



## 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.