

Le ticket modérateur en France

Aspects historiques et réglementaires

Synthèse documentaire

Juillet 2022

Centre de documentation de l'Irdes

Marie-Odile Safon

Synthèses & Bibliographies

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté
www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-du-ticket-moderateur-en-france.pdf

Sommaire

Définition	2
LE TICKET MODERATEUR	2
L’AFFECTION LONGUE DUREE (ALD)	2
Textes réglementaires	3
DOCUMENTS DE REFERENCE	3
CHRONOLOGIE DES LOIS	4
Bibliographie	11
ASPECTS REGLEMENTAIRES	11
ETUDES SUR LE TICKET MODERATEUR ET LES AFFECTIONS LONGUE DUREE	11
Pour aller plus loin	17

Définition

LE TICKET MODERATEUR

Le ticket modérateur correspond au taux de participation de l’assuré dans le financement des soins. C’est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de l’Assurance Maladie. Son taux varie en fonction des actes et médicaments, de la situation, et du respect ou non du parcours de soins coordonnés. La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie du montant du ticket modérateur.

Exemple : quand le taux de remboursement des soins médicaux par l’assurance maladie se situe à 70 %, le ticket modérateur est de 30 %.

► Voir la définition du ticket modérateur sur ameli : [ce qui reste à votre charge¹](#)

Le taux de remboursement correspond à la participation de l’assurance maladie dans le financement des soins. Il varie aussi selon les types de soins... et s’effectue sur la base des tarifs de responsabilité.

► Voir les taux de remboursement selon les types de soins : [ce qui est remboursé](#)

L’AFFECTION LONGUE DUREE (ALD)

Une affection de longue durée (ALD) exonérante est une maladie qui nécessite des soins prolongés et des traitements particulièrement coûteux. Elle donne droit à exonération du ticket modérateur pour tous les actes en rapport avec elle (prise en charge à 100 % des dépenses liées à ces soins et traitements).

¹ Autres contributions restant à la charge de l’assuré : la participation forfaitaire de 1 euro, le forfait hospitalier, la franchise médicale sur les médicaments, le forfait à 24 euros, [le forfait patient urgences \(FPU\)](#), [Site d’Ameli](#). Juin 2022
Pôle Documentation de l’Irdes - Safon Marie-Odile
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html
www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-du-ticket-moderateur-en-france.pdf
www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-du-ticket-moderateur-en-france.epub

Trois catégories d'affections sont concernées :

- L'ALD liste
Il s'agit de l'une des 30 affections prévues à l'article L.322-3, 3° et inscrite sur la liste figurant à l'article D.322-1 du code de la sécurité sociale.
- L'ALD hors liste
Il s'agit d'une affection non inscrite sur la liste mais constituant une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave, nécessitant des soins prolongés.
- Les polyopathologies ou affections multiples
Il s'agit de plusieurs affections graves caractérisées.

Ces deux dernières catégories d'ALD exonérantes sont comprises dans la définition figurant à l'article L.322-3, 4° du CSS.

Textes réglementaires

DOCUMENTS DE REFERENCE

► Code de la sécurité sociale (CSS).

- Articles L.322-2 et L.322-3 relatifs à la participation de l'assuré aux frais de maladie.
- [Article annexe à l'article D.322-1](#) modifié par [Décret n°2011-726 du 24 juin 2011 - art. 1](#)
- Arrêté du 19 juin 1947 modifié, articles 71-4 et 71-4-1 (prise en charge du ticket modérateur pour les soins en rapport avec une affection grave ne figurant pas sur la liste mentionnée au 3° de l'article L.322-3 du CS
- Article L.174-4 relatif à l'imputation du forfait journalier hospitalier sur le ticket modérateur.
- Article R.322-8 relatif au ticket modérateur forfaitaire de 18 € et aux cas d'exonération du ticket modérateur.

► Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Articles L.251-1 et suivants relatifs à l'aide médicale d'État et L.254-1 relatif aux soins urgents.

► Circulaires

- Circulaire DHOS/F4/DSS/SD2A/2004/08 du 8 janvier 2004 relative à la mise en oeuvre du décret n°2003-1207 du 18 décembre 2003 sur la participation de l'assuré aux frais de soins.

- Circulaire DSS/DHOS/2006/290 du 3 juillet 2006 relative à la mise en oeuvre dans les établissements de santé du ticket modérateur forfaitaire pour les actes qui sont affectés d'un coefficient supérieur à 50 ou dont le tarif est égal ou supérieur à 91 €.

CHRONOLOGIE DES LOIS

Loi du 5 avril 1928 : lors des discussions parlementaires en préparation de la loi de 1928 sur les assurances sociales, le mot « Ticket modérateur » est mentionné. Se référant au système allemand, le T.M. est le "ticket" de visite représentant la participation du malade aux frais médicaux. Le médecin devait recevoir ce ticket des mains du malade et le remettre à la caisse pour percevoir le montant de ses honoraires. Ce système a été abandonné par la suite, mais le terme demeure. Dans les textes réglementaires, il est transcrit par l'expression : « participation de l'assuré ».

Loi du 30 avril 1930 : le ticket modérateur correspond à la participation de l'assuré au tarif de responsabilité établi dans les conventions (taux variables selon l'assuré entre 15 % et 20 %). Les bénéficiaires de la législation des pensions militaires en étaient dispensés. Une limitation journalière des frais médicaux et pharmaceutiques était instaurée.

Décret-loi du 28 octobre 1935 : suppression de la limitation journalière ; la participation de l'assuré est fixée à 20 %, sauf pour la part des frais pharmaceutiques excédant 25 F par ordonnance.

Ordonnance du 19 octobre 1945 : une des ordonnances de 1945 créait l'assurance de longue maladie. Une exonération du ticket modérateur a été accordée au malade « atteint d'une affection de longue durée nécessitant un traitement régulier, et notamment l'hospitalisation, ou lorsque son état nécessite le recours à des traitements ou à des thérapeutiques particulièrement onéreuse ». Cette mesure était guidée par l'attention particulière aux grands malades et à la couverture universelle des risques les plus lourds, d'autant qu'à cette époque, peu de personnes bénéficiaient d'une assurance complémentaire. La liste des affections était limitée à deux au départ.

