir des restes à charge pour des frais liés au cancer. C'est déjà suffisamment éprouvant d'être malade.* »

Les restes à charge participent à la fragilisation financière des personnes malades

Cette situation est d'autant plus difficile à vivre qu'une affection de longue durée se conjugue bien souvent avec un deuxième facteur aggravant, la baisse de revenus. Parmi les salariés ou les travailleurs indépendants confrontés au cancer, peu parviennent à garder le même

niveau de vie. Et pour les personnes déjà financièrement fragiles avant la maladie (familles monoparentales, travailleurs pauvres, etc.), le cancer est bien souvent le point de bascule vers la précarité : « Mes revenus ont diminué. Je fais des restrictions sur tout, même sur l'alimentaire. Les transports sont trop chers. Je crains de ne plus pouvoir régler les soins médicaux non pris en charge. »

Des impacts financiers en cascade

La famille de la personne atteinte de cancer est également souvent mise à contribution, que ce soit pour compenser la baisse de revenu ou pour payer les restes à charge. 56 % des aidants déclarent ainsi apporter un soutien financier à leur proche malade¹.

Les restes à charge souvent inévitables

En 2007, une première étude de la Ligue contre le cancer sur les restes à charge en cancérologie montrait que les personnes malades dépensaient en moyenne 817 euros depuis le début de leur prise en charge.

Depuis, plusieurs études ciblées ont mis en évidence les principaux postes de dépenses qui occasionnent ces restes à charge : dépassements d'honoraires ; soins dits « de confort » pourtant indispensables pour aider à supporter les effets secondaires des traitements et qui ne bénéficient d'aucune prise en charge² ; mais aussi forfaits et franchises, frais de transport, prothèses capillaires, frais dentaires imposés par certains traitements anticancéreux ou consultations psychologiques lorsque les personnes malades qui en ont besoin ne peuvent pas accéder à une consultation hospitalière³. Témoignages : « Quand on me prescrit des vitamines B1-B6 pour améliorer mon taux de plaquettes, ce n'est pas du confort, c'est vital ! » « Pour continuer les soins

liés au cancer, j'ai dû me faire arracher plusieurs dents. Les soins dentaires, y compris la prothèse, ne sont pas pris en charge dans l'ALD. Mon mari a dû faire un crédit pour que je puisse être appareillée. »

Un exemple frappant : le reste à charge pour la reconstruction mammaire

Les femmes qui ont recours à une chirurgie reconstructrice après un cancer du sein déclarent un reste à charge moyen de 1 391 euros⁴, essentiellement du à des dépassements d'honoraires pour l'intervention chirurgicale. Car toutes les femmes n'ont pas accès à un centre de soins qui propose cette reconstruction sans reste à charge, l'offre étant trop faible et inégalement répartie sur le territoire. Ce reste à charge peut être un frein au choix de se faire reconstruire (15 % des cas). Mais, pour la plupart des femmes, la volonté indiscutable de se faire reconstruire est à ce prix, ce qui les conduit à sacrifier des projets de vie, ou pire encore à s'endetter, au risque d'entrer dans une spirale délétère pour elles et leurs familles : « Je viens de verser 800 euros à mon chirurgien pour avoir accès à ce "droit à la reconstruction". Et que dire de l'hypocrisie de nombre de mutuelles qui refusent de considérer tout dépassement d'honoraires. Il n'y a pas assez de place dans le service public [...]. Oui, pour sauver sa peau on peut être obligée de se faire opérer en libéral et ça coûte très cher. Oui, la reconstruction par la méthode de son choix doit être proposée à chaque femme, prise intégralement en charge par la Sécurité sociale et dans des délais normaux. »

Pour pallier ces difficultés, les comités départementaux de la Ligue contre le cancer peuvent aider financièrement les personnes malades et leurs familles, notamment pour limiter l'impact des restes à charge⁵. Maladie sociale tant que physique, le cancer est un révélateur, un amplificateur de toutes les difficultés qui préexistaient avant sa survenue. Les restes à charge contribuent pour une partie importante à ces effets et freinent la réinsertion économique et sociale de la personne malade et de sa famille. 🏠

1. Rapport 2015 de l'Observatoire sociétal des cancers, Les Aidants, les combattants silencieux du cancer, Ligue contre le cancer. 56 % des aidants déclarent que l'aide qu'ils apportent occasionne des dépenses financières. 10 % d'entre eux dépensent plus de 200 euros par mois à cette fin, et cette proportion monte à 23 % lorsque ce sont des conjoints qui vivent sous le même toit.

2. Par exemple les produits dermatologiques qui aident les personnes malades à supporter les brûlures occasionnées par la radiothérapie.

3. La consultation d'un psychologue en ville n'est pas remboursée par l'Assurance maladie.

4. Rapport 2014 de l'Observatoire sociétal des cancers, Cancer du sein, se reconstruire après une mastectomie, Ligue contre le cancer.

5. En 2016, 4 millions d'euros ont permis de soutenir 11 000 familles.



Quelles conséquences ? Quelles prises en charge ?

Les restes à charge peuvent induire des difficultés d'accès aux soins, voire des renoncements pour contraintes financières. Outre sanitaires, les conséquences peuvent être professionnelles et sociales.

Reste à charge et renoncement aux soins pour raisons financières

Aude Lapinte
Chargée d'études à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 53.

En 2016, le reste à charge santé des ménages, c'est-à-dire la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie obligatoire et complémentaire, est évalué à 16,5 milliards d'euros, soit un peu moins de 250 euros par habitant [5]. Il est contrasté, tant en évolution qu'en niveau, selon les différents postes de dépenses. Ainsi, si dans l'ensemble, les ménages supportent, en 2016, 8,3 % de la dépense de santé totale, il reste à leur charge 22,7 % de la dépense dentaire et 21,5 % de celle en optique, deux postes où le reste à charge est particulièrement élevé au regard de la dépense engagée [5]. En guise de comparaison, le reste à charge des soins hospitaliers s'élève à 2,3 % et celui des médicaments à 17,1 %. Si ce reste à charge est croissant avec le niveau de vie, il pèse davantage sur les revenus des ménages modestes. En 2012, le reste à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire représente 2,1 % du revenu disponible des ménages du premier décile, contre 0,6 % pour ceux du dixième décile de niveau de vie¹.

1. Sous-indicateur n° 1-2-2 : taux d'effort des ménages pour leurs dépenses de santé après remboursements des organismes de couverture maladie complémentaire du programme de qualité et d'efficience « maladie », annexe 1 au PLFSS 2018.

L'exposition à des restes à charge élevés, en particulier pour les plus modestes, peut avoir un effet sur l'accès aux soins. Mais l'accessibilité financière des soins doit aussi intégrer la mesure du renoncement aux soins pour raisons financières. Il s'agit alors d'évaluer la part des personnes qui ont dû renoncer à se faire soigner parce que la contrainte financière était trop forte.

Le motif financier : cause importante de renoncement aux soins

Les motifs de renoncement aux soins sont de nature multiple. Ils peuvent être financiers, mais aussi géographiques (l'offre de soin se trouve trop loin), en raison de délais d'attente trop longs², par crainte d'aller chez le médecin ou encore parce que la personne préfère attendre que les choses s'arrangent d'elles-mêmes. Dans les enquêtes, toutes ces raisons ne sont pas toujours évoquées et il n'est pas toujours aisé d'identifier le principal motif du renoncement pour la personne inter-

2. Ces deux motifs viennent compléter dans l'Enquête santé et protection sociale ESPS-EHIS la question du renoncement pour raison financière. Dans l'enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (dispositif SRCV) s'ajoutent aussi les raisons suivantes : manque de temps, crainte d'aller chez le médecin, méconnaissance d'un bon médecin, attente d'une amélioration.

rogée, différentes dimensions étant parfois imbriquées les unes dans les autres.

L'obstacle financier apparaît cependant comme le motif le plus fréquemment avancé pour expliquer un renoncement au soin : en 2007, 32,2 % des personnes de 16 ans et plus ayant renoncé à des soins médicaux au cours des douze derniers mois l'ont fait principalement pour un motif financier, contre 20,1 % par manque de temps (deuxième raison principale évoquée) [12]. À titre de comparaison, des délais d'attente trop longs ne sont évoqués, comme raison principale de renoncement aux soins médicaux, que par 3,6 % des personnes, et l'éloignement géographique ou les conditions de transport par 0,3 % des personnes.

Les raisons financières qui conduisent à renoncer à se faire soigner recouvrent plusieurs paramètres, liés entre eux : le prix du soin, sa prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, le niveau de couverture complémentaire de l'assuré, sa capacité à pouvoir avancer les frais, le revenu disponible et les autres dépenses (non médicales) incompressibles du ménage, ou encore à des variables socioéconomiques de long terme, telles que les périodes d'inactivité ou d'isolement passées, et ses craintes pour l'avenir [23, 26].

Un concept difficile à mesurer

Boltanski [7] montre ainsi comment l'identification d'un besoin de soins, en particulier dans le cas de maladies fonctionnelles non décelables à l'œil nu, varie en fonction de l'attention que l'individu porte à ses sensations et de l'aptitude à les identifier le cas échéant comme des symptômes de maladie. Cette aptitude dépend de caractéristiques individuelles difficilement mesurables, telles que les connaissances médicales, ou encore d'attentes plus ou moins fortes à l'égard du système de soin.

Le renoncement aux soins pour raisons financières mesure donc un décalage entre l'identification de soins jugés – en partie de façon subjective – comme néces-

saires par la personne interrogée et sa capacité financière à pouvoir y répondre.

Par ailleurs, estimer le renoncement aux soins est délicat dans la mesure où les réponses apportées par les personnes interrogées sont particulièrement sensibles à la formulation et à l'enchaînement des questions, comme l'ont montré certaines études méthodologiques sur le sujet [60].

Une personne sur quatre concernée par le renoncement à au moins un soin pour raison financière sur les douze derniers mois

Selon l'enquête ESPS-EHIS³, en 2014, un quart de la population âgée de 18 à 64 ans⁴ déclare avoir renoncé, pour raisons financières, à au moins un soin (en dentaire, optique, médecin et/ou un autre soin) au cours des douze derniers mois⁵ (tableau 1). Les postes les plus concernés par le renoncement restent ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est élevé : 17 % des personnes âgées entre 18 et 64 ans déclarent avoir renoncé à un soin dentaire (dans 6 cas sur 10, il s'agit d'un soin prothétique, c'est-à-dire d'une couronne, d'un bridge ou un d'implant dentaire) et 10 % à une paire de lunettes ou des lentilles. Sur les seules consultations médicales, le taux de renoncement pour raisons financières s'élève à 6 %. Cette hiérarchisation des renoncements selon le type de soin reste la même quel que soit le type de couverture santé des personnes interrogées.

3. Enquête santé et protection sociale (ESPS), support de l'Enquête santé européenne (EHIS).

4. On considère seulement les 18-64 ans pour être sur un champ d'âge comparable entre les bénéficiaires de la CMU-C et les autres.

5. Selon les enquêtes, les questions pour appréhender le renoncement ne sont pas formulées exactement de la même façon, ce qui induit une forte variabilité dans les réponses, mais, dans tous les cas, on considère comme « renoncateur » une personne qui déclare avoir renoncé « à au moins un examen ou traitement médical » (versus soin dentaire) au cours des douze derniers mois précédents l'enquête. Une personne qui a renoncé peut donc l'avoir fait à d'autres occasions dans l'année écoulée

tableau 1

Taux de renoncement aux soins pour raisons financières selon le type de soin et le type de couverture santé chez les 18-64 ans en 2014 (en %)

	Ensemble des soins	Soin dentaire	Soin d'optique	Consultation médicale	Autres soins ou examens
Ensemble de la population des 18-64 ans	26,3	17,3	10,3	6,2	5,0
Des bénéficiaires de la CMU-C	32,9	21,5	15,7	6,8	7,0
Des bénéficiaires d'une complémentaire privée	24,2	15,6	9,1	5,3	4,3
Des personnes sans complémentaire	55,0	41,3	24,4	21,3	16,2

Champ : population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans.

Lecture : 24,2 % des bénéficiaires d'une couverture privée et 32,9 % des bénéficiaires de la CMU-C déclarent avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières au cours des douze derniers mois en 2014.

Source : Drees-Irdes, ESPS-EHIS 2014, calculs Drees.



