

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/217-restes-a-charge-eleves-profil-assures-et-persistence-dans-le-temps.pdf>

Restes à charge élevés : profils d'assurés et persistance dans le temps

Carine Franc (Inserm, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Université Paris-Saclay, Université Paris-Sud, UVSQ, CESP, Inserm U1018, Villejuif, Irdes),

Aurélié Pierre (Irdes)

En France, les restes à charge des assurés après remboursements de l'Assurance maladie obligatoire représentent en moyenne un quart de la dépense de santé. Ils peuvent cependant s'avérer très élevés pour certains individus et constituer une véritable barrière à l'accès aux soins, *a fortiori* s'ils se répètent dans le temps. A partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) appariée aux données de consommations de soins sont construits, à l'aide d'une typologie, les profils des 10 % d'individus qui supportent les restes à charge les plus élevés en 2010. Quatre profils sont identifiés en fonction des divers postes de soins consommés, puis décrits selon leurs caractéristiques socio-économiques et leur état de santé. Un premier profil concerne des patients principalement traités en ambulatoire pour des maladies chroniques ; un second regroupe les individus plutôt précaires et hospitalisés dans un établissement public ; un troisième concerne majoritairement des actifs consommant des soins dentaires et un quatrième profil rassemble plutôt des seniors non hospitalisés. Les résultats montrent enfin que les individus appartenant au premier profil ont le plus de risques de supporter des restes à charges élevés en 2012.

En France, malgré un financement de l'Assurance maladie obligatoire élevé et stable dans le temps (76 % en moyenne en 2014 ; Mikou et Roussel, 2015), les dépenses de santé restant à la charge des assurés après remboursements de l'Assurance maladie obligatoire – composés de tickets modérateurs, franchises, participations forfaitaires et dépassements d'honoraires – peuvent s'avérer élevées.

Parce qu'ils correspondent aux dépenses de santé non socialisées par l'assurance publique et que l'accès à la complémentaire santé dépend du revenu des indivi-

du, les restes à charge sont susceptibles de peser sur le budget des patients et donc de constituer une véritable barrière à l'accès aux soins. Face à cet enjeu d'accès aux soins, plusieurs dispositifs ont été mis en place pour tenter de limiter ces restes à charge, particulièrement pour les plus malades et les plus précaires : prise en charge du ticket modérateur pour les soins spécifiques des personnes en Affection de longue durée (ALD) par l'Assurance maladie publique ; instauration sous condition de ressources de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'Aide à la complémentaire santé (ACS) et,

plus généralement, régulation du marché de la complémentaire santé à travers, par exemple, les contrats responsables¹.

Malgré ces dispositifs, les montants de restes à charge et leur concentration questionnent le système actuel de financement des soins : par exemple, les personnes en ALD supportent des restes à charge plus

¹ Les contrats responsables ont pour objectif d'encourager le parcours de soins coordonné par le médecin traitant et d'encadrer les niveaux de garanties afin de limiter les remboursements de dépassements d'honoraires de médecins et d'optique tout en garantissant la prise en charge de l'intégralité des tickets modérateurs.

élevés en moyenne que le reste de la population (Dourgnon *et al.*, 2013 ; Geoffard et Lasgnerie, 2012 ; Debrand et Sorasith, 2011). De plus, parmi l'ensemble des personnes qui ne sont pas en ALD, certaines peuvent souffrir de maladies chroniques non recensées parmi les ALD et supporter elles aussi des restes à charge très élevés. Ces niveaux de restes à charge élevés compromettent d'autant plus l'accès aux soins qu'ils sont susceptibles de se répéter dans le temps. Il est ainsi essentiel de comprendre la composition de ces restes à charge élevés, d'appréhender leur potentielle récurrence et de décrire finement les individus qui les supportent en termes d'état de santé et de caractéristiques socio-économiques.

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) s'est interrogé sur la composition des restes à charge élevés en les étudiant par poste de soins et selon le statut en ALD ou non des individus (Hcaam, 2013). Lagasnerie *et al.* (2015) ont pour leur part analysé la persistance dans le temps des restes à charge entre 2008 et 2013 et montrent qu'une forte récurrence des restes à charge est essentiellement observée sur les postes de soins des médicaments et des consultations de médecins. Toutefois, du fait des données utilisées, ces travaux ne permettent pas de caractériser les individus supportant les restes à charge les plus élevés au-delà des informations disponibles pour le remboursement (ALD, sexe, âge).