Loi du 2 août 1949 : exonération du T.M. pour les bénéficiaires d'une rente d'accident du travail.

Décret n° 50-1225 du 21 septembre 1950 : le taux de remboursement des soins infirmiers par l'assurance maladie est fixé à 75 %. Le ticket modérateur est donc de 25 %.

Décret n° 55-563 du 20 mai 1955 tendant à la modification de l'ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicables aux assurés des régimes non agricoles : il fusionne le régime de l'assurance maladie et le régime d'assurance longue maladie, tout en maintenant le principe d'une exonération ou d'une réduction du ticket modérateur tant pour les assurés sociaux atteints d'une affection longue durée nécessitant un traitement régulier que pour ceux dont l'état nécessite le recours à des traitements particulièrement onéreux. Le T.M. est fixé à 20 %. Il est supprimé en cas d'actes affectés à la Nomenclature générale des actes professionnels d'un coefficient égal ou supérieur à 50, en cas d'affection de longue durée.

Décret n° 55-840 du 27 juin 1955 relatif aux frais médicaux et sociaux : il subordonne le bénéfice des exonérations du ticket modérateur à la double condition que le malade soit atteint de tuberculose, de maladie mentale, d'affection cancéreuse ou de poliomyélite et qu'il ait interrompu son travail (décret annulé en 1961).

Ordonnance n° 67-707 du 21 août 1967 : augmentation des taux de participation de l'assuré (30 %).

Décret n° 67-925 du 19 octobre 1967 : l'ordonnance prévoit que la participation de l'assuré peut varier selon la catégorie des prestations. Elle précise les cas dans lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée : hospitalisation, fourniture de certains appareils, affections prolongées et coûteuses inscrites sur une liste, autres affections non inscrites sur la liste, titulaires de l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité.

Décret du 18 juin 1968 : taux ramené à 25 %, pour les honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux.

Décret n° 69-133 du 6 février 1969 relatif aux frais médicaux et sociaux complété par celui **du 2 mai 1974** : instauration des 25 maladies exonérantes, puis de la 26ème. La 26ème maladie ne correspond pas à une pathologie définie, mais à des conditions particulières d'attribution de l'exonération.

Décrets du 4 février 1977 et du 10 juin 1977 : modification des taux de participation

- 35 % pour les frais d'honoraires des auxiliaires médicaux autres que les infirmiers ;
- 30 % pour tous les autres frais, y compris les frais de transport ;
- Exonération du ticket modérateur pour les médicaments reconnus comme irremplaçables, et instauration d'un ticket modérateur de 60 % pour les médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité (vignette bleue).

Décret n° 80-24 du 15 janvier 1980 : instauration du ticket modérateur d'ordre social. Il fixe les limites de l'intervention des organismes pratiquant une assurance complémentaire du risque maladie.

Décret n° 81-962 du 21 octobre 1981 : suppression du ticket modérateur d'ordre social.

Décret n° 85-652 du 29 juin 1985 : Augmentation du ticket modérateur à 35 % pour les soins infirmiers et la biologie.

Décrets n° 86-1378, 86-1379 et n° 86-1380 du 31 décembre 1986 : Consécutivement au plan Seguin de rationalisation des dépenses, suppression de la 26ème maladie et instauration de la liste des 30 maladies. Limitation de l'exonération du ticket modérateur aux seuls soins relatifs à l'affection en cause. Extension à tous les malades, exonérés ou non du T.M. de la participation de 60 % concernant les médicaments courants destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité à l'exception des maladies longues et coûteuses, des pensionnés militaires, des enfants ou adolescents handicapés et des titulaires d'une rente d'accident de travail d'incapacité au 2/3.

Le plan Seguin instaure l'ordonnancier bi-zone, destiné à séparer les prescriptions remboursées à 100 % des autres prescriptions sans rapport avec l'affection longue durée, remboursées au tarif habituel, et prises en charge par une éventuelle assurance complémentaire.

Décret 86-1376 du 31 décembre 1986 : Suppression de l'exonération du ticket modérateur en cas d'arrêt de travail de plus de 3 mois.

Décret 87-39 du 27 janvier 1987 limitant l'exonération aux seuls frais d'hospitalisation et supprimant la possibilité d'additionner le coefficient de l'intervention avec celui de l'anesthésie.

Décret n° 88-916 du 7 septembre 1988 : **suppression de la participation de l'assuré pour tout traitement en rapport avec la maladie exonérante** (remboursement à 100 % des médicaments à vignette bleue). Possibilité d'exonération du ticket modérateur en cas de maladie comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, ne figurant pas dans la liste

des 30 malades (Affections hors liste), ou en cas d'associations de plusieurs maladies entraînant un état pathologique invalidant (polypathologie).

Ce sont les ALD 31 et 32.

Il n'y a pas une liste précise des affections hors-liste. C'est un ensemble de critères, qui permet au médecin-conseil de dire si tel ou tel malade peut être exonéré du ticket modérateur. Les critères sont définis selon l'article .324.1 du code de la Sécurité sociale : toute affection longue, évolutive...nécessitant un traitement supérieur à 6 mois ou un arrêt de travail supérieur à 6 mois.

Pour les polypathologies, ce sont des ALD ou HL, évolutives et invalidantes. Le médecin-conseil statue en fonction du schéma de Wood (échelle de gravité des maladies) pour passer un malade en exonération complète.

Un protocole inter-régimes d'examen spécial (Pires) est mis en place comme premier instrument d'une gestion des soins au service de la qualité.

[Décret n° 93-676 du 27 mars 1993](#) portant modification de la liste des 30 maladies comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse, mentionnées à l'article L-322-3 pour permettre la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie des soins liés à l'infection par le VIH et ce dès la séroconversion.

[Décret n° 93-965 du 29 juillet 1993](#) et **[décret n° 93-1089 du 15 septembre 1993](#)** : augmentation des taux de participation des assurés au financement des soins, 30 % (au lieu de 25 % pour les honoraires des médecins, chirurgiens-dentistes et sages femmes ; 40 % (au lieu de 35 %) pour les honoraires des auxiliaires médicaux et des analyses. Le taux du ticket modérateur des médicaments augmente également (65 %, 35 %).