Le fait d'être couvert par une assurance maladie complémentaire diminue le renoncement aux soins...

En 2014, sur le champ des adultes âgés de moins de 65 ans⁶, un peu moins d'un quart des individus protégés par une couverture complémentaire privée a déclaré un renoncement, contre plus d'une personne sans complémentaire sur deux. L'écart des taux de renoncement aux soins pour raisons financières entre les personnes sans complémentaire et les bénéficiaires d'une couverture privée s'élève à plus de 30 points. Il est le plus élevé pour le renoncement aux soins dentaires.

Després *et al.* [24] affinent ce résultat en introduisant la qualité des couvertures complémentaires, estimée à partir de la satisfaction des personnes en bénéficiant et du niveau de la prime. Leurs résultats indiquent que le taux de renoncement est négativement corrélé à la satisfaction à l'égard de sa complémentaire santé. Tous soins confondus, les personnes qui ont choisi de ne pas avoir de complémentaire santé sont, « toutes choses égales par ailleurs », moins concernées par le renoncement pour raisons financières que les personnes couvertes par une couverture santé de mauvaise ou même de moyenne qualité. Et parmi les personnes qui ne bénéficient pas d'une complémentaire santé, ceux qui déclarent ne pas avoir de complémentaire car ils n'en ont pas les moyens renoncent trois fois plus à au moins un soin que ceux qui déclarent ne pas avoir de complémentaire par choix.

... tout comme bénéficiaire de la CMU-C

L'écart des taux de renoncement aux soins pour raisons financières entre les bénéficiaires de la CMU-C et les bénéficiaires d'une couverture privée s'établit à environ 9 points en 2014, sur la population des adultes âgés de moins de 65 ans. Ainsi, un tiers de personnes bénéficiaire de la CMU-C déclarent avoir renoncé à au moins un soin, au cours des douze derniers mois.

Une partie de l'écart entre le renoncement des bénéficiaires de la CMU-C et des assurés de complémentaires privées s'explique par les caractéristiques socioéconomiques spécifiques des premiers : des revenus plus faibles, des situations de chômage plus fréquentes, une part plus importante d'ouvriers et employés, et une surreprésentation des familles monoparentales ainsi qu'un état de santé globalement plus dégradé. Les études économétriques menées par Jess [50] et Després [24] ont ainsi montré que, « toutes choses observables égales par ailleurs », la CMU-C protège contre le renoncement aux soins pour raisons financières autant qu'une bonne couverture complémentaire. La CMU-C joue ainsi un rôle important dans l'accessibilité financière des soins, tout comme une couverture complémentaire traditionnelle, même si elle ne suffit pas à gommer toutes les inégalités socioéconomiques de ses bénéficiaires.

6. On se limite au moins de 65 ans pour être sur un champ, en terme d'âge, comparable avec les bénéficiaires de la CMU-C.

Les plus modestes et les personnes en mauvaise santé particulièrement concernées

La question du renoncement aux soins pour raisons financières est un marqueur social fort. Ainsi, tandis que dans le cinquième quintile de niveau de vie (selon l'indice OCDE), c'est-à-dire les 20 % de personnes les plus aisées, une personne sur huit⁷ déclare avoir renoncé sur les douze derniers mois à au moins un soin pour raisons financières ; cela concerne plus d'une personne sur trois dans le premier quintile (les 20 % des personnes avec le niveau de vie le plus bas)⁸.

Outre le niveau de vie et le type de couverture, le taux de renoncement est également déterminé par l'état de santé : à âge égal, plus l'état de santé perçu par la personne elle-même est dégradé, plus le renoncement aux soins est important. Une personne qui s'estime en mauvaise santé se trouve plus souvent en situation de besoin de soin ou traitement médical. De façon mécanique, les choix à faire en matière de santé sont plus nombreux et donc les occasions de renoncer plus fréquentes. Il est donc tout à fait possible que les personnes qui renoncent au moins une fois sur les douze mois qui précèdent l'enquête aient, par ailleurs, un recours au soin plus élevé que la moyenne.

Parmi les personnes déclarant avoir renoncé à des soins, 13 % estiment être en mauvaise ou très mauvaise santé, contre 8 % dans l'ensemble de la population. Ce chiffre atteint 22 % parmi les bénéficiaires de la CMU-C ayant renoncé à des soins.

Les différentes études sur le sujet montrent également que les femmes déclarent davantage renoncer à des soins pour raisons financières que les hommes, que ce soit pour des soins médicaux ou des soins dentaires. Cet écart persiste aux différents âges bien qu'il n'y ait, en matière de soins dentaires et optiques, pas de différences physiologiques qui pourraient expliquer un besoin plus fort pour les femmes. Une explication à cela tient plutôt à ce que les femmes auraient tendance à s'estimer en plus mauvaise santé que les hommes et qu'elles ont des attentes différentes des hommes en matière de santé [26].

Les personnes les plus modestes cumulent les facteurs de renoncement aux soins pour raisons financières : elles ont à la fois une santé plus dégradée et une moins bonne couverture santé. En 2014, 12 %⁹ des personnes du premier quintile de niveau de vie n'ont pas de complémentaire santé et ne bénéficient pas de la CMU-C, contre 2 % à partir du quatrième quintile [74].

Le taux de renoncement à au moins un examen ou traitement médical a augmenté depuis 2007

Contrairement à l'enquête ESPS-EHIS, qui ne permet pas de comparaison dans le temps avec les années

7. Sur l'ensemble de la population des 18 ans et plus chiffres EHIS-ESPS.

8. D'après EHIS-ESPS 2014.

9. Chiffres ESPS-EHIS 2014, ensemble des 18 ans et plus, parmi les personnes qui ont renseigné le quintile de niveau de vie.

précédant 2012¹⁰, l'enquête SILC-SRCV¹¹ permet de suivre l'évolution de la notion de « besoins de soins non satisfaits » (*unmet needs*) jusqu'en 2014 (2015 correspondant, là aussi, à une rupture de série). Sur la période 2007-2014, la part des personnes confrontées à des besoins de soins médicaux non satisfaits pour raisons financières augmente à raison de 0,1 à 0,4 point par an, passant ainsi de 1,2 % en 2007 à 2,3 %¹² en 2014 (figure 1).

Le faible niveau de ces chiffres issus de SILC-SRCV par rapport à ceux issus d'ESPS-EHIS souligne la difficulté de saisir précisément un taux de renoncement : de ce fait, plus qu'en niveau, la mesure du taux de renoncement doit plutôt se regarder en évolution dans le temps et en comparaison des populations entre elles [60]. C'est sur ce principe qu'a été établi l'indicateur de suivi du renoncement au soin dans le volet « maladie et santé publique » des programmes de qualité et d'efficacité (PQE) du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) : l'indicateur évalue l'évolution de l'écart du taux de renoncement au soin pour raisons financières

10. En effet, les questions sur le renoncement aux soins pour raisons financières ont été reformulées de façon plus précise à compter de la vague 2012 de l'enquête ESPS-EHIS, conduisant à une rupture de série.

11. Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (dispositif SRCV), partie française du système communautaire EU-SILC (European Union-Statistics on Income and Living Conditions).

12. Ces chiffres sont très en dessous de ceux issus de EHIS-ESPS, du fait d'une grande sensibilité de la mesure de l'indicateur à la formulation de la ou des questions. Compte tenu de leur niveau, l'évolution en termes de points est faible, mais sur la période 2007-2014, ce taux double.

entre une population précaire et une population de référence¹³.

La part des personnes déclarant avoir dû renoncer à au moins un examen ou traitement médical pour raisons financières augmente aussi plus fortement que celui de l'ensemble de la population sur la période 2007-2014, conduisant à une hausse des inégalités en termes de renoncement à un examen ou traitement médical. Cet accroissement des inégalités s'observe aussi dans le renoncement aux soins dentaires (figure 1).

Un phénomène persistant

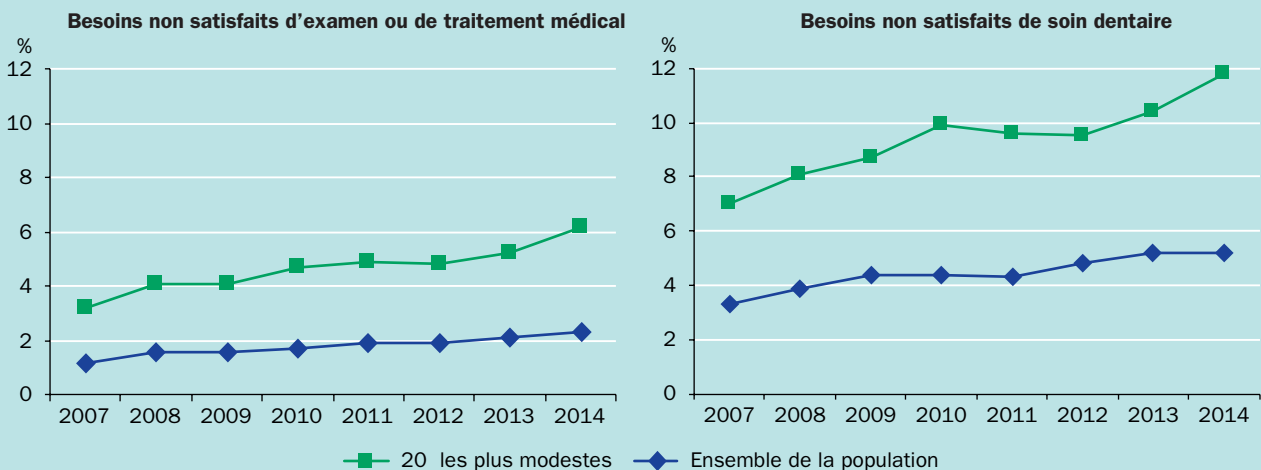
La dimension longitudinale de l'étude statistique sur les ressources et conditions de vie SILC-SRCV permet de rendre compte de la persistance du renoncement : parmi les personnes ayant renoncé à des soins une année¹⁴ pour raisons financières, 29 % déclaraient l'année suivante être à nouveau concernées. La répétition du phénomène deux années de suite est encore plus marquée chez les personnes ayant renoncé pour cette même raison à des soins dentaires une année donnée : la moitié d'entre elles est à nouveau concernée l'année suivante [12]. La persistance dans le temps du phénomène de renoncement aux soins peut s'interpréter comme un report dans le temps et, dans certains cas, comme un réel abandon de certains soins. 🏠

13. Jusqu'au PQE 2016, l'écart du renoncement financier était calculé entre personnes bénéficiaires de la CMU-C et personnes couvertes par une complémentaire privée, et depuis 2017, compte tenu d'un changement de source, l'écart est mesuré entre les personnes du premier quintile de niveau de vie et l'ensemble de la population.

14. La période étudiée est 2004-2007.

figure 1

Besoins non satisfaits pour raisons financières (examen ou traitement médical et soin dentaire) : écart entre les 20 % les plus modestes et l'ensemble de la population de 16 ans ou plus de 2007 à 2014



Champ : France métropolitaine, population âgée de 16 ans ou plus.

Lecture : en 2014, le taux de personnes déclarant avoir dû renoncer pour des raisons financières à un examen ou traitement médical alors qu'elles en avaient besoin s'élevait à 6,2 % chez les 20 % les plus modestes, soit 3,9 points de plus que dans l'ensemble de la population.

Source : SILC-SRCV 2007-2014. Résultats publiés dans PQE 2017.



Reste à charge, accès aux droits en santé et citoyenneté

Antoine Rode

Chercheur à l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore)

Hélène Revil

Chercheuse à l'Odenore, laboratoire PACTE/CNRS, post-doctorante à l'université Grenoble-Alpes, programme de recherche LIFE/IDEX

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 53.

Depuis 2013, les plateformes d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (Pfidass) interviennent sur le renoncement aux soins des assurés du régime général de l'Assurance maladie. Elles reposent sur l'identification puis l'accompagnement des personnes renonçant aux soins, en mobilisant différentes réponses (ouverture de droits, aides financières, orientation dans le système de soins...).

