

# 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

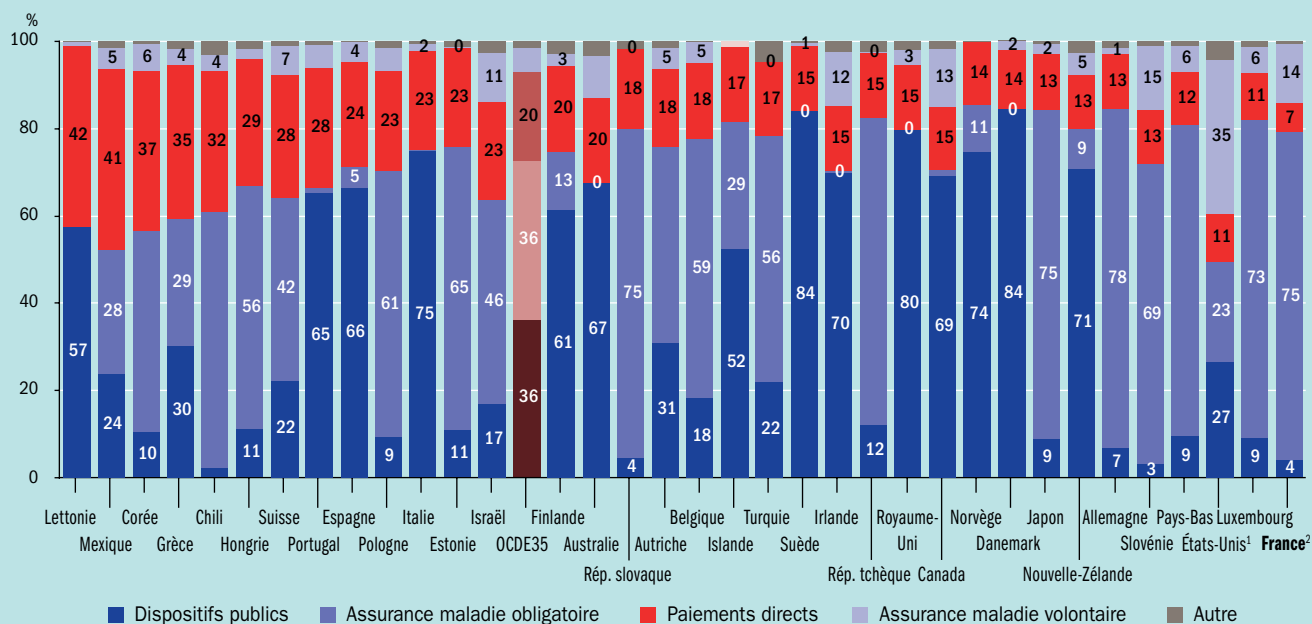
privée du financement de la santé pour laquelle les données sont les plus fragiles, en particulier en ce qui concerne les biens et services non couverts et les versements informels aux prestataires de soins. À ce titre, c'est l'une des principales sources d'erreurs d'estimation de la dépense totale de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