[Décret n° 93-1021 du 26 août 1993](#) relatif aux modalités de constatation des soins prescrits aux assurés sociaux atteints d'une affection de longue durée et modifiant le code de la sécurité sociale : il instaure l'ordonnancier bi-zone.

Arrêté du 23 décembre 1993 : il prévoit les modalités de remplissage de l'ordonnancier bi-zone.

[Décret n° 94-842 du 26 septembre 1994](#) : modification de la liste des 30 maladies, qui incorpore les maladies chroniques actives du foie.

[Décret n° 2002-594 du 22 avril 2002](#) : l'intitulé des 30 maladies inscrites a été modifié. Le diabète est admis dès le diagnostic, la sclérose en plaques ne doit plus être invalidante, l'infarctus du myocarde de moins de six mois est remplacé par « maladie coronaire », l'aplasie médullaire par « insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques », l'hémophilie est étendue aux affections constitutionnelles graves de l'hémostase.

[Loi n° 2004-810 du 13 août 2004](#) relative à l'assurance maladie (art. 41) et **[loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005](#)** relative au financement de la Sécurité sociale 2006 (art. 70) :

La Haute Autorité de santé joue un rôle essentiel dans le dispositif du T.M. Elle a désormais compétence pour proposer l'actualisation de la liste d'exonération. À cette liste sont désormais annexés les critères médicaux opposables utilisés pour la définition de l'affection de longue durée. Ils sont établis à l'attention des praticiens-conseils et des médecins traitants, et remplacent les recommandations du Haut Comité médical de la Sécurité sociale. Le ticket modérateur peut être proportionnel ou forfaitaire et la loi donne la base juridique à toutes les adaptations en fonction de la nature des soins, des conditions dans lesquelles ils sont dispensés ou des caractéristiques des populations assurées. Elles précisent la participation forfaitaire de l'assuré dans le financement des soins, et ajoutent aussi au ticket modérateur proportionnel, à partir du 1^{er} janvier 2005, une franchise d'un euro par acte ou consultation réalisé hors hospitalisation.

Dans le cadre du parcours de soins, le médecin traitant est au cœur du dispositif de soins, pour inscrire un patient en affection longue durée. Il établit le protocole de soins, conjointement avec le médecin-conseil et le médecin spécialiste. Ce protocole de soins est périodiquement renouvelable, en fonction de l'état de santé du patient ou des avancées thérapeutiques. La convention médicale signée le 12 janvier 2005 instaure la rédaction d'une synthèse annuelle à intégrer dans le dossier médical personnel.

Décret n° 2004-1049 du 4 octobre 2004 : il précise les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée « affections psychiatriques de longue durée » et ouvrant droit à la limitation ou la suppression de la participation de l'assuré. Cela concerne les ALD15 (maladie d'Alzheimer et autres démences) et ALD23 (affections psychiatriques).

Cas spécifique : le ticket modérateur forfaitaire de 18 euros

Extrait de : Règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé

Site du Ministère chargé de la santé

Le ticket modérateur forfaitaire (TMF) de 18 € remplace, depuis le 1er septembre 2006, le dispositif d'exonération totale du ticket modérateur qui était applicable aux actes diagnostiques ou thérapeutiques¹, dont le tarif est égal ou supérieur à 91€ dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 50 dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Désormais, une participation de 18 € est mise à la charge des assurés sociaux lorsque ces actes leur sont dispensés, en soins externes ou au cours d'une hospitalisation.

Décret n° 2008-1364 du 18 décembre 2008 relatif à la majoration de la participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale. : il autorise l'Assurance maladie à fixer l'augmentation du ticket modérateur dans une fourchette de « 37,5 % à 42,5 % » au-delà du taux normal de participation du patient qui est égal à 30 %.

Décret n° 2008-1440 du 22 décembre 2008 : l'exonération est reliée maintenant désormais au protocole de soins. Les conditions pour bénéficier de la 31^e maladie sont définies par deux conditions cumulatives : gravité de la pathologie et coût de son traitement. Reste à préciser pour éviter les contentieux inévitables : le sens de « particulièrement coûteux ».

Arrêté du 14 janvier 2009 : il abroge l'arrêté du 30 décembre 1986 modifié relatif à la prise en charge du ticket modérateur pour le traitement d'une affection grave ne figurant pas sur la liste mentionnée au 3° de l'article L. 322-3 du code de la Sécurité sociale.

Décret n° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l'annexe figurant à l'article D. 322-1 du code de la Sécurité sociale relative aux critères médicaux utilisés pour la définition de l'ALD « affections psychiatriques de longue durée ». Cela concerne les troubles précoces d'identité de genre (transsexualité), qui jusqu'à présent étaient pris en charge dans la catégorie des ALD 23. La prise en charge de ces patients sera désormais assurée dans le cadre du dispositif des affections de longue durée dites « hors liste » (31^{ème} maladie), comme le proposait la HAS dans son avis rendu, en date du 11 juin 2009. Il n'y aura donc pas de rupture de prise en charge pour ces patients (JO du 10/02/10).

Décret n° 2011-56 du 14 janvier 2011 relatif à la participation de l'assuré prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale. JO n° 12 du 15.01.2011.

Décrets n° 2011-74 et 75 du 19 janvier 2011 relatif à la suppression de la participation de l'assuré pour les actes médicaux et examens biologiques nécessaires au suivi de l'affection au titre de laquelle

l'assuré s'était vu reconnaître le bénéfice des dispositions du 3° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, JO du 21/01/11.

Décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 portant actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré, JO du 21/01/11. Ce décret actualise sans modification du périmètre, sur la base de deux avis rendus par la HAS, les critères d'admission et de renouvellement de l'ensemble des 30 ALD pour tenir compte des progrès scientifiques et précise les durées d'exonération.

Ces décrets s'appuient sur l'article 35 de la LFSS pour 2010 qui prévoit l'exonération des actes médicaux et examens de biologie nécessaires au suivi de l'assuré après sa sortie d'ALD. L'objectif du dispositif est de mettre fin à l'idée d'une ALD à vie en facilitant la sortie des ALD et de permettre aux personnes en rémission ou guéries de ne plus être stigmatisées par l'ALD, notamment en termes d'accès aux crédits. Les affections concernées sont les pathologies chroniques stabilisées depuis au moins six mois ne nécessitant plus de traitement mais un suivi clinique et paraclinique régulier pendant une durée d'au moins cinq ans (ALD cancers et hépatiques).