Les baromètres du renoncement aux soins (BRS)¹, qui font partie du dispositif, démontrent que la principale cause du phénomène est financière, en lien notamment avec l'absence de complémentaire santé et/ou les faibles budgets des ménages. Dans le dernier baromètre, pour l'année 2017, parmi les 25 % de personnes déclarant avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des douze derniers mois, 57 % évoquent les restes à charge et 9 % les incertitudes concernant l'ampleur de ces derniers [82]. Un homme de 51 ans, en renoncement à des soins dentaires depuis plusieurs années, décrit ses difficultés financières et le retentissement sur les soins : « Je calcule que je touche 500 euros par mois, j'ai 250 euros de loyer et après vous retirez le reste. Dans le meilleur des cas, il reste 80 euros pour faire le mois. Donc les soins, ce qu'il faut payer de sa poche pour ça, et la mutuelle, on peut pas. » Les renoncements pour cause de restes à charge concernent certes les soins dentaires (prothétiques et conservateurs), mais éga-

1. Les baromètres du renoncement aux soins (BRS) ont été créés en 2014 par la CPAM du Gard et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore). Ils reposent sur un questionnaire permettant de collecter de multiples informations sur le renoncement aux soins. Plus de 100 000 personnes ont été déjà questionnées au travers des campagnes successives des BRS. La connaissance produite est utilisée par les CPAM pour la mise en place des Pfidass. Les données issues des BRS font également l'objet d'analyses secondaires dans le cadre du programme de recherche LIFE de l'initiative d'excellence (Idex) de l'université Grenoble-Alpes. <https://life.univ-grenoble-alpes.fr>

lement d'autres types de soins ou d'actes médicaux, comme l'indique le tableau 1.

Les BRS apportent des informations sur les conséquences des renoncements pour les personnes concernées. Au-delà des effets sur la santé (pour 74 % des répondants du BRS 2017) et des ruptures induites dans les parcours de soins, ils occasionnent des difficultés sur le plan professionnel (24 %), sur la vie sociale (25 %) et/ou familiale (19 %). Les renoncements ont ainsi des coûts sociaux mais également économiques, au niveau plus collectif des dépenses de santé [81].

Des conséquences sur la vie sociale et professionnelle

Les évaluations qui accompagnent le déploiement des Pfidass amènent des éléments qualitatifs à ces données chiffrées. Nous nous appuyons ici sur deux enquêtes : une par entretiens en face à face, menée en 2015 auprès d'assurés de la CPAM du Gard ; une téléphonique, en 2017, auprès de 151 assurés ayant été accompagnés par plusieurs Pfidass et qui visait à mesurer les effets à court terme du passage par le dispositif. Les témoignages des incidences de soins non réalisés, pour cause de restes à charge trop élevés, sont nombreux. Un des éléments de compréhension est que le renoncement est durable pour une partie non négligeable des personnes². L'absence de soins s'ancrant dans la durée concerne en particulier les soins dentaires et optiques. Ce type de renoncement touche en outre à des dimensions esthétiques, « ce qui est visible par autrui ». Il peut, en parallèle, générer une limitation de relations sociales, mais aussi une gêne pour les déplacements ou le travail. Un chauffeur de camions, qui renonce à l'achat de lunettes, souligne lors de l'entretien ses

2. Le renoncement dure depuis plus de deux ans pour plus d'un quart des renonçants interrogés dans le BRS 2017.

Les missions des Pfidass

Mises en place à titre expérimental par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Gard, puis déployées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS) sur l'ensemble du territoire métropolitain, les plateformes d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (Pfidass) repèrent les

personnes renonçant aux soins et leur proposent un plan d'accompagnement individualisé. L'assuré(e) bénéficie d'abord d'un bilan de ses droits santé (ouverture des droits de base, présence d'une complémentaire santé, déclaration d'un médecin traitant...), puis d'un accompagnement par un conseiller dédié qui l'aide dans ses démarches jusqu'à la réalisation

effective de ses soins. Fin 2017, près de 7 000 assurés avaient pu se soigner, suite à leur prise en charge par les CPAM et leurs partenaires, dans le cadre des Pfidass¹. 📍

1. Chiffre issu du séminaire de lancement de la troisième vague de généralisation des Pfidass, 8 mars 2018, régime général de l'Assurance maladie.

tableau 1

Pourcentage de renoncement aux soins pour raisons financières selon le type de soin en 2017

Nature des soins	Pourcentage de personnes ayant renoncé à ce type de soins à cause des restes à charge*
Soins dentaires prothétiques	56,1
Soins dentaires conservateurs	35,8
Optique	26,0
Consultation en ophtalmologie	25,5
Autres consultations spécialisées	23,4
Actes chirurgicaux	7,3
Analyses ou examens médicaux (biologie, radiographie, imagerie)	6,1

* Le total dépasse 100 car les personnes pouvaient déclarer plusieurs renoncements pour cause de restes à charge trop élevés.

Source : BRS 2017.

difficultés pour conduire et « sa peur d'être un danger pour les autres et de perdre son emploi ».

Sur le plan professionnel, les conséquences sont fortes parmi les personnes qui exercent ou qui veulent exercer des métiers de service, en contact avec des clients ou exigeant une « présentation correcte ». Une mauvaise santé dentaire est ressentie comme un handicap professionnel. C'est le cas d'une vendeuse en prêt-à-porter, ou de cette aide ménagère en intérim qui évoque une gêne liée à ses dents devant les nouveaux clients, insistant sur le fait « qu'[elle] ne renvoyai [t] pas une bonne image ». Cela peut être un frein à l'employabilité, comme pour cet homme qui recherche un emploi en hôtellerie et qui « avoue que c'est difficile de [se] présenter ». Il relate son dernier entretien d'embauche : « Quand je suis rentré, j'ai tout de suite vu le regard de la dame, elle a bloqué sur mes dents. Ensuite elle a été honnête, elle m'a dit que j'avais le profil mais que j'avais un problème esthétique. »

Les personnes interrogées font souvent état de comportements de repli : ne pas parler, ni sourire, ou sortir pour éviter de dévoiler des signes de mauvaise santé qui font d'elles des « individus discrédités » [42]. Ces comportements sont exacerbés dans les sphères sociales et familiales. Un homme de 60 ans raconte qu'il refuse de voir ses petits-enfants à cause de ses problèmes d'audition. Il ne souhaite pas que ceux-ci se rendent compte « de [son] handicap ». Un autre explique : « Avec les amis à l'extérieur, ça devenait dur, je commençais à plus sortir, je m'enfermais. Je ne réponds plus à ma famille quand ils m'invitent, à quoi ça sert si je peux pas manger ? Ou alors j'essaie de passer rapidement avant ou après les repas. » Ces comportements provoquent un mal-être clairement exprimé dans les entretiens, permettant de comprendre pourquoi les renoncements sont associés à des dimensions psychologiques comme une faible estime de soi [4]. Ils peuvent en effet contribuer à cette dernière.

L'expression du sentiment « d'être différent » ne concerne pas que l'exposition des effets physiques d'une absence de soins. Quand on interroge les personnes sur les conséquences d'un renoncement causé par un reste à charge

élevé, on perçoit de la frustration liée à la conscience d'une restriction. En l'occurrence, les difficultés à se soigner, les privations en la matière, s'additionnent souvent à d'autres. Une femme retraitée raconte : « Je pouvais un peu assumer certains soins, mais en me privant de manger par exemple. Ou alors je me servais moins de ma voiture. » De ce type de restrictions peut découler une frustration qui n'est pas sans portée sociale et politique.

Des sentiments d'exclusion et d'injustice

Cette frustration laisse transparaître l'érosion voire la rupture du lien de citoyenneté, l'un des quatre types de liens fondamentaux [71], recouvrant le fait qu'un individu est exclu ou a le sentiment de l'être dès lors qu'il ne peut bénéficier de protection et de droits sociaux de manière égale à tout citoyen, dont le droit aux soins. Il est frappant de voir comment, avant d'être en contact avec les Pfidass, les personnes ne se pensaient pas toutes des sujets de droits. Elles notent la « surprise » d'avoir été contactées et aidées. En effet, plusieurs s'estimaient mal informées sur leurs droits, sur le système de santé, et surtout ignorées des systèmes de protection et d'aide sociales. Les mots sont forts sur ce point : « n'avoir droit à rien », « être laissé pour compte » ou « abandonné dans la nature ». Les réactions sont plus vives parmi les personnes se situant au-dessus des seuils de la CMU-C. Ainsi de cette femme aux douleurs de dos non traitées, selon qui, « quand on est dans une période d'entre deux, on a le sentiment de pas être aidée » ou de cette autre femme qui dit se heurter aux coûts des soins depuis qu'elle retravaille : « Je pensais pas avoir de l'aide, quand j'ai perdu la CMU je me suis dit j'ai plus accès, les portes se ferment. »

En tenant ces propos, les personnes comparent fréquemment leur situation à celle de personnes aux ressources plus faibles, mais qui n'auraient, selon elles, pas à renoncer aux soins grâce aux aides. La figure des « profiteurs », de « ceux qui restent assis au soleil à attendre qu'on leur donne je sais pas quoi », est mobilisée pour insister sur une forme d'injustice marquée par une impression d'absence de soutien de la part du système



de protection sociale, auquel les personnes contribuent. Malgré l'existence d'actions, l'Assurance maladie n'est d'ailleurs pas identifiée comme une institution pouvant être sollicitée, comme le démontrent les propos de cette femme renonçant à des lunettes adaptées à sa vue : « La CPAM aide ceux qui ont la CMU oui, mais pas les cas comme moi, de gens qui avaient une mutuelle mais qui ne pouvaient pas avancer les frais. » Renoncer à se soigner à cause de restes à charge élevés nourrit alors un ressentiment observé dans d'autres enquêtes, c'est-à-dire ce « mélange d'envie et de mépris qui joue sur un différentiel de situation sociale et fixe les responsabilités du malheur que l'on subit sur les catégories placées juste au-dessus ou juste au-dessous sur l'échelle sociale » [9].

La relation entre renoncement aux soins, droit aux soins et lien de citoyenneté est également visible une fois l'accompagnement par les Pfidass terminé. Parmi les effets de cet accompagnement, les personnes interrogées mettent en avant un soulagement physique et moral, la reprise d'activités personnelles ou de moindres difficultés sur le plan de l'emploi. Mais les entretiens montrent un autre effet de la levée de certaines barrières financières à l'accès aux soins : le rétablissement d'une protection maladie de base ou l'ouverture de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) par exemple, qui renvoie au double sentiment d'avoir dorénavant une protection face aux aléas, avec le bénéfice de droits en matière de santé, et par là d'être intégré à une communauté. Même quand l'aide financière pour des soins est ponctuelle, cela peut contribuer à renforcer chez les personnes un sentiment de sécurité face

au risque maladie. Prenons la situation d'une femme invalide qui avait des restes à charge trop élevés pour plusieurs soins et qui se trouvait dans le cas de ceux pensant être exclus des droits : « Ça faisait longtemps que j'arrivais pas à me faire soigner parce qu'on me disait que j'étais trop riche. » L'accompagnement de la Pfidass lui a permis d'avoir une participation financière à ses soins. Elle en tire la conclusion que « maintenant les aides peuvent [lui] être accessibles ». Elle poursuit en expliquant : « Il y avait comme une barrière sociale, maintenant je sais que je fais partie de la société française et que j'ai des droits. »

Ce témoignage en rejoint d'autres, qui indiquent que retrouver la possibilité, financière, de se soigner permet de « se sentir un peu plus dans la société » et d'être d'une certaine façon « à égalité » avec les autres citoyens pour accéder au système de soins. L'homme de 51 ans en renoncement à des soins dentaires explique ainsi : « Ma place dans la société, on me l'a redonnée en me permettant de me soigner, une place comme les autres. »

Empruntons en conclusion les mots de Didier Fassin, pour qui « l'accès aux soins n'est donc pas tellement accès à une meilleure santé [...]. C'est bien sûr un droit : droit d'être soigné, d'être aidé, d'avoir accès à des conseils, à des mesures de prévention. Ce droit est une forme de reconnaissance de l'individu par la société, une façon de lui faire une place, au titre de la solidarité » [35]. C'est tout dire de l'importance de la notion de droit et des enjeux de citoyenneté qui se jouent derrière la problématique du reste à charge et plus globalement de l'accessibilité au système de soins. 🇫🇷

La CMU-C comme alternative au reste à charge : quel bilan ?

Marianne Cornu-Pauchet

Directrice du Fonds
CMU-C

Gwénaëlle Le Bohec

Directrice adjointe du
Fonds CMU-C

Stéphane Runfola

Conseiller technique du
Fonds CMU-C

Les auteurs remercient

Véronique Wallon,
présidente du conseil
d'administration
du Fonds CMU-C,
pour sa relecture attentive
et ses commentaires.

