



## 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<sup>er</sup> 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

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

**D**epuis 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 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