Décret n° 2011-201 du 21 février 2011 relatif à la participation de l'assuré prévue au 1° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, JO du 23/02/11.

Les conditions d'application de la participation forfaitaire de 18 euros sont revues à la hausse. En effet, la prise en charge à 100 % des actes médicaux onéreux thérapeutiques ou diagnostiques réalisés en cabinet de ville, dans un centre de santé ou en établissement de santé (hôpital, clinique), après acquittement d'un forfait de 18 euros, interviendra pour des actes d'un montant minimum de 120 euros et non plus de 91 euros, et pour ceux affectés d'un coefficient supérieur ou égal à 60 (contre 50). L'entrée en vigueur de la mesure est prévue le 1er mars 2011. Cette mesure s'inscrit dans le cadre de la maîtrise de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2011. Jusqu'ici, quand l'acte était inférieur à 91 euros, l'assurance maladie remboursait 80 % du montant et laissait 20 % à la charge de l'assuré. Au-dessus de 91 euros, l'assurance maladie remboursait à 100 % mais après avoir déduit un forfait de 18 euros. Dorénavant, l'augmentation du seuil d'application de ce remboursement, avec un forfait inchangé, va augmenter la participation de l'assuré social avec un ticket modérateur maximum de 24 euros. Saisie sur le projet de décret, l'Unocam avait rendu un avis défavorable le 7 janvier 2011, estimant que cette disposition a pour unique objet de transférer une dépense annuelle de 175 millions d'euros de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire.

Décret n° 2011-258 du 10 mars 2011 portant modification des conditions de prise en charge des frais de transport pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée, JO du 11/03/11 (le remboursement du transport est réservé aux assurés non autonomes - Cette nouvelle règle, dont le principe était inscrit dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011, entre en vigueur le 1er avril. Elle met fin au 100 % systématique pour les transports ALD.

Décret n° 2011-726 du 24 juin 2011 supprimant l'hypertension artérielle sévère de la liste des ALD, JO du 26/06/11

Décret n° 2011-727 du 24 juin 2011 relatif au renouvellement du droit à la suppression de la participation de l'assuré relevant de l'hypertension artérielle sévère avant la suppression de cette affection de la liste.

Décret n° 2012-43 du 13 janvier 2012 relatif à la participation de l'assuré prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale : il établit des nouvelles règles de fixation du ticket modérateur. Le gouvernement va désormais pouvoir se substituer à l'Union nationale des caisses d'assurance

maladie (Uncam) pour fixer le taux la participation de l'assuré aux dépenses de santé, aux termes de ce décret, en application de l'article 82 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012, qui impose à l'Uncam un délai pour se prononcer sur le taux du ticket modérateur, lorsque le gouvernement publie un décret fixant de nouvelles fourchettes de taux. Ce délai est fixé à deux mois, à l'expiration duquel le gouvernement est habilité à fixer lui-même ce taux par arrêté.

Pour la fixation du ticket modérateur applicable aux médicaments à service médical rendu (SMR) modéré, aux médicaments homéopathiques et aux dispositifs médicaux, le délai de deux mois s'apprécie à compter du 15 janvier 2012 pour se prononcer. La modification intervenue dans la LFSS 2012 fait suite à une décision du Conseil d'Etat rendue le 5 décembre 2011, qui avait partiellement annulé le décret du 14 janvier 2011 permettant de fixer une participation de l'assuré plus élevée qu'auparavant pour les médicaments à SMR modéré, les médicaments homéopathiques et les dispositifs médicaux. Le Collectif interassociatif sur la santé (Ciss), l'Union nationale des associations familiales (Unaf) et l'association des accidentés de la vie (Fnath) avaient vigoureusement protesté début décembre 2011 contre l'adoption de l'amendement ministériel ouvrant la voie à cette réforme dans la LFSS 2012, soulignant que la nouvelle réglementation permettait désormais au gouvernement de "reprendre la main" et de passer outre un éventuel refus de l'Uncam de fixer de nouveaux taux de remboursement, ce qui s'était produit en 2010.

Décision 352210 du 26 octobre 2012 : Le Conseil d'État valide la suppression de l'hypertension artérielle sévère de la liste des ALD

La haute juridiction administrative vient de rejeter le recours contre le décret supprimant l'hypertension artérielle sévère de la liste des ALD déposé le 25 août 2011 par la FNATH, l'Alliance du Cœur et le CISS. Le Conseil d'Etat n'a pas retenu l'ensemble des arguments avancés par les 3 associations d'usagers en estimant que cette mesure ne porte atteinte à aucun droit ni principe inscrit dans la loi ou la Constitution.

Décret n° 2016-1362 du 12 octobre 2016 relatif à la simplification du régime des affections de longue durée, JO du 14/10/16

La simplification de la procédure d'admission des patients au régime des affections de longue durée passe à la fois par des mesures d'allègement des procédures (notamment l'établissement du protocole de soins par le médecin traitant exclusivement, et la suppression de la signature de ce protocole par le patient) et par l'accélération de la reconnaissance par l'assuré de son affection grâce à l'encadrement dans un délai de deux semaines du temps laissé au service du contrôle médical pour traiter la demande, au-delà duquel l'avis de ce service est réputé favorable.

Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, JO n°0300 du 27 décembre 2019

L'article 35 réforme l'application du ticket modérateur à l'hôpital. En effet lors de la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les établissements de santé, un dispositif transitoire avait été mis en place pour la facturation du ticket modérateur (TM) par les hôpitaux publics et les établissements privés participant au service public hospitalier (ex dotation globale) pour les champs MCO et HAD.