Mise en place en 2000 pour garantir l'accès aux soins des populations les plus démunies, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) complète les prises en charge de l'assurance maladie obligatoire, assurant aux bénéficiaires la gratuité des soins. Dix-huit ans après sa mise en place, cet article revient sur la genèse et les objectifs initiaux de la CMU-C et dresse le bilan des apports de la CMU-C.

La genèse de la CMU-C

L'augmentation progressive des restes à charge et l'exclusion de certaines populations d'une couverture complémentaire

Fondé sur une logique assurantielle contributive, le système d'assurance maladie comporte depuis l'origine un système de copaiement dont l'objectif est d'inciter les patients à modérer leur consommation de soins (ticket modérateur). À partir des années 1970, les pouvoirs publics ont progressivement augmenté la contribution

financière des assurés via la hausse des tickets modérateurs et l'instauration de participations diverses, alors même que les dépassements d'honoraires se développaient largement.

Pour couvrir des restes à charge de plus en plus importants, les salariés des grandes entreprises et les personnes disposant de revenus suffisants ont souscrit des contrats auprès des organismes complémentaires : on estimait à 84 % le nombre de personnes couvertes par une protection complémentaire de type assurantiel en 1996, contre 69 % en 1980. Neuf millions de personnes à faibles revenus n'ont en revanche pas pu accéder à une telle protection, ce qui a fortement augmenté les inégalités d'accès aux soins.

Les études menées à la fin des années 1990 faisaient ainsi apparaître qu'une proportion importante des assurés sociaux non couverts par une assurance complémentaire renonçait aux soins, principalement

pour raisons financières [10]. Dans le décile le plus pauvre de la population, ce phénomène atteignait un niveau très important, en particulier pour les soins dentaires et l'optique.

Annuler le reste à charge pour les populations précaires sans créer un système à deux vitesses est ainsi l'ambition de la CMU-C

Les pouvoirs publics ont tenté, à partir des années 1980, de faciliter l'accès aux soins des populations précaires avec la création de l'aide médicale départementale (AMD) et de l'assurance personnelle. Mais, complexes d'accès et se traduisant par des prestations très inégales d'un département à l'autre, ces dispositifs ont rapidement atteint leurs limites.

La CMU-C est précisément née de la volonté d'élaborer un dispositif garantissant une égalité de traitement sur l'ensemble du territoire français pour les neuf millions d'assurés sociaux démunis et exposés à des restes à charge élevés. La loi du 27 juillet 1999 a ainsi créé la CMU de base, qui permettait à tous de bénéficier d'une protection maladie sur critère de résidence¹, et la CMU complémentaire, qui ouvrait droit à une protection complémentaire santé gratuite sous conditions de ressources. Afin d'éviter tout renoncement aux soins lié à l'avance de frais, la réforme a organisé la mise en œuvre du tiers payant intégral pour les bénéficiaires de la CMU-C.

Novateur dans sa conception, le dispositif visait à permettre aux personnes les plus démunies d'exercer un droit objectif reconnu à une couverture complémentaire santé [49] et d'accéder à l'ensemble du système de soins au même titre que les autres assurés sociaux. En rompant le lien entre cotisations et ouverture des droits, il franchissait par ailleurs un pas supplémentaire vers l'universalisation de l'assurance maladie.

Le dispositif répond à l'objectif de solvabilisation des restes à charge...

La CMU-C s'est rapidement étendue et bénéficie pour 44 % aux moins de 20 ans

Alors qu'en 1998, 3 millions de personnes disposaient de l'AMD, la CMU-C a concerné 4,5 millions de bénéficiaires dès sa seconde année de mise en œuvre. Fin 2017, le dispositif couvre 5,5 millions de personnes, soit 7,4 % de la population en métropole et 30 % de la population dans les DOM [37].

Le régime général concentre 90 % des bénéficiaires. La moitié d'entre eux sont des adultes de 20 à 59 ans et 44 % ont moins de 20 ans alors que cette tranche d'âge ne représente que 25 % de la population française.

Le panier de soins pris en charge par la CMU-C couvre l'ensemble des soins couverts par l'assurance maladie obligatoire

En deçà de 70 % du seuil de pauvreté², la CMU-C assure une prise en charge totale du ticket modérateur pour l'ensemble des soins couverts par l'assurance maladie obligatoire. Elle couvre également le montant du forfait journalier hospitalier, sans limite de durée.

Quel que soit leur secteur de conventionnement, les professionnels de santé doivent respecter le tarif de responsabilité et appliquer le tiers payant intégral.

Pour les soins prothétiques dentaires et orthodontiques, les prothèses auditives et les lunettes, un dépassement réglementé est autorisé et pris en charge par la CMU-C. Ces dépassements autorisés ont fait l'objet de plusieurs revalorisations, soit pour respecter l'équilibre économique des professionnels de santé, soit dans le but d'améliorer la qualité des équipements, pour les corrections les plus fortes en optique et (pour l'audioprothèse). La dernière évolution des paniers de soins optiques et audioprothétiques date de 2014 et celle du panier de soins dentaires d'octobre 2017.

Il faut cependant relever que, si elle permet d'accéder à l'ensemble des « soins primaires », la CMU-C ne couvre pas les soins non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, tels que par exemple les soins de parodontie ou les implants³.

Par ailleurs, l'effet de seuil pour les assurés dont le niveau de ressources dépasse de 1 euro le plafond d'éligibilité à la CMU-C est important. L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ouverte à ceux dont les ressources sont comprises entre 70 % et 100 % du seuil de pauvreté laisse en effet potentiellement des restes à charge élevés pour les soins prothétiques dentaires, l'optique et l'audioprothèse, en plus de restes à payer lors de l'acquisition du contrat⁴.

Les bénéficiaires en termes d'accès aux soins sont réels

Détenir la CMU-C réduit de moitié le renoncement aux soins pour raisons financières [50], toutes choses égales par ailleurs. Le rôle protecteur de la CMU-C est d'autant plus visible que les prestations sont moins bien prises en charge par l'assurance maladie obligatoire : soins dentaires (notamment prothétiques) et optique.

Enfin, lorsqu'ils recourent aux soins, les bénéficiaires de la CMU-C ont, à état de santé équivalent, des dépenses de santé proches de celles des autres assurés⁵.

2. Soit 734 euros par mois pour une personne seule en métropole.

3. Le cas de la parodontie reste un point de débat important, surtout pour les populations concernées qui présentent un état de santé dégradé.

4. L'ACS est un chèque, modulé selon l'âge et valorisable pour le paiement de la prime du contrat de complémentaire santé. Voir Rapport annuel sur l'ACS : bénéficiaires, prix et contenu des contrats. Fonds CMU-C, octobre 2017.

5. En revanche, aucune étude n'a été conduite concernant les effets de la couverture CMU-C sur l'état de santé.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 53.

1. Pour toute personne de nationalité française ou étrangère non couverte par un régime de sécurité sociale et résidant en France depuis plus de trois mois. En 2016, la CMU de base a été remplacée par la protection universelle maladie (Puma).



Reste à charge et santé

... mais la solvabilisation des restes à charge ne suffit pas à garantir l'accès aux soins

Dix-huit ans après le déploiement du dispositif CMU-C, plusieurs enseignements peuvent être tirés de cette réponse innovante à l'augmentation des restes à charge.

Encore 30 % des personnes éligibles à la CMU-C n'y recourent pas

Malgré les bénéfices incontestables apportés par la CMU-C, le non-recours au dispositif reste très significatif. Selon une étude de l'Irdes publiée en janvier 2018 [74], le taux de personnes sans couverture complémentaire s'élève à 5 %, avec une forte concentration observée chez les personnes ayant de faibles revenus⁶. La moitié des personnes non couvertes ont un niveau de vie inférieur à 970 euros par unité de consommation et pourraient donc, en principe, prétendre à la CMU-C ou à l'ACS. D'après les dernières données de la Drees, le nombre de personnes éligibles à la CMU-C en France métropolitaine en 2016 mais qui n'y recourent pas est compris entre 1,5 et 2,8 millions, soit un taux de non-recours situé entre 24 % et 36 %⁷.

Un non-recours en partie imputable à la complexité de l'accès au droit

La couverture n'est pas automatiquement attribuée en fonction des revenus des assurés mais doit faire l'objet d'une demande annuelle d'ouverture ou de renouvellement des droits. La méconnaissance du dispositif par les personnes éligibles et la lourdeur des démarches administratives – exhaustivité des ressources prises en compte pour le calcul du droit, nombre et nature des

6. Plus de 12 % des personnes du premier quintile de revenu restent non couvertes.

7. En 2016, la population éligible à la CMU-C était comprise entre 6,4 et 7,7 millions de personnes.

pièces justificatives demandées à l'appui⁸ – expliquent une part importante du non-recours.

De façon plus marginale, la non-demande peut également renvoyer à un choix personnel – ne pas accorder d'importance à la complémentaire santé, éviter une aide perçue comme stigmatisante, refuser une logique perçue comme de l'assistanat, se suffire d'une prise en charge à 100 % du fait d'une ALD [13].

Outre le non-recours au droit à la CMU-C, une partie des bénéficiaires de la CMU-C renonce aux soins pour des raisons personnelles ou de contexte : crainte du refus de soins ou peur de la stigmatisation [34], dépassements d'honoraires, refus de soins, rareté de l'offre de soins, rapport personnel à la santé et au monde médical.

Conclusion

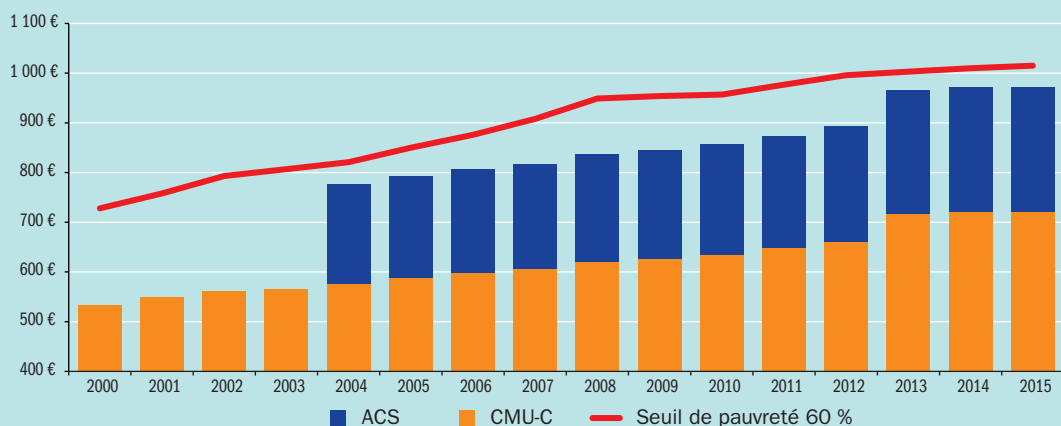
Renforcée au cours du temps par l'élargissement de la population éligible, la CMU-C n'a pas encore rencontré l'ensemble de son public après dix-huit ans de mise en œuvre. La persistance du non-recours, d'une ampleur comparable à celui observé sur d'autres prestations, démontre que, paradoxalement, un droit construit sur une logique de ciblage ne garantit pas l'usage de ce droit par toutes les personnes éligibles. Certaines populations fragiles en situation de pauvreté sont par ailleurs exclues du bénéfice de la CMU-C, notamment les retraités au minimum vieillesse ou les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés.

La CMU-C a cependant contribué à la généralisation de la couverture complémentaire santé et permet désormais à plus de 5,5 millions de personnes en situation de pauvreté d'accéder aux soins, jouant un rôle majeur dans la réduction des inégalités de santé. Cet exemple a toute sa place dans les réflexions actuelles sur le reste à charge « zéro ».

8. Souvent déjà fournies à d'autres organismes de protection sociale.

figure 1

Plafonds de ressources d'une personne seule pour l'accès à la CMU-C et à l'ACS par rapport au seuil de pauvreté à 60 % de 2000 à 2015 en métropole



Sources : Insee, Fonds CMU-C.

L'Observatoire citoyen des restes à charge en santé : enquêter pour comprendre, sensibiliser, améliorer

Pour les représentants des usagers, la priorité est de définir, de façon concertée, un cadre clair afin de réguler les tarifs : « prix limites de vente » des prothèses et des dispositifs médicaux, plafonds pour des actes médicaux et dentaires, et forfaitisation systématique des tickets modérateurs à l'hôpital...

