

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. 🏠