Ces établissements pouvaient continuer à calculer le ticket modérateur sur la base des tarifs journaliers de prestations (TJP) et non des tarifs nationaux des prestations hospitalières (GHS pour le MCO, GHT pour l'HAD). L'article 35 de la LFSS de 2020 prévoit la création d'une tarification nationale journalière des prestations (TNJP), base de la facturation du ticket modérateur des séjours hospitaliers aux patients. Cette réforme qui devait entrer en vigueur au 1er janvier 2021 a été reportée d'un an au 1^{er} janvier 2022 par l'article 51 de la LFSS de 2021 afin de tenir compte de la très forte mobilisation des agences régionales de santé et des établissements de santé dans la gestion de la crise sanitaire. Elle concerne également le champ de la psychiatrie, en cohérence avec l'évolution des modèles de financement des recettes assurance maladie, qui introduit un mode de financement commun aux deux secteurs de financement.

Plusieurs textes réglementaires définissent les modalités de fixation de la grille de tarification nationale journalière des prestations. Le calcul pour le MCO, l'HAD et la psychiatrie est détaillé :

- [Décret n° 2021-1855 du 28 décembre 2021 relatif à la tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés](#)
 - [Arrêté du 28 décembre 2021 fixant pour la période du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2025 la tarification nationale journalière des prestations des établissements MCO et HAD](#)
 - [> Arrêté du 28 décembre 2021 fixant pour la période du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2025 la tarification nationale journalière des prestations des établissements psychiatriques²](#)
 - [Instruction n° DGOS/R1/2022/93 du 4 avril 2022 relative aux consignes d'évolution des tarifs journaliers de prestations \(TJP\) applicables aux établissements de santé issus de la tarification nationale journalière des prestations \(TNJP\) au titre de l'année 2022 parue dans le \[Bulletin Officiel n° 2022/10 - 29 avril 2022\]\(#\)](#)
- Pour en savoir plus sur les calendriers d'application de la réforme : consulter [l'annexe 9 du PLFSS 2022](#) et la [Loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 \(Article 37\)](#).

[Loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021](#)

L'article 51 instaure un forfait « Urgence hospitalière ».

- Les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation en service MCO (médecine / chirurgie / obstétrique) ou odontologie donnent lieu à une participation de l'assuré social aux frais occasionnés par son passage sous forme de forfait, dont le montant est déterminé par arrêté pris après avis de l'Uncam et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam). Ce forfait remplace le ticket modérateur mais comporte des exceptions :
- Le forfait peut être réduit en cas de grossesse, d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, d'invalidité, de titulaire d'une allocation à la suite d'un accident de travail ou maladie professionnelle, de nouveau-né dans les 30 jours suivant la naissance
- Le forfait peut être supprimé en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, pour les victimes d'acte de terrorisme, pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'infractions sexuelles.

☒ Pour les dispositions générales sur la participation des assurés au financement des soins : se reporter au Code de la Sécurité sociale, articles L322-2 et R322-2 et suivants.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20120904>

☒ Pour les dispositions de dérogation au périmètre de remboursement : se reporter au Code de la Sécurité sociale, article L162-17-2-1.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20120904>

☒ Les textes de loi sont consultables sur Legifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

À partir de 1947.

² Atih (2022). [Réforme du ticket modérateur en psychiatrie : note sur la campagne budgétaire et tarifaire](#).

Pôle Documentation de l'Irdes - Safon Marie-Odile

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-du-ticket-moderateur-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-du-ticket-moderateur-en-france.epub

Bibliographie

ASPECTS REGLEMENTAIRES

- Traité de la Sécurité sociale : tome II (titre IV, chapitre III, sous-chapitre X)
- Code de la Sécurité sociale, code de la Mutualité (Dalloz)
- En ligne sur Legifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Droit de la Sécurité sociale (J.J. Dupeyroux – Dalloz)
- Revue médicale de l'assurance maladie
- N° 2 (1994) : Enquêtes statistiques concernant les maladies donnant lieu à l'exonération du ticket modérateur
- N° 2 (1982) : Critères d'exonération du ticket modérateur
- N° 4 (1983) : Recommandations du Haut comité médical de la Sécurité sociale au sujet de l'exonération de participation des assurés
- N° 1 (1987) : Bilan de 25 ans des travaux du HCMSS
- N° 1 (1988) : Les trente maladies
- N° 3 (1989) : Actualisation 1989 des recommandations du HCMSS
- N° 1 (1990) : Maladies de longue durée et plan de rationalisation des dépenses
- N° 3 (1990) : Recommandations du HCMSS
- N° 1 (1992) : Recommandations du HCMSS
- Carnets statistiques de la Cnamts : le régime général en...
- [Base de données sur les dépenses d'assurance maladie \(Open data\)](#)
- ALD : incidence, coût... : [site d'Ameli](#)
- Liste des ALD : [site d'Ameli](#)

AUTRES ETUDES SUR LE TICKET MODERATEUR ET LES AFFECTIONS LONGUE DUREE

(1928). C'est le système connu en Allemagne sous le nom de ticket modérateur. Journal de Confolens, 28 octobre 1928 ([Gallica](#))

(1930). Commentaire officiel de la loi des assurances sociales. Paris : Etienne Chiron ([Gallica](#))

Adjerad, R. et Courtejoie, N. (2021). "Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures." [Etudes Et Resultats \(Drees\)](#)(1180): 7

Bernadou, M., Labadie, J. C. et Gachie, J. P. (1989). "La suppression du ticket modérateur est-elle possible ?" *Revue Française des Affaires Sociales* **42**(3): 37-47.

Bernadou, M., Meynie, B., Rey, J. P., Robine, M. et Labadie, J. C. (1988). "La suppression du ticket modérateur : son intérêt - son coût." *La Revue Française de la Santé Publique*(41): 40-43.