Gérard Raymond

Vice-président de France Assos Santé

Marc Paris

Responsable communication et animation réseau de France Assos Santé

Les restes à charge en santé sont une réalité difficile à objectiver car elle se trouve à la croisée de nombreux enjeux pour des acteurs qui, s'ils affirment tous être sensibles à l'accès de chacun à des soins de qualité, poursuivent respectivement des objectifs prioritaires différents si ce n'est divergents. La question des restes à charge est en effet interprétée comme un enjeu de rémunération pour les offreurs de soins, qu'il s'agisse des professionnels ou des établissements de santé, comme un obstacle financier dans leur recours aux soins pour les usagers, comme une variable du remboursement à ajuster pour contribuer à réguler la consommation de soins (idéalement en poursuivant un objectif de pertinence et de qualité des soins) du point de vue de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires. Il nous est donc apparu nécessaire d'apporter un éclairage documenté, sur la base de données chiffrées les plus incontestables possible, sur ce qui compose effectivement ces restes à charge : quels types de soins en sont à l'origine, dans quel contexte et selon quelle dynamique, avec quelle possibilité d'action corrective pour les réduire ou les faire disparaître ?

Partageant la conviction qu'une meilleure information sur la santé, et en particulier sur les dépenses de santé, est un gage d'amélioration du système de soins et de l'accès aux soins, l'association Collectif interassociatif sur la santé (devenue depuis l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé, France Assos Santé), la société Santéclair et le magazine *60 Millions de consommateurs* ont décidé en 2013 d'initier une convention

de partenariat pour mettre en commun leurs ressources humaines, documentaires et statistiques afin de créer l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé.

Quatre domaines du soin concentrent la majorité des restes à charge en santé

Les enquêtes réalisées dans le cadre de notre observatoire ont porté sur les domaines pouvant faire l'objet des plus forts restes à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire, en tentant à chaque fois d'apporter aussi une estimation réaliste de ce que devient ce reste à charge après la prise en charge que peuvent en assurer les complémentaires santé pour approcher une évaluation indicative du montant dont les usagers doivent s'acquitter lorsqu'ils ont recours à ce type de soins. Car, comme cela sera précisé à chaque fois lorsque des chiffres issus des enquêtes seront cités, il y a deux approches du reste à charge en santé : soit on le calcule après le seul remboursement réalisé par l'assurance maladie obligatoire, soit on l'estime après l'éventuel remboursement de la complémentaire santé (pour ceux qui en disposent, plus de neuf Français sur dix).

Les types de soins et services ou produits de santé identifiés comme les plus importants contributeurs aux restes à charge en santé sont les suivants, par ordre chronologique dans lequel nous les avons étudiés.

- Les soins dentaires : en 2012, ils représentaient 6 milliards d'euros de restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire, mais avant la prise en charge par les complémentaires. Ce sont essentiellement les soins liés aux prothèses dentaires



(couronnes, prothèses unimaxillaires...) et les soins d'orthodontie. S'agissant des prothèses dentaires, qui ont représenté à elles-seules près de 4 milliards d'euros de restes à charge avant remboursement par les complémentaires, pour 5 milliards de dépenses, nous avons estimé en 2012 le coût moyen d'une couronne céramique à 546 euros avec un reste à charge final moyen de 240 euros pour l'usager (après remboursement de 75 euros par la Sécurité sociale et une estimation d'une moyenne de 229 euros par la complémentaire); et celui d'une prothèse unimaxillaire à 1 116 euros avec un reste à charge final moyen de près de 700 euros pour l'usager (après remboursement de 130 euros par la Sécurité sociale et une estimation d'une moyenne de 315 euros par la complémentaire).

● Les dispositifs médicaux : c'est-à-dire tout instrument, appareil, équipement, logiciel, matière ou autre article destiné à être utilisé à des fins de diagnostic, prévention, contrôle, traitement, atténuation ou compensation d'une maladie et de ses effets, d'une blessure ou d'un handicap. Les exemples de dispositifs médicaux sont d'une extrême diversité : lentilles de contact et autres dispositifs d'optique, thermomètres, compresseurs, défibrillateurs externes, stents, prothèses de hanches, lits médicaux, implants, audioprothèses, béquilles, bandelettes de test pour diabétiques, certains nutriments et compléments alimentaires... Ils ont représenté en 2013, tous dispositifs confondus, 13 milliards d'euros de dépenses, dont près de 6 milliards ont été remboursés par l'assurance maladie obligatoire et 7 milliards restant à la charge de l'usager ou de sa complémentaire. En dehors de l'optique, qui pèse à elle seule 6 milliards d'euros, les autres dispositifs médicaux ont représenté en 2013 une dépense de 7 milliards d'euros, occasionnant un reste à charge d'environ 2 milliards d'euros sur l'année (avant prise en compte du remboursement des complémentaires santé), soit une moyenne de 99 euros par usager ayant eu recours à ce type de dispositifs médicaux. Ce reste à charge moyen annuel pour ce type de soins est estimé à 26 euros par bénéficiaire après intervention de la complémentaire santé, sachant que cette moyenne est issue de situations très différentes en fonction des dispositifs médicaux requis par les soins de la personne. L'exemple de l'audioprothèse est particulièrement emblématique de l'importance des restes à charge que peuvent entraîner certains dispositifs médicaux pris isolément : coût moyen par oreille d'environ 1 500 euros, soit un reste à

charge de 1 350 euros après remboursement par l'assurance maladie obligatoire et encore d'une moyenne de 939 euros (estimation) après remboursement par la complémentaire santé.

● L'hospitalisation : elle représentait 46 % de nos dépenses de santé en 2012, avec une enveloppe globale de 85 milliards d'euros, soit 1 300 euros par Français. Elle peut occasionner des frais non négligeables en particulier lorsqu'un usager n'a pas de complémentaire santé. Si, la plupart du temps, le coût de l'hospitalisation est heureusement très bien pris en charge par l'Assurance maladie et les complémentaires santé, avec une somme restant à la charge du patient qui n'est en moyenne que de 26 euros par séjour dès lors qu'il dispose d'une couverture complémentaire, elle est en revanche supérieure à 500 euros en moyenne avant intervention de l'assurance complémentaire, du fait du coût du ticket modérateur sur les soins, de celui de la chambre particulière ainsi que de la participation aux frais d'hébergement. Une réalité importante à révéler car nombre d'usagers n'en ont en rien conscience, associant souvent sans nuance l'hôpital à l'idée de gratuité des soins.

● Les dépassements d'honoraires médicaux : ils ont globalement représenté 2,8 milliards d'euros en 2014, facturés à plus de 80 % par les spécialistes exerçant en secteur 2 (2,3 milliards à eux seuls, contre 296 millions pour l'ensemble des généralistes et 212 millions pour les spécialistes exerçant en secteur 1), soit une moyenne de 25 euros de dépassements pour chacun des actes que ces médecins réalisent. Les prises en charge par les complémentaires sont impossibles à évaluer en moyenne sur la base des données à notre disposition car les remboursements sont très variables en fonction de l'acte concerné et surtout du contrat de complémentaire, ainsi que du fait que le médecin soit ou non signataire de l'option Optam proposée par l'Assurance maladie.

Des restes à charge qui pèsent aussi sur les personnes en ALD

Représentant les usagers du système de santé et notamment les personnes atteintes de pathologies chroniques, nous avons voulu nous pencher, dans le cadre de notre Observatoire, sur la façon dont les restes à charge en santé affectent les personnes bénéficiant d'une prise en charge dite « à 100 % » au titre d'une ou plusieurs affection(s) de longue durée (ALD). En effet, l'évocation du 100 %

laisse souvent penser, à un public novice, que l'ensemble des frais de santé des personnes concernées est intégralement pris en charge. Or on sait que, dans les faits, l'ALD ne couvre pas toutes les dépenses.

Si l'ALD permet de contenir les restes à charge plutôt efficacement en moyenne, elle ne permet pas de réduire la dépense des personnes confrontées à des frais non ou mal pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Soit toujours les mêmes soins que ceux déjà identifiés : certains soins dentaires, l'optique, les prothèses auditives, les dépassements d'honoraires, les franchises... Comme pour tous les assurés sociaux, les remboursements de l'assurance maladie obligatoire des personnes en ALD ne correspondent pas toujours aux tarifs pratiqués par les professionnels de santé libéraux. Ainsi notre étude a révélé en 2016 que pour les 10 % des personnes en ALD ayant les plus grosses dépenses de santé, ce reste à charge moyen est de 1 700 euros par an et peut atteindre plusieurs dizaines de milliers d'euros.

Les personnes en ALD subissent les mêmes limites de prise en charge de certains soins que l'ensemble de la population. Mais leur situation est aggravée par le fait qu'elles doivent souvent avoir plus fréquemment recours à ces soins, et donc être confrontées aux restes à charge correspondants. Cela est d'autant plus important que la maladie a très souvent un impact sur leurs carrières professionnelles et leurs revenus.

Notre étude a ainsi suggéré que les personnes en ALD sont moins nombreuses à avoir recours à certains soins parmi ceux générant les plus gros restes à charge. 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. Deux indices qui tendent à laisser penser que les personnes en ALD peuvent être plus souvent amenées à renoncer à des soins, malgré la protection essentielle qu'apporte le système des ALD, et que ce dernier mériterait donc d'être encore affiné pour mieux répondre à son objectif d'assurer un recours optimal aux soins sur le long cours.

Le constat récurrent d'un système d'assurance maladie manquant de lisibilité et de régulation

Nos différentes enquêtes sur les restes à charge présentées ci-dessus nous ont permis de tirer différents constats, communs à chacune des thématiques abordées.

● D'abord, la grande complexité des modalités de remboursement des soins. Cela demande souvent d'être un spécialiste du domaine pour connaître utilement les critères et conditions de prise en charge spécifiques à chaque type de soins : la couverture obligatoire et la couverture complémentaire, et pour cette dernière le niveau de garantie dont dispose la personne, mais aussi souvent son âge, son statut médico-administratif, si elle est ou non bénéficiaire d'une couverture particulière (CMU-C, ACS...) ou reconnue atteinte d'une ALD, etc. sont autant de situations qui influent sur la façon dont elle sera prise en charge, sans être facilement en mesure de l'anticiper avec suffisamment de précision pour prévoir le niveau des éventuels restes à charge auxquels elle va être confrontée. Que ce soit le dentaire, l'audioprothèse, l'hospitalisation ou même les dépassements d'honoraires médicaux, chaque domaine a ses spécificités, historiquement accumulées pour répondre aux besoins de prise en charge dans différents contextes, mais qui rendent au final le système de prise en charge complètement opaque et illisible pour presque tous les acteurs et en particulier pour les usagers, se retrouvant la plupart du temps mis devant le fait accompli.

● Ensuite la quasi-absence d'indicateurs sur la qualité et la pertinence des soins, notamment de ceux reçus en ville. Les usagers ne disposent de pratiquement aucun recours effectif ni de référence pour être informés et accompagnés dans une approche qui permette de mettre en relation le coût d'un soin et sa qualité. Or on sait qu'il ne suffit pas de payer un soin plus cher pour qu'il soit qualitativement supérieur ou davantage pertinent.

● Enfin, dans un environnement où l'on choisit de laisser certains domaines du soin à tarifs libres, il faudrait apporter aux usagers les moyens de comparer les offres pour qu'ils puissent faire jouer les effets que la concurrence peut théoriquement avoir sur la régulation nécessaire de ce qu'on considère alors comme un « marché ». Mais, d'une part, la possibilité d'une comparaison effective des offres est souvent battue en brèche par des facteurs aussi concrets que la démographie des professionnels de santé, par exemple : comparer les tarifs des dentistes requiert de prendre rendez-vous chez plusieurs dentistes afin d'obtenir le diagnostic de chacun et le devis correspondant. Qui en a concrètement le temps lorsqu'on sait les délais d'attente pour l'obtention d'un simple rendez-vous dans de nombreux territoires ? Et lorsque des systèmes sont mis en place, comme ceux des réseaux de soins développés par les complémentaires santé, ils sont bien vite accusés de ne faire que tirer vers le bas la qualité de soins sans que cela ne s'appuie sur aucun élément permettant de démontrer de façon factuelle et scientifique cette relation revendiquée entre augmentation du prix et amélioration de la qualité de l'acte ou du produit de santé. Et, d'autre part, on sait que la concurrence se joue de façon particulièrement imparfaite lorsqu'il s'agit de santé, domaine qu'on ne peut définitivement pas considérer comme un marché comme les autres notamment du fait que l'usager se trouve dans une situation rendant éminemment complexe sa capacité à établir un choix rationnel, objectif et éclairé.