## Reste à charge et santé

figure 1

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

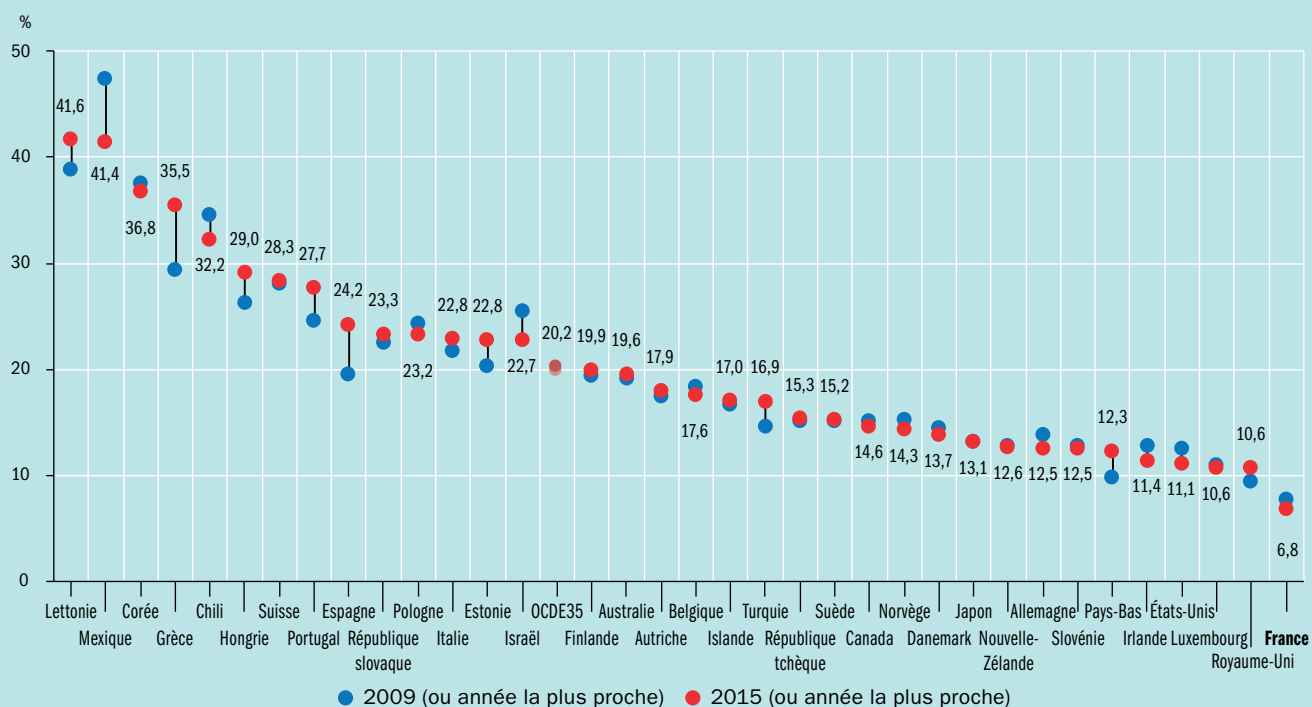


1. Les dépenses des sociétés d'assurance maladie privées aux États-Unis relèvent de l'assurance santé volontaire (Voluntary Health Insurance).
2. La France n'inclut pas les paiements directs des soins hospitaliers de longue durée, d'où une sous-estimation de la part des paiements directs.

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

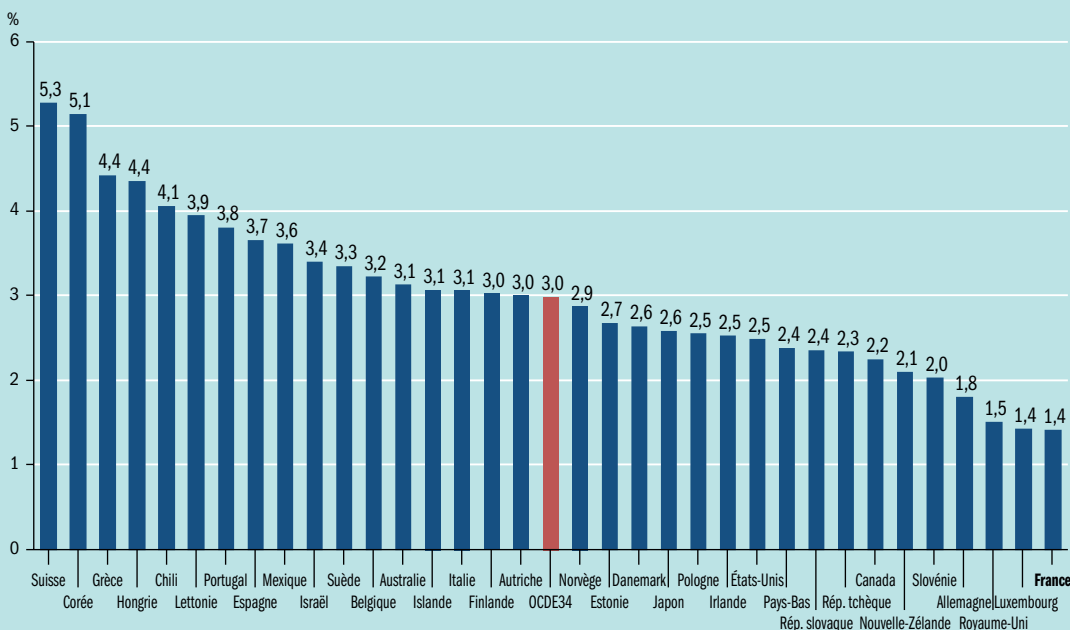
les produits pharmaceutiques, les soins dentaires et les frais d'optique que pour les soins hospitaliers [69]. Dans la majorité des pays, les dépenses consacrées aux produits pharmaceutiques et aux soins ambulatoires (dont les soins dentaires) sont les deux principaux postes de dépenses à la charge des 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.