- Bocognano, A. (1992). Évolution de la protection sociale entre 1980 et 1990. Rapport Credes: 77.
- Bocognano, A. et Lecomte, T. (1993). Consommation médicale et taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Rapport Credes: 61.
- Boisselot, P. (1996). "Exonération du ticket modérateur et protection complémentaire." *Solidarite Sante - Etudes Statistiques*(3): 82-91.
- Bouzou, N. et Moukala Same (2021). Complémentaires santé : moteur de l'innovation politique. Paris Fondation pour l'Innovation Politique
- Bras, P. L., Grass, E. et Obrecht, O. (2007). "En finir avec les affections de longue durée (ALD), plafonner les restes à charge." *Droit Social*(4): 463-471.
- Briet, R., Fragonard, B., et Lancry, P. J. (2007). Mission bouclier sanitaire. Paris : La documentation française : 57p.
- Briet, R. et Obrecht, O. (2007). "Affections de longue durée : distinguer les enjeux médicaux et économiques." *Actualite et Dossier en Sante Publique*(59): 55-56.
- Bureau, D. et Plassart, A. (1999). Comment réguler les dépenses de santé ? Cahiers Français Emploi et protection sociale, Paris : La Documentation Française: 85.
- Caby, D. et Eidelman, A. (2015). "Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des affections de longue durée (ALD) ?" *Lettre Tresor Eco*(145): 8 , tabl., fig.
- Chabaud, S. et Collombet, C. (2001). Le panier de biens et services médicaux remboursés par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire : d'une réalité implicite à une redéfinition explicite, Saint-Etienne : CNESS. 39e promotion du CNESS.
- Chadelat, J. F. (2003). La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé. Paris : La documentation française : 33p.
- Cnam (1980). Enquête sur les motifs d'exonération du ticket modérateur en hospitalisation. 3 volumes. Paris : Cnam.
- Cnam (1991). Exonération du ticket modérateur. Paris : Cnam: 152.
- Cnam (1999). Concentration des dépenses d'assurance maladie et montant des remboursements individuels : année 1995. Paris : Cnam : 71p.
- Cnam (2002). ALD 30 : affections longue durée exonérantes : recommandations : actualisation avril 2002, Paris : Cnam
- Cnam (2004). Les affections de longue durée de la liste (ALD 30) en France de 1990 à 2002. Paris : Cnam: 25p.
- Cnam (2002). L'évolution de la consommation médicale des patients atteints d'une affection de longue durée entre 2000 et 2002." *Point de Conjoncture (Cnamts)*(29-30): 45p.
- Cnam (2006). Fréquence des affections de longue durée (ALD 30) au régime général : premiers résultats de l'étude "fréquence et coût des ALD". Paris : Cnam: 18p.
- Cnam (2006). Nouvelles prises en charge en affection de longue durée de la liste (ALD 30) en 2005. Paris : Cnam: 28p.

Cnam (2007). "Hypertension artérielle et facteurs de risque associés : Une nouvelle étude de l'Assurance Maladie sur les évolutions entre 2000 et 2006." Point D'information Mensuel: 10.

Cnam (2017). [Données relatives à l'ensemble des bénéficiaires du dispositif des ALD une année donnée](#), Paris : Cnam

Conseil Municipal de Paris (1930). Rapport du conseil municipal de Paris : Part 2, n° 119, A1930 ([Gallica](#)).

Cour des Comptes (2016). La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir. [Sécurité sociale : Rapport 2016 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale.](#), Paris : Cour des Comptes: 155-203.

Cour des Comptes (2016). La prise en charge des affections de longue durée : une dynamique non maîtrisée, une gestion médicalisée de la dépense à mettre en oeuvre. [Sécurité sociale : Rapport 2016 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale.](#), Paris : Cour des Comptes: 40.

Cuerq, A., Paita, M. et Ricordeau, P. (2008). "[Les causes médicales de l'invalidité en 2006.](#)" Points De Repere(16): 8 , fig., tabl.

Czenichow, P. et Com Ruelle, L. (2018). ""Reste à charge : entre souhaitable et possible. Editorial." [Actualite et Dossier en Sante Publique](#)(102)

Debrand, T. et Sorasith, C. (2010). "[Apports du modèle de microsimulation Arammis : une analyse des effets redistributifs du plafonnement des restes à charge en ambulatoire.](#)" Questions D'economie De La Sante (Irdes)(159): 1-8.

Debrand, T. et Sorasith, C. (2010). [Bouclier sanitaire : choisir entre égalité et équité ? Une analyse à partir du modèle ARAMMIS.](#) Document de travail Irdes ; 32. Paris Irdes: 31.

Debrand, T. et Sorasith, C. (2010). [Out-of-pocket maximum rules under a compulsory health care insurance scheme : a choice between equality and equity.](#) Document de travail Irdes ; 34. Paris Irdes: 30.

Denantes, M. (2015). "[Le tiers payant en médecine générale. Journal d'une généraliste d'un quartier populaire de Paris.](#)" Seve : Les Tribunes De La Sante(48): 57-72, ill.

Desaunay, C. (2010). "L'assurance maladie face aux défis des ALD." Futuribles(361): 75-76, fig.

Dourgnon, P., Or, Z. et Sorasith, C. (2013). "[L'impact du dispositif des affections de longue durée \(ALD\) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008.](#)" Questions d'économie de la santé (Irdes)(183): 1-6.

Dourgnon, P. et Sermet, C. (2002). La consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire ? [Rapport CreDES](#): 213p.

Durand-Zaleski, I. et Vedel, I. (2001). Le choix des soins garantis par l'assurance maladie obligatoire : recommandations. Paris : IEPS ; Médecine Sciences Flammarion.: 63p.

Ecalte, F. (2007). "Assurance-maladie : plafonner les franchises et tickets modérateurs en fonction du revenu." Societal(56): 4-7, tabl.

Ecalte, F. (2008). "Le bouclier sanitaire en France." Futuribles(340): 5-16, graph.

Fender, P., Ricordeau, P., Weill, A., Vallier, N. et Chinaud, F. (2004). Incidences médico-sociales des ALD 30 en 1999 : données du régime général de l'assurance maladie: 149p.

Fender, P. F., Paita, M., Ganay, D. et Benech, J. M. (1997). "Prévalence des trente affections de longue durée pour les affiliés au Régime général de l'Assurance Maladie en 1994." *Revue D'Epidemiologie et de Sante Publique* **45**(6): 454-464.

FNMF (2019). *Hôpital : des restes à charge inégalitaires*. L'Observatoire de la Mutualité française. Paris FNMF: 40.

Fragonard, B. (2004). [Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : 23 janvier 2004](#). Paris : Hcaam : 449p.

Garros, B. (2007). "ALD et complémentaires santé : pour une gestion intégrée du risque avec l'assurance maladie obligatoire." *Actualite et Dossier en Sante Publique*(59): 51-54.