Sans administrer à outrance les domaines du soin concernés par les restes à charge,

on se rend compte qu'ils sont plutôt sous-administrés, ce qui empêche la régulation essentielle des prix et des pratiques. Il ne s'agit pas d'ajouter des règles complexes qui rendraient encore plus difficiles la compréhension et l'appréhension du système de prise en charge, travers qui participe incontestablement à l'éloignement du soin, voire à son renoncement, mais de construire de façon concertée des règles qui constitueraient un cadre clair pour réguler les tarifs. Cela nous apparaît comme une voie évidente vers laquelle s'orienter, qu'il s'agisse de définir des « prix limites de vente » pour tout ce qui concerne les prothèses au sens large et les dispositifs médicaux, des plafonds pour les tarifs des actes médicaux et dentaires, une forfaitisation systématique des tickets modérateurs à l'hôpital... Un cadre plus clairement établi au sein duquel on peut faire jouer la liberté tarifaire sans qu'elle risque de se traduire, même à la marge, par l'exclusion du recours aux soins. C'est certainement cet objectif d'une « construction concertée d'un cadre » qui va être tout l'enjeu des négociations récemment initiées dans le cadre de la mise en œuvre de la promesse de campagne du président de la République autour d'un « reste à charge zéro » pour les soins dentaires, l'optique et l'audioprothèse. Nous espérons que les différents acteurs de la négociation garderont bien en tête l'objectif prioritaire, qui doit être celui de l'accès de tous à des soins pertinents et de qualité. ■



Les restes à charge : le point de vue de l'Assurance maladie

En France, l'Assurance maladie couvre une grande partie des dépenses de soins. Le reste à charge est la part des dépenses qu'elle ne rembourse pas. Entre maîtrise des dépenses et garantie d'accès aux soins, l'Assurance maladie gère des équilibres économiques complexes.

Ayden Tajahmady

Directeur adjoint de la stratégie et des études statistiques

Christelle Gastaldi-Menager

Responsable du département des études sur les pathologies et les patients

Dorian Verboux

Économiste de la santé, département des études sur les pathologies et les patients

Caisse nationale d'assurance maladie

L'une des fonctions essentielles de l'Assurance maladie est de protéger la population des risques financiers causés par la maladie, qu'il s'agisse de compenser la perte de revenu qu'elle induit ou de rembourser les soins qu'elle nécessite. La protection ainsi offerte à tous les assurés sociaux leur permet de sortir du monde que décrivait Georges Bernard Shaw dans sa pièce *Le Dilemme du docteur* où « *On n'ose pas être malade, on n'en a pas les moyens.* »

Le mécanisme de redistribution de l'assurance maladie obligatoire (AMO) française, doublement solidaire entre les plus aisés et les plus démunis d'une part, et entre les malades et les biens portants d'autre part, s'accommode depuis sa création d'une participation des assurés au financement des soins. Le reste à charge « public » fait donc partie de longue date de la pratique de notre système de santé. Il se distribue sur l'ensemble des soins, sur un panier de biens et services large, là où d'autres pays ont fait le choix d'une prise en charge gratuite en contrepartie d'un panier de soins souvent plus restreint.

En dépit de ces différences, les données de l'OCDE montrent que la France est le pays où la proportion de dépenses qui restent à la charge directe (c'est-à-dire, le cas échéant, après l'intervention des assurances maladie obligatoire et complémentaire) des ménages est la plus faible (7 % en 2015 alors que la moyenne des pays de l'OCDE était de 20 %), témoignant du haut degré de protection que notre système offre à la population. Ainsi, selon la Drees, sur une dépense moyenne de presque 3 000 euros,

un ménage français moyen n'en supporte que 250 directement.

Un dispositif renforcé pour les malades atteint d'affections chroniques

Le système offre également une protection spécifique à celles et ceux qui ont les besoins les plus lourds à travers le dispositif des affections de longue durée (ALD) : prise en charge à 100 % pour les malades chroniques par l'exonération du ticket modérateur pour les soins qui sont en rapport avec cette affection, sur la part remboursable. Cette exonération produit un réel effet amortisseur des restes à charge, comme l'illustrent les résultats d'une étude menée par l'Assurance maladie sur les données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) pour l'année 2013. Selon cette étude, les soins des personnes souffrant d'un cancer et bénéficiant du dispositif ALD pour cette maladie induisaient des dépenses moyennes de l'ordre de 8 000 euros par an (ensemble des dépenses en rapport ou non avec l'ALD), pour un reste à charge moyen après intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO) de près de 900 euros (soit un reste à charge de 11 %). Les dépenses moyennes pour les personnes ayant un âge comparable s'élevaient aux environs de 1 700 euros, avec un reste à charge moyen, après AMO, de près de 700 euros (soit un reste à charge de 40 %). On voit ainsi que, alors que leur montant de dépenses est bien supérieur, les bénéficiaires du système ALD font face à des restes à charge plus faibles que les personnes n'ayant pas d'ALD, en proportion de la dépense, même si ces montants restent, en valeurs absolues, élevés.

Les mesures de maîtrise des dépenses de l'Assurance maladie

Ce système protecteur et généreux subit depuis plusieurs décennies une contrainte économique importante causée par la coexistence d'une croissance faible et de dépenses de santé dynamiques. Au fil des années, le déficit de l'Assurance maladie s'est creusé et sa dette s'est accumulée. Parmi les mesures qui ont été au cœur des politiques de maîtrise des dépenses de santé, deux ont contribué au renforcement du reste à charge pour les assurés.

La première est le déremboursement de certains médicaments ou de certains soins. En sortant certaines prestations du panier de soins ou en choisissant d'en diminuer le remboursement, on peut assurément diminuer les dépenses de l'assurance maladie obligatoire ou mieux en maîtriser la croissance, mais on alourdit également le reste à charge des ménages au risque de pénaliser les plus démunis. La seconde est le développement d'un espace de liberté tarifaire permettant aux professionnels de santé de revaloriser leur rémunération, mais au prix d'une contribution plus importante des ménages, soit directement, soit en renchérissant les primes de leur assurance maladie complémentaire, le cas échéant.

Ces options sont progressivement sorties de l'arsenal des politiques publiques depuis le début des années 2010, suite à la crise économique et aux tensions croissantes sur la démographie médicale, leurs effets en termes d'accès aux soins et leur impact différentiel sur les populations les plus démunies ayant été documentés. Plutôt que de dérembourser,

les politiques de maîtrise des dépenses sont attachées depuis à limiter les prix ou à réduire les volumes de prescription à travers des actions de plus en plus médicalisées.

La liberté tarifaire est un sujet plus complexe à traiter, dans la mesure où, en miroir du reste à charge, se pose la question du revenu des professionnels. Ainsi, l'idée de plafonner la liberté tarifaire par la loi nécessiterait soit de positionner un plafond tellement élevé qu'il ne serait pas soutenable financièrement, soit d'induire des redistributions tellement importantes entre les professionnels qu'il semblerait difficile de trouver un compromis acceptable. C'est pourquoi l'Assurance maladie a fait le choix pragmatique d'inscrire cette question dans la vie conventionnelle à travers des solutions négociées comme le contrat d'accès aux soins (CAS) et les options de pratiques tarifaires maîtrisées (Optam).

Ces deux dispositifs s'inscrivent dans la même logique de volontariat des médecins qui s'engagent à diminuer leurs dépassements d'honoraires en contrepartie de la prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales. Cette stratégie commence à porter ses fruits puisque, depuis cinq ans, le taux de dépassement moyen diminue, passant de 55,4 % en 2012 pour l'ensemble des médecins du secteur 2 (à honoraires libres) à 51,9 % en 2016, soit une baisse de 3,5 points, alors que ce taux avait enregistré une hausse constante depuis le début de la liberté tarifaire, en 1980. Les adhésions nombreuses de médecins à l'Optam témoignent en outre de l'intérêt qu'ils portent à cette démarche : à fin décembre 2016, il y avait 8 150 adhérents (médecins de secteur 2) aux anciens

contrats d'accès aux soins (CAS) contre 12 160 (médecins de secteur 2) adhérents aux Optam et Optam-CO (chirurgie obstétrique) à fin décembre 2017.

Traiter de la question des restes à charge, c'est ouvrir un sujet complexe et remettre en cause des équilibres économiques délicats. Toute action induit nécessairement une redistribution entre les professionnels, mais aussi entre les assurés, dont il faut mesurer précisément les impacts potentiels avant de la mener. Tout changement est susceptible d'avoir des conséquences inattendues. À l'heure où se mènent les discussions sur le reste à charge zéro pour le dentaire, l'optique et les audioprothèses, une approche basée sur le dialogue, la coconstruction et les négociations avec les usagers, les professionnels et dans certains cas les industriels, apparaît comme une voie pragmatique et efficace d'aborder ce sujet. ■



Les assureurs complémentaires face au défi du reste à charge

L'écart entre les bases de remboursement et les prix réellement pratiqués explique l'augmentation continue des restes à charge pour les patients. La réforme de notre système de santé pour améliorer l'accès aux soins doit être menée avec une concertation et une responsabilisation de tous les acteurs.

Étienne Caniard

Vice-président de la Matmut, vice-président du Conseil économique social et environnemental (Cese), ancien président de la Mutualité française

L'accès aux soins courants et plus particulièrement aux prothèses auditives, aux équipements d'optique et aux prothèses dentaires s'est peu à peu invité dans le débat politique. En février 2017, tous les candidats ou leurs représentants s'exprimaient sur ce sujet, à l'invitation de la Mutualité française. Emmanuel Macron déclarait alors : *« Je souhaite réduire le reste à charge des ménages. Pour l'optique, le dentaire et l'audio, je souhaite que ce reste à charge soit réduit à zéro par une politique de responsabilisation de l'ensemble des acteurs de santé, de manière concertée avec les professionnels de santé. »*

Il s'agit là d'un changement majeur. Nous nous sommes trop longtemps réfugiés derrière des taux de remboursement apparemment élevés, mais tirés vers le bas par la déconnection entre les bases sur lesquelles s'appliquent ces taux et les prix réellement pratiqués. Pour lutter contre le renoncement aux soins, il est temps de regarder la réalité en face en s'attaquant aux restes à charge qui limitent l'accès aux soins. Il faut donc se féliciter de l'orientation nouvelle qui se dessine.

Mais avons-nous tiré toutes les conséquences du passage d'une solvabilisation, qui ne s'intéresse qu'au taux de remboursement sans s'interroger sur la pertinence des soins, les parcours, les prix, la qualité... à une maîtrise du reste à charge qui prenne en considération tous ces aspects ? Un rapide survol des évolutions de notre système de protection sociale permet de mieux mesurer l'importance de ce changement de paradigme et les avantages et limites des différentes solutions.

Une construction aux étapes oubliées

En 1945, la majorité des dépenses de l'Assurance maladie était constituée de revenus de remplacement, alors qu'aujourd'hui les indemnités journalières ne représentent plus que 7 % des dépenses. La quasi-totalité de celles-ci est désormais consacrée au remboursement de soins. Cette lente évolution explique probablement pourquoi nous nous soucions si peu d'organisation, de régulation. Garder le regard fixé sur les taux de remboursement revient à défendre des droits devenus en partie fictifs.

En effet les taux de remboursement n'ont de sens que s'ils s'appliquent à des prix connus à l'avance, opposables, que cette opposabilité résulte de prix administrés ou d'accords, quel que soit leur forme, entre professionnels de santé et financeurs. Pourtant, entre 1945 et 2018, sur 73 années, seulement 9 ont connu des prix opposables pour les honoraires médicaux. Les premiers tarifs opposables nationaux datent de 1971... et sont remis en question en 1980, lorsque Raymond Barre a autorisé les dépassements d'honoraires, régulièrement critiqués depuis mais jamais remis en cause. C'est cet écart entre les bases sur lesquelles s'appliquent les taux de remboursement et les prix réellement pratiqués qui explique l'augmentation continue des restes à charge pour les patients.