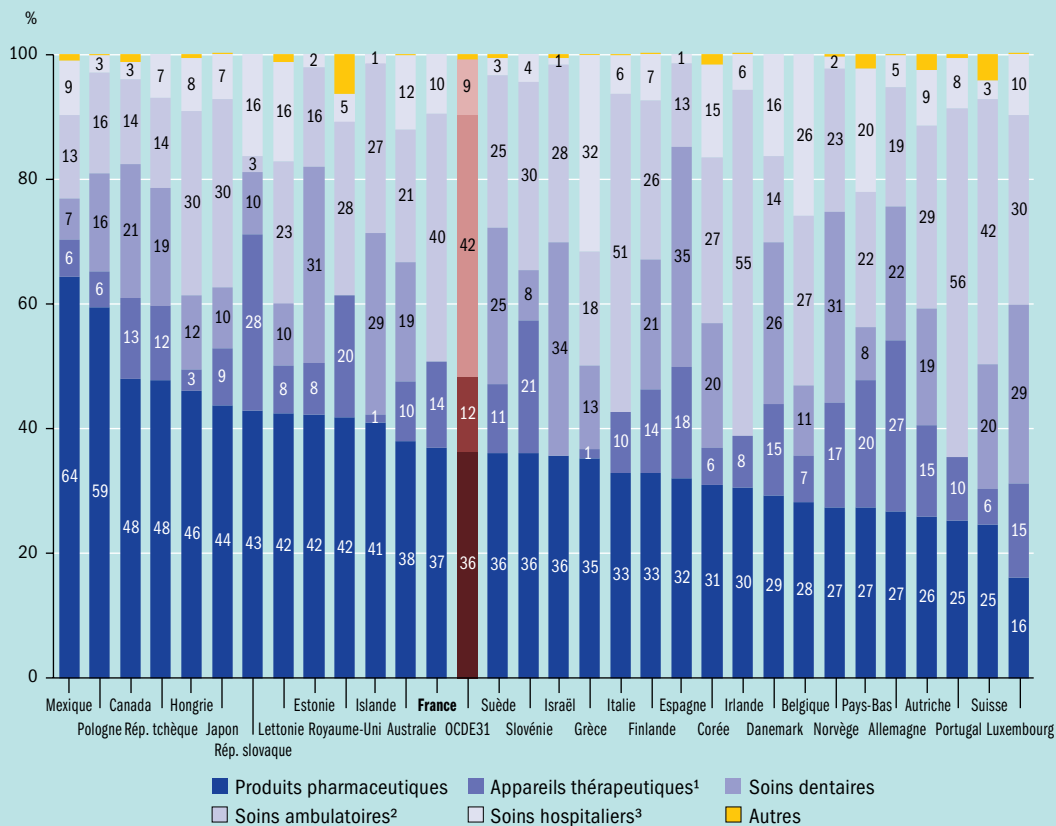
Les appareils thérapeutiques, qui comprennent les produits d'optique et les appareils auditifs, peuvent aussi représenter une part sensible des dépenses des ménages. En moyenne, ces dépenses représentent 12 % des dépenses à la charge des ménages dans les pays de l'OCDE mais on peut constater d'importantes 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. 🏠