Garros, B. (2010). "Bouclier sanitaire : à la recherche de la solidarité perdue !" *Actualite et Dossier en Sante Publique*(72): 50-52.

Geay, C. et Lacasgnerie, G. de. (2013). *Projections des dépenses de santé à l'horizon 2060 : le modèle PROMEDE*. Paris Direction Générale du Trésor.

Geoffard, P. Y. (2000). "Dépenses de santé : l'hypothèse d'"aléa moral"." *Economie & Prevision*(142): 123-135.

Geoffard, P. Y. et Lagasnerie, G. (2009). [Réformer le système de remboursement pour les soins de ville : une analyse par microsimulation](#), Paris : CES

Gigon, E., Lemaire, N., Bismuth, C. et et al. (2007). "Fonctionnement du dispositif des ALD." *Actualite et Dossier en Sante Publique*(59): 38-44, fig.

Grandfils, N. (1994). *Prestations, santé et protection sociale : une approche socio-économique - première exploitation de deux enquêtes jumelées EPAS-ESPS 1988*. [Rapport CreDES](#): 246p.

Grandjean, H. (2010). "La prise en charge des maladies chroniques." *Actualite et Dossier en Sante Publique*(72): 2-.

Grangier, J., Mikou, M. et Roussel, R. (2017). "[Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015](#)." *Etudes Et Resultats (Drees)*(1025): 6.

HAS (2007). [Méthode d'élaboration des guides d'affections de longue durée \(ALD\) à destination des médecins et des listes des actes et prestations](#). [Guides méthodologiques](#). Saint-Denis : HAS: 18.

HAS (2009). [Affections psychiatriques de longue durée. Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte](#). Guide médecin. [Guides ALD](#). Paris : Has: 39.

HCAAM (2022). *La place de la complémentaire santé et prévoyance en France*. Paris HCAAM: 2 vol. (43 +39

HCAAM (2022). *Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre sécurité sociale et assurance maladie complémentaire*. Paris HCAAM: 138

HCAAM (2021). *Complémentaire santé et prévoyance*. Paris HCAAM: 43

HCAAM (2021). *Avis du HCAAM sur la régulation du système de santé*. Paris HCAAM: 24.

HCAAM (2005). [Pour une prise en charge efficiente des maladies dites « affections de longue durée »](#). [Le régime des affections de longue durée \(ALD\)](#), Paris : Hcaam

HCAAM (2007). *Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie 2007*. Paris : HCAAM: 144p.

HCAAM (2013). [Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie 2013](#). Paris : Hcaam. 2 vol. (273) : 145

HCSP (2000). Panier de biens et services de santé : première approche : rapport à la Conférence nationale de la santé 2000. Paris : Haut Comité de la Santé Publique : 120p.

HCSP (2001). Panier de biens et services de santé : du concept aux modalités de gestion : rapport à la Conférence Nationale de la Santé 2001. Paris : Haut Comité de la Santé Publique: 73p.

HCSP (2009). [La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique](#). Paris HCSP: 70 , annexes.

HCSP (2016). Diagnostic et prise en charge précoces des maladies chroniques. Paris : HCSP: 81 , tab., graph., fig.

Heam, J. C., Mikou, M., Ferreti, C., et al. (2019). Comparaisons internationales du reste à charge des ménages. [Les dépenses de santé en 2018 : Résultats des comptes de la santé. Edition 2018.](#), Paris : Drees: 118-119.

Jess, N., Legal, R., Louvel, A. et et al. (2015). [Les dépenses de santé à la charge des ménages retraités](#). Note de la Drees pour le COR. Paris COR: 30 , tabl.

Johanet, G., Allemand, H. et Fender, P. (2001). "Incidences médico-sociales des 30 affections de longue durée de la liste (ALD 30) en 1998. Nouvelles déclarations 1998." Etudes et Enquetes Cnamts/Ensm: 155p.

Johanet, G., Allemand, H., Weill, A. et Vallier, N. (2000). "Incidences médico-sociales des 30 affections de longue durée de la liste (ALD 30) en 1997. Nouvelles déclarations 1997." Etudes et Enquetes Cnamts/Ensm: 133p.

Journal Officiel (1930). Débat parlementaire. 11-14 mars 1930 ([Gallica](#))

Jusot, F., Legal, R., Louvel, A., Pollak, C. et Shmueli, A. (2016). "[A quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts revenus et les plus modestes en France ?](#)" Revue Francaise D'economie **31**(4): 15-62, 16 tab., 10 graph.

Jusot, F., Carre, B. et Wittwer, J. (2019). "Réduire les barrières financières à l'accès aux soins." [Revue Francaise D'economie](#) **34**(1): 133-181.

Jusot, F. et Perronnin, M. (2018). "Le reste à charge comme instrument de régulation des dépenses de santé." [Actualite et Dossier en Sante Publique](#)(102): 19-23.

Lafon, A. et Louvel, A. , Montaut, A. (2017). "[La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens - La France, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse](#)." Dossiers De La Drees (Les)(19): 32 , tab., graph., fig.

Lancry, P. J. (1995). Le financement de la santé en France. [Revue D'Economie Financiere](#) **Le financement de la santé**: 167-181.

Laude, A. (2013). "Le patient entre responsabilité et responsabilisation." Seve : Les Tribunes De La Sante(41): 79-87.

Lauzeille, D., Cherie-Chaline, L., Marchand, J. L., Grosclaude, P. et Dentan, C. (2012). "[Les données d'exonération du ticket modérateur pour affections de longue durée \(ALD\), source potentielle pour la surveillance des cancers d'origine professionnelle ?](#)" Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(5-6): 68-71.

Lavergne, S. (2007). "Le point de vue des usagers sur le dispositif des ALD." *Actualite et Dossier en Sante Publique*(59): 57-59.

Levy, E., Le, P. C. et Rochemaix, L. (1993). "Responsabiliser... autrement. De la participation individuelle au financement des soins médicaux." *Cahiers du Ceres A*(9): 79p.

Malone, A. (2019). "Reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire." *Lettre Du College (La)*(1): 5-7.

Ministère chargé de la Santé (2018). Comparaisons internationales du reste à charge des ménages. Les dépenses de santé en 2017 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2018., Paris : Ministère chargé de la Santé: 132-133.