Les dépassements d'honoraires médicaux ne sont pourtant pas le seul problème, l'accès aux dispositifs médicaux, qui incluent les lunettes et les prothèses auditives, et aux prothèses dentaires est plus préoccupant encore. Il n'existe aucune forme d'opposabilité dans ces domaines et les prix ont toujours fait la

course en tête dans leur compétition avec les remboursements!

Un haut niveau de remboursement, comme nous le connaissons en France lorsqu'il cohabite avec une liberté des prix pour une part de plus en plus importante des dépenses, concourt-il à une meilleure prise en charge ou entretient-il une logique inflationniste? L'exemple de l'optique apporte une réponse. La considérable augmentation de la prise en charge par les complémentaires n'a pas permis une diminution corrélative du reste à charge. Elle a par contre entretenu une augmentation inutile de l'offre et donc des coûts de distribution. Les complémentaires ont davantage financé de nouveaux magasins d'optique que remboursé des lunettes. Il ne suffit pas d'augmenter les remboursements pour diminuer les restes à charge.

Des complémentaires en accusation

Chacun a intégré que le niveau des déficits – certes en baisse mais avec des secteurs négligés, comme le handicap ou le vieillissement, qui devront mobiliser des moyens importants – et l'endettement cumulé depuis de longues années rendent difficile une reconquête du terrain perdu par la Sécurité sociale. Aussi, lorsque l'on veut réduire le reste à charge, on se tourne naturellement vers les complémentaires... tout en s'interrogeant sur leur utilité! Certains préconisent même leur suppression, soulignant qu'un régime obligatoire est par construction plus solidaire.

Une telle hypothèse est-elle crédible alors que depuis des décennies tous les gouvernements ont pris une direction opposée, transférant constamment de nouvelles dépenses vers les complémentaires? Une telle hypothèse est-elle raisonnable au moment où l'enjeu n'est plus seulement la solvabilisation mais aussi l'organisation de l'offre et des parcours, domaines dans lesquels la politique conventionnelle des régimes obligatoire a montré ses limites?

Ceux qui préconisent la suppression des complémentaires ont le sentiment que leurs dépenses non remboursées par l'Assurance maladie se réduisent au ticket modérateur. Or c'est loin d'être le cas. Le ticket modérateur des dépenses de ville représente moins de la moitié des dépenses des complémentaires. Les dépenses les plus dynamiques sont des dépenses qui ne sont pas du tout remboursées par la Sécurité sociale, comme les implants dentaires ou le forfait hospitalier, ou des frais dont les prix sont totalement déconnectés des bases de remboursement, comme l'optique ou

les prothèses dentaires. Les complémentaires ne sont d'ailleurs pas moins présentes dans les départements alsaciens ou en Moselle, où le régime local rembourse presque à 100 %... des tarifs de la Sécurité sociale, mais pas des prix pratiqués.

En réalité, la maîtrise du reste à charge, quel que soit le financeur, passe d'abord par la recherche d'une nouvelle forme d'opposabilité des prix afin de stopper la course délétère entre les prix et les remboursements. Or, plus personne ne croit à un illusoire retour à des tarifs administrés pour l'ensemble des dépenses de soins. Il ne faut donc pas voir le copaiement comme une anomalie, mais au contraire comme une opportunité pour mieux réguler le système et imaginer des mécanismes de fixation des prix plus respectueux des différents partenaires.

Des solutions qui ne se résument pas à une augmentation des remboursements des complémentaires

Les sommes nécessaires pour réduire le reste à charge, dans les trois domaines pour lesquels le gouvernement s'est engagé, sont estimées à 4,5 milliards d'euros. Si certains ont rêvé, faisant preuve d'une immaturité économique étonnante, que les complémentaires pourraient prendre en charge une telle dépense sans augmenter leurs tarifs, les hypothèses évoquées sont aujourd'hui plus raisonnables puisque la ministre de la Santé a récemment déclaré «*qu'il n'est pas question de supprimer le reste à charge pour toutes les lunettes, audioprothèses et prothèses dentaires*». Seuls les patients optant pour un panier standard n'auraient aucun reste à charge. Est-ce la bonne solution?

Les pouvoirs publics ont toujours fait preuve de schizophrénie en imposant des normes prudentielles destinées à mieux garantir les souscripteurs de contrats et en invoquant l'existence de ces réserves obligatoires pour demander aux complémentaires des interventions supplémentaires sans modifier leurs tarifs. Si quelques marges peuvent exister ici ou là, le résultat technique moyen des complémentaires santé, proche de zéro, démontre que toute augmentation des interventions sera répercutée tôt ou tard dans la tarification.

La tentation de vouloir normer, encadrer les interventions des complémentaires n'est pas nouvelle. C'est la réponse qui avait été imaginée pour favoriser l'accès des retraités aux couvertures complémentaires, c'est ce qui est à l'œuvre dans les contrats responsables. Cet encadrement excessif a pour conséquence une accélération de la sélection des risques

en déplaçant la concurrence entre offreurs de soins vers les financeurs sur le seul critère de prix. Une telle concurrence favorise en effet les acteurs qui choisissent de limiter leurs interventions aux niches les plus solvables plutôt que de chercher à couvrir des populations plus larges en mettant en œuvre des mécanismes de mutualisation.

Le choix est simple. Soit on considère que les régimes obligatoires peuvent garantir une prise en charge de l'ensemble des dépenses de santé, mais il faut expliquer comment résoudre l'équation économique et répondre à l'enjeu d'organisation, soit on organise mieux l'intervention des complémentaires pour qu'elle contribue à la régulation du système de protection sociale.

«L'entre-deux» actuel nourrit les difficultés d'accès aux complémentaires pour les plus fragiles, complémentaires pourtant devenues indispensables pour se soigner, et contribue au développement des dispositifs des filets de sécurité comme la CMU. Alors que l'enjeu essentiel est l'organisation du parcours de soins des patients, n'est-il pas possible d'imaginer des solutions qui privilégient l'engagement des acteurs et leur responsabilisation pour une véritable diminution du reste à charge? La contractualisation entre financeurs et professionnels de santé est l'objet de débats passionnés mais souvent caricaturaux et simplificateurs, alors qu'il faudrait faire preuve de pragmatisme et mieux prendre en compte les caractéristiques des différents secteurs.

Peut-on comparer l'optique, dans laquelle les régimes obligatoires ne couvrent plus que 3,6 % de la dépense, et le secteur dentaire, où le décrochage du prix des prothèses dentaires des bases de remboursement est le fruit d'une politique d'économies à courte vue qui a conduit à une dévalorisation des soins conservateurs? Dans le premier cas, la solution passe à l'évidence par un renforcement des relations contractuelles entre opticiens et financeurs pour développer des accords qui mettent fin à la course délétère entre prix et remboursements. Comment diminuer les restes à charge si on ne met pas fin aux pratiques souvent dénoncées de ce qui est pudiquement appelé «l'ajustement», qui consiste à adapter l'offre au niveau de remboursement? Est-ce par une offre imposée aux acteurs, financeurs comme opticiens, qui existera sur le papier mais pas dans la réalité parce que contrainte et irréaliste économiquement?

La question de la filière dentaire est très différente. Les mêmes professionnels pratiquent des soins conservateurs, qui



globalement représentent les deux tiers de leur activité et le tiers de leurs revenus, et des soins prothétiques, qui leur procurent les deux tiers de leurs revenus pour un tiers de leur activité. Comment imaginer qu'un accord sur le prix des prothèses, qui ne sont plus financées qu'à hauteur de 18 % par les régimes obligatoires, ne soit pas articulé avec une revalorisation des soins conservateurs, sur lesquels les complémentaires n'interviennent globalement que pour couvrir le ticket modérateur. Ne faudrait-il pas commencer par rééquilibrer les interventions des deux financeurs pour éviter d'aller au bout de la logique actuelle, qui conduit à l'émergence d'une offre dite « *low cost* » exclusivement consacrée à l'activité prothétique, évidemment d'autant plus « rentable » qu'elle n'est pas pénalisée par la pratique de soins conservateurs ? Le secteur dentaire exige à l'évidence une négociation globale qui prenne en compte l'ensemble des enjeux de santé publique, y compris les domaines délaissés avec de lourdes conséquences sanitaires comme la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

L'audioprothèse répond encore à un autre modèle. Certes, comme pour l'optique, l'offre a considérablement augmenté (entre 2000

et 2017, le nombre d'audioprothésistes a plus que doublé) mais si le nombre d'appareils vendus a connu la même progression, il y a néanmoins un sous-équipement encore important. On estime à plus de 6 millions les personnes présentant une déficience auditive, moins de 2 millions sont équipées. Le débat porte sur le prix, qui ne représente pas que le coût de l'appareil mais le service associé, l'adaptation et le suivi. La plupart des observateurs, rejoints par les professionnels du secteur, estiment qu'une approche trop centrée sur le prix de l'appareillage, qui peut aller jusqu'au découplage entre appareil et prestations de suivi, présente des risques notamment en terme d'observance (la France est bien placée dans ce domaine puisque l'on estime à seulement 10 % le taux d'appareils vendus et non portés). Mais le paiement forfaitaire doit s'accompagner d'une grande vigilance sur le suivi et offrir des solutions réellement applicables, en cas de déménagement des patients par exemple. À l'évidence, le rôle de l'audioprothésiste n'est pas comparable à celui d'un opticien, mais on ne peut imaginer que l'effectivité du suivi ne soit pas mieux mesurée et évaluée.

Ces trois exemples montrent bien qu'il faut

sortir des postures et engager un dialogue entre les acteurs, qui, sinon, se verront imposer des solutions inadaptées ou difficilement applicables. Le débat sur le reste à charge est l'occasion de dépasser les clivages trop longtemps entretenus entre les acteurs. Le rôle des pouvoirs publics est davantage de faciliter ce rapprochement que d'imposer sa solution. De véritables usines à gaz ont été inventées dans un passé récent, pour les retraités par exemple, sans que cela n'apporte de réponse aux difficultés des intéressés.

La référence à des taux de remboursement ayant perdu tout sens est une illustration de notre attachement à une égalité de droits, même si elle n'est qu'illusion pour une partie de la population. L'approche par le reste à charge permet de progresser vers une égalité de fait et de sortir de l'hypocrisie qui entoure bien des discours sur la Sécurité sociale. Il serait dommage que cette occasion de réformer notre système pour améliorer l'accès aux soins soit gâchée faute de confiance faite aux acteurs. L'État doit être plus exigeant en fixant des objectifs ambitieux pour diminuer le renoncement aux soins, mais laisser plus de marges de manœuvre aux acteurs pour ne pas brimer leur capacité d'innovation. 🏠

Bibliographie générale

1. Askenazy P., Dormont B., Geoffard P.-Y. Pour un système de santé plus efficace. *Note du CAE*, juillet 2013, n° 8 : 12 p.
2. Auraaen A. et al. How OECD health systems define the range of good and services to be financed collectively. *OECD Health Working Papers*, 2016, n° 90. <http://dx.doi.org/10.1787/5jlnb591180x-en>
3. Bardey D., Couffinal A., Grignon M. Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral *ex post* en santé. *Questions d'économie de la santé*, juin 2002, n° 53 : 8 p.
4. Bazin F., Parizot I., Chauvin P. Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la région parisienne. *Sciences sociales et santé*, 2006, vol. 24, 3 : 11-32.
5. Beffy M., Roussel R., Dolard J., Mikou M., Ferretti C. *Les Dépenses de santé en 2016. Résultats des comptes de la santé*. Drees, 2017 : 174-175.
6. Bell-Alguedi R. *Analyse économique des systèmes mixtes d'assurance maladie*. Doctorat en sciences économiques soutenu à l'université de Franche-Comté, 2017.
7. Boltanski L. Les usages sociaux du corps, *Annales*. 1971, *Économies, Sociétés, Civilisations*, 1, 205-224.
8. Buchmueller T.C., Wittwer J. L'Obamacare : principes fondateurs et premiers résultats. *Revue française des Affaires sociales*, 2017, 1 : 231-248.
9. Castel R. Repenser la protection sociale. Entretien avec X. Molénat, paru dans *Sciences Humaines*, 2006, n° 168 et extrait de http://www.inegalites.fr/spip.php?article477&id_mot=40
10. Chadelat J.F. Les 10 ans de la CMU : 1999-2009. Actes du colloque. Ministère chargé de la santé, septembre 2010.
11. Chaupain-Guillot S., Guillot O. Health system characteristics and unmet care needs in Europe : an analysis based on EU-SILC data. *European Journal of Health Economics*, 2015, 16 (7) : 781-96.
12. Chaupain-Guillot S., Guillot O., Jankeliowitch-Laval E. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. *Économie et statistique*, 2014, n° 469-470.
13. Chauveaud C., Warin P. Le non-recours à la Couverture maladie universelle complémentaire. Enquête pour le fonds CMU-C auprès de populations précaires. Odenore, 2016.
14. Chiappori P.-A. *Risque et Assurance*. Flammarion, « Dominos », 1997
15. Chiappori P.-A., Durand F., Geoffard P.-Y. Moral hazard and the demand for physician services : first lessons from a French natural experiment. *European Economic Review*, 1998, 42 (3-5) : 499-511.
16. Cour des comptes. *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale*. Cour des comptes, septembre 2015.
17. Cour des comptes. « La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à définir ». In : *Rapport 2016 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale*. Cour des comptes, septembre 2016 : 153-203.
18. Célant N., Dourgnon P., Guillaume S., Pierre A., Rochereau T., Sermet C. L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 2014, n° 198.
19. Célant N., Guillaume S., Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. *Rapport de l'Irdes*, 2014, n° 556.
20. Célant N., Rochereau T. L'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale (EHS-ESPS) 2014. Les Rapports de l'Irdes, octobre 2017, n° 566.
21. Debrand T., Sorasith C. Apports du modèle de microsimulation Arammis : une analyse des effets redistributifs du plafonnement des restes à charge en ambulatoire. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, novembre 2010, n° 159.
22. Debrand T., Sorasith C. Bouclier sanitaire : choisir entre égalité et équité ? Une analyse à partir du modèle ARAMMIS. Irdes, *Document de travail*, 2010, 32.
23. Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusost F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. *Question d'économie de la santé*, 2011, n° 169.
24. Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. Renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. *Question d'économie de la santé*, 2011, n° 170.
25. Dormont B., Geoffard P.-Y., Tirole J. Refonder l'assurance maladie. *Note du CAE*, avril 2014, n° 12.
26. Dourgnon P., Boisguerin B. Le renoncement aux soins pour raisons financières, une approche économique. Actes du colloque du 22 novembre 2011, Paris, Drees, 2011 : 9-19.
27. Dourgnon P., Evrard I., Guillaume S. Vers un système d'information sur le coût des soins, les remboursements des couvertures obligatoire et complémentaire, et les restes à charge réels des ménages. Bilan et perspectives du projet Monaco. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, janvier 2013 n° 194.
28. Dourgnon P., Jusot F., Fantin R. Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. *Économie publique*, 2012, 28-29 : 123-147.
29. Dourgnon P., Or Z., Sorasith C. L'impact du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, janvier 2014, n° 183.
30. Drees. *Baromètre d'opinion de la Drees sur la santé, la protection sociale, sur les inégalités et la cohésion sociale*. Drees, 2017.
31. Drees. *Rapport 2015 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant la couverture santé*. Drees, 2015.
32. Eeckhoudt L., Fiori A.-M., Rosazza Gianin E. Insurance demand under downside loss aversion. EGRIE 2016 working paper.
33. Eeckhoudt L., Gollier C. Les risques financiers. Ediscience International, Paris, 1992.
34. Enquête sur le non-recours aux soins des bénéficiaires de la CMU. Fonds CMU-C, CETAF et EN3S, 2010.
35. Fassin D. Des inégalités méconnues. Entretien paru dans *Pratiques*, 2007, n° 39 et extrait de <http://www.inegalites.fr/spip.php?article777>
36. Finkelstein A., Taubman S., Wright B., Bernstein M., Gruber J., Newhouse J.-P., Allen H., Baicker K. et The Oregon Health Study Group. The Oregon Health Insurance Experiment : Evidence from the First Year. *Quarterly Journal of Economics*, 2012, 127, 3 : 1057-1106.
37. Fonds CMUC-C. *Rapport d'activité 2017*. Fonds CMUC-C, 2017.
38. Franc C., Pierre A. Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des restes à charge : une étude de cas. *Economie et Statistique*, 2015, n° 475-476, 31-49.
39. Franc C., Pierre A. Restes à charge élevés : profils d'assurés et persistance dans le temps. *Questions d'économie de la santé*, avril 2016, n° 217 : 6 p.
40. Geoffard P.-Y. *La Lancinante Réforme de l'assurance maladie*. Opuscule du Cepremap, Éditions Rue d'Ulm-Presses de l'ENS, 2006, 27 p.
41. Geoffard P.-Y., de Lagasnerie G. Réformer le système de remboursement pour les soins de ville, une analyse par microsimulation. *Économie et Statistique*, 2012, 455-456 : 89-113.
42. Goffman E. *Stigmate. Les Usages sociaux des handicaps*. Paris, Les Editions de minuit, 1975.
43. Guthmuller S., Wittwer J. L'effet de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sur le nombre de visites chez le médecin : une analyse par régression sur discontinuités. *Économie publique*, 2012, 28-29 : 95-120.
44. Haut Conseil de la santé publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Avis et Rapports du HCSP, 1998.
45. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. « Les restes à charge les plus élevés ». In : HCAAM. *Rapport annuel 2013*. HCAAM, 2014.



Bibliographie générale (suite)

46. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. « L'accessibilité financière des soins après assurance maladie obligatoire ». In : HCAAM. *Rapport annuel 2013*. HCAAM, 2014 : 13-76.
47. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. *La Généralisation de la couverture complémentaire en santé : rapport et avis*. HCAAM, 2013.
48. Haute Autorité de santé. Méthode d'élaboration des protocoles nationaux de diagnostic et de soins (PNDS). https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1340205/methode-d-elaboration-des-protocoles-nationaux-de-diagnostic-et-de-soins-pnds
49. Inspection générale des Affaires sociales. Premier rapport d'évaluation de la loi CMU, 2001.
50. Jess N. Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. Drees, *Études et Résultats*, décembre 2015, n° 944 : 6 p.
51. Jusot F. Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution. *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, 2013, 61S : S163 - S169.
52. Jusot F, Legal R., Louvel A., Pollak C., Shmueli A. Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ? Irdes, *Questions d'Économie de la Santé*, 2017, 225 : 1-6.
53. Jusot F, Legal R., Louvel A., Shmueli A., Pollak C. À quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts et les bas revenus en France ? *La Revue française d'Économie*, 2016, 31, 4 : 15-62.
54. Jusot F, Or Z., Sirven N. Variations in Preventive care utilisation in Europe. *European Journal of Ageing*, 2012, 9, 1 : 15-25.
55. Jusot F, Pierre A. Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non-couverture en France ? Une simulation à partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, septembre 2015, n° 209.
56. Lagasnerie (de) G., Jusot F, Wittwer J., Ricci-Renaud P., Gastaldi-Menager C., Mazars M., Riviere S., Fagot-Campagna A., Gissot C., Polton D. « Une analyse longitudinale (2008-2013) du reste à charge des ménages après remboursement par l'assurance maladie obligatoire ». In : Drees. *Les Dépenses de santé en 2014. Résultats des comptes de la santé*. Drees, 2015.
57. Lang T. (dossier coordonné par). Les inégalités sociales de santé. *Actualité et dossier en santé publique*, décembre 2010, n° 73 : 64 p.
58. Lardellier R., Legal R., Raynaud D., Vidal G. Dépenses de santé et restes à charge des ménages : le modèle de microsimulation Omar. *Economie et Statistique*, novembre 2012, n° 450.
59. Le Pallud V. Comment les organismes complémentaires fixent leurs tarifs ? Drees, *Études et résultats*, 2013, n° 850.
60. Legal R., Vicard A. Renoncement aux soins pour raisons financières. Drees, *Dossier Solidarité Santé*, juillet 2015, n° 66 : 28 p.
61. Manning W.G. et al. Health insurance and the demand for medical care : Evidence from a randomized experiment. *The American Economic Review*, 1987, 77 (3) : 251-277.
62. Ministère chargé de la Santé. Améliorer l'accès aux soins. « Reste à charge zéro ». Optique, audioprothèse, dentaire. Réunion de lancement de la concertation. Janvier 2018 : 11 p.
63. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Haut Comité de la santé publique. *Le Panier de biens et services de santé*. Rapport adressé à la Conférence nationale de santé et au Parlement, février 2000 : 96 p.
64. Newhouse J. P. *Free for All? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment*. Harvard University Press, Cambridge, Mas, 1993.
65. OCDE. *Panorama de la santé 2017. Les indicateurs de l'OCDE*. Éditions OCDE, Paris, 2017. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr
66. OECD/Eurostat/WHO. *A System of Health Accounts 2011. Revised Edition*. OECD Publishing, Paris, 2017. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>
67. Oakes W., Chapman S., Borland R., Balmford J. et Trotter L. Bulletproof skeptics in life's jungle : which self-exempting beliefs about smoking most predict lack of progression towards quitting ? *Prev Med*, 2004, 39 : 776-782.
68. Or Z., Jusot F, Yilmaz E. et The European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Inégalités sociales de recours aux soins en Europe. Quel rôle pour le système de soins ? *Revue Économique*, 2009, 60 (2) : 521-543.
69. Paris V. et al. Health care coverage in OECD countries in 2012. *OECD Health Working Papers*, 2016, n° 88. <http://dx.doi.org/10.1787/5jiz3kbf7pzv-en>
70. Paris V., Polton D. L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ? *Regards*, 2016, (1) : 69-79.
71. Paugam, S. « Les différents liens sociaux et leurs ruptures ». In : P. Chauvin et I. Parizot, dirs. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris, Inserm, 2005 : 38-60.
72. Pauly M. V. The Economics of Moral Hazard : Comment. *American Economic Review*, 1968, 58 : 531-537.
73. Peretti-Watel P. Lien social et santé en situation de précarité : état de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide. *Économie et statistique*, 2006, n° 391-392 : 115-130.
74. Perronnin M. La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres. *Questions d'économie de la santé*, janvier 2018, n° 229 : 6 p.
75. Perronnin M. Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, mai 2016, n° 2018.
76. Pierre A., Gosselin A., Perronnin M., Franc K. (2012) Impact d'une sur-assurance santé sur le reste à charge des patients. *Économie Publique*, 2012, 28-29 : 149-64.
77. Pierre A., Jusot F. The likely effects of employer-mandated complementary health insurance on health coverage in France. *Health Policy*, 2017, 121, 3 : 321 - 328.
78. Pierre A., Jusot F., Raynaud D., Franc C. « Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise : une évaluation ex-ante des gains et des pertes en bien-être ». *Revue Économique*, à paraître en 2018.
79. Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 : annexe 1. Programme de qualité et efficience « maladie », PLFSS 2018. <http://www.securite-sociale.fr/-LFSS-2018->
80. Raynaud D. Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. Drees, *Études et Résultats*, 2005, n° 378.
81. Revil H. Le renoncement aux soins : ses conséquences sur les personnes et sur le coût de la santé. *Revue de droit sanitaire et social*, à paraître en 2018.
82. Revil H., Bailly S. *Diagnostic du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la première vague de généralisation Pfidass*. Rapport d'étude pour le régime général de l'Assurance maladie, 2017.
83. Ricci P. Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMU-C en 2010. CnamTS, *Points de repère*, 2011, 35.
84. Safon M.-O. *Les Restes à charge ou les Dépenses de santé catastrophiques en France et à l'étranger : bibliographie thématique*. Irdes, 2017. <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-restes-a-charge-ou-les-depenses-de-sante-catastrophiques-en-france-et-a-l-etranger.pdf>
85. Schmidt U. (2016), « Insurance demand under prospect theory : a graphical analysis », the *Journal of Risk and Insurance*, 83, 1 : 77 - 89.
86. Soual H. *Les Dépenses de santé depuis 1950*. Drees, *Études et Résultats*, 2017, 1017 : 1-6.
87. Yilmaz E., Raynaud D. « Les patients en situation de précarité accueillis en court séjour restent-ils plus longtemps à l'hôpital ? » In : Drees. *Le Panorama des établissements de santé*. Drees, 2010.

Marie-Odile Safon, responsable du service documentation de l'Irdes, a réalisé la bibliographie de ce dossier.