Ministère chargé de la Santé (1987). "Plan de rationalisation de l'assurance maladie." *Bulletin Officiel du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarite Nationale*(7 bis): 54p.

OCDE (2017). Panorama de la santé 2017. Indicateurs de l'OCDE. Paris OCDE: 221 , ann., graph., tabl.

Oder, R., Morel, G. et Benech, J. M. (1990). "Maladies de longue durée et plan de rationalisation des dépenses : approche qualitative." *Revue Medicale de L'Assurance Maladie*(1): 1-8.

Paita, M., Ricordeau, P., Roquefeuil, L. de., Studer, A., Vallier, N. et Weill, A. (2007). "Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire." *Points De Repere*(8): 12.

Paita, M., Riviere, S., Tala, S. et al. (2016). "Les bénéficiaires du dispositif des ALD en 2014 et les évolutions depuis 2005." *Points De Repere*(46): 17 , tabl., fig.

Paita, M. et Weill, A. (2007). "Les bénéficiaires d'affection de longue durée au 31 décembre 2006." *Points De Repere*(9): 8.

Paita, M. et Weill, A. (2008). "Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2007." *Points De Repere*(20): 8.

Penneau, A., Pichetti, S. et Espagnacq, M. (2020). "Restes à charge sanitaires des personnes âgées dépendantes à domicile." *Gerontologie Et Societe* **42**(162): 121-140

Perronnin, M. (2018). "Pour quels soins et quels patients ? Iniquités des restes à charge selon la santé et le niveau de vie. Enseignements de travaux récents de l'Irdes." *Actualite et Dossier en Sante Publique*(102): 24-35.

Perronnin, M. (2016). "Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis." *Questions D'economie De La Sante (Irdes)*(218): 1-8.

Perrot, P., Weill, A. et Vallier, N. (2007). "Les affections de longue durée." *Actualite et Dossier en Sante Publique*(59): 17-60.

Pillonel, J., Cazein, F., Lot, F., Pinget, R., Harlin, J. M., Altana, M., et al. (2011). "Admissions en affection de longue durée pour le VIH : comparaison avec les découvertes de séropositivité VIH, France, 2003-2009." *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*(43-44): 458-463.

Raynaud, D. (2020). Quels restes à charge en France ?, Paris : France Assos Santé

Regnard, P., Sauze, L. et Ha-Vinh, P. (2011). "Affections de longue durée et différences de morbidité entre travailleurs salariés et travailleurs indépendants." *Pratiques Et Organisation Des Soins*(1): 1-9.

Rey, J. P. (1995). "Critique du ticket modérateur en assurance maladie." *Revue Française des Affaires Sociales* **49**(4): 107-122.

Rey, J. P. (1995). Critique du ticket modérateur en assurance maladie. Thèse de Doctorat en droit de la Sécurité sociale.

Robert, P. (1982). "Essai d'évaluation des effets du ticket modérateur sur les dépenses de santé." *Revue du Praticien*(33): 2253-2257.

Rochaix, L. (1995). Le financement par les particuliers : la boîte de Pandore. *Revue D'Economie Financiere*
Le financement de la santé: 197-227.

Rocheffort, R. (1986). "La part de la dépense de santé à la charge des ménages : regard sur longue période et évolution récente." *Cahiers de Sociologie et de Demographie Medicales*(2): 83-110.

Romon, I., Auleley, G. R., Weill, A., Gosselin, S., Perez, P., Van, Bockstael, V. et al. (2007). "[L'incidence des admissions en affection de longue durée pour diabète chez l'enfant en France, de 2003 à 2005.](#)" *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*(44-45): 378-380, graph.

Saliba, B. et Ventelou, B. (2007). "[Impact de l'état de santé sur le travail à temps partiel des français, approche par les maladies chroniques, France, 2002-2003.](#)" *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*(2-3): 23-26.

Samson, S., Ricordeau, P., Pepin, S., Tilly, B., Weill, A. et Allemand, H. (2007). "Hypertension artérielle et facteurs de risque associés : évolutions des traitements entre 2000 et 2006." *Points De Repere*(10): 8.

Sermet, C. (1995). Les exonérés du ticket modérateur : caractéristiques sociodémographiques, consommations médicales : France 1991-1992. *Rapport Credes*: 101p.

Thuret, A., De Peretti, et Gremy, I. (2012). "Évolution de l'état de santé depuis 20 ans : l'évolution de la surveillance épidémiologique des maladies chroniques au cours des vingt dernières années." *Actualite et Dossier en Sante Publique*(80): 18-23.

Vallier, N. (2008). "Les maladies chroniques psychiatriques et neurologiques des enfants et adolescents en France : prévalence des affections de longue durée en 2004." *Points De Repere*(18): 1-8.

Vallier, N., Salanave, B. et Weill, A. (2006). "Coût des trente affections de longue durée pour l'assurance maladie." *Points De Repere*(3): 8.

Vallier, N., Salanave, B. et Weill, A. (2006). "Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée." *Points De Repere*(1): 8.

Vallier, N., Salanave, B. et Weill, A. (2007). "Les aspects économiques des affections de longue durée." *Actualite et Dossier en Sante Publique*(59): 30-37, fig., tabl.

Venere, U. (1993). "L'exonération du ticket modérateur à titre individuel." *Point Stat*: 4.

Vialaret, K., Vidal, P., Lecadet, J. et Baris, B. (2007). "Cancer du sein : suivi à dix ans d'une cohorte de patientes admises en affection de longue durée en 1994." *Pratiques Et Organisation Des Soins* **38**(3): 169-176, tabl.

Weill, A., Vallier, N. et Salanave, B. (2007). "La fréquence des 30 affections de longue durée." *Actualite et Dossier en Sante Publique*(59): 18-29, fig.

Pour aller plus loin

- La [bibliographie sur les restes à charge et les dépenses catastrophiques](#) : site de l'Irdes ;

Pôle Documentation de l'Irdes - Safon Marie-Odile

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-du-ticket-moderateur-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-du-ticket-moderateur-en-france.epub

Historique du ticket modérateur en France

- [Les restes à charge](#) : Actualités et dossier en santé publique, n° 102, 2018 ;
- [La cartographie des dépenses et pathologies](#) : site d'Ameli