SOURCES

L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2010, représentative de la population vivant en ménage ordinaire hors institution, est appariée aux données de remboursement de soins du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) pour les soins de ville et l'hospitalisation en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en établissements publics et privés pour les années 2010 et 2012. Les dépenses d'hospitalisation en soins de suite et réadaptation (SSR), en psychiatrie et en hospitalisation à domicile (HAD) ne sont donc pas prises en compte dans cette étude. Ces données permettent de caractériser des profils d'individus selon leurs restes à charge et la composition de ces derniers (tickets modérateurs, franchises, dépassements d'honoraires), d'une part, et selon leurs caractéristiques socio-économiques et d'état de santé, d'autre part.

Les restes à charge des individus sont relatifs à leurs consommations de soins ambulatoires et hospitaliers présentés au remboursement en 2010. L'étude est menée en distinguant les postes de soins suivants : omnipraticiens, spécialistes, biologie, pharmacie, dentaire, optique, transports, urgences non suivies d'une hospitalisation, matériels, prothèses et appareillage, auxiliaires médicaux, hospitalisations dans les établissements privés et publics. Les honoraires rattachés à un séjour hospitalier font partie des dépenses hospitalières.

Les caractéristiques individuelles considérées sont : l'âge, le sexe, l'état de santé mesuré par trois indicateurs issus du mini-module européen (la santé perçue, souffrir d'une maladie chronique et être limité dans les activités du quotidien), le fait d'être exonéré du ticket modérateur au titre d'une Affection de longue durée (ALD), le statut vis-à-vis de l'emploi (actif en emploi, chômeur, retraité, étudiant, personne au foyer, autre inactif), la catégorie socio-professionnelle, le revenu du ménage par unité de consommation, la couverture par une complémentaire santé (Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), contrat individuel, contrat collectif, sans complémentaire) et la région d'habitation.

La population d'étude est celle des 10 % d'individus qui supportent les restes à charge les plus élevés en 2010, c'est-à-dire un reste à charge total supérieur à 1 110 € : 1 268 individus sont concernés. Les femmes, les plus de 60 ans et les retraités représentent respectivement 63 %, 48 % et 43 % (contre 52 %, 21 % et 20 % dans l'ensemble de la population ESPS appariée). Ces individus se déclarent en moyenne en moins bonne santé quel que soit l'indicateur d'état de santé choisi. Par exemple, ils sont près de deux fois plus nombreux à déclarer souffrir d'une ALD (28 % contre 15 %).

A partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2010 appariée aux données de remboursements de l'Assurance maladie (encadré Sources et Données), sont analysés les 10 % d'individus qui supportent les restes à charge les plus élevés en identifiant, à l'aide d'une typologie, les différents profils de restes à charge élevés définis selon les postes de soins qui les composent (encadré Méthode page 5). Ces profils sont ensuite décrits selon l'état de santé et les caractéristiques socio-économiques des individus ainsi que selon le montant des tickets modérateurs, participations forfaitaires et dépassements d'honoraires. L'analyse de la persistance

dans le temps est réalisée en étudiant les montants de restes à charge supportés en 2012 par les individus de l'étude selon les profils précédemment établis, soit deux ans après avoir été identifiés comme supportant des restes à charge élevés.

Une variabilité importante des restes à charge élevés

Le reste à charge des individus de l'étude, au minimum de 1 110 €, s'élève en moyenne à 1 914 € (1 620 € pour les soins ambulatoires et 294 € pour les soins hospitaliers, tableau 1). Les postes « omnipraticiens », « spécialistes » et « pharmacie » représentent le tiers des restes à charge des soins ambulatoires. Un autre tiers est représenté par les soins dentaires ; le reste à charge en « optique » représente moins de 20 % du reste à charge ambulatoire.

La variabilité des restes à charge dans cette population reste relativement importante et liée aux postes de soins : 10 % d'entre eux supportent des restes à charge de plus de 3 090 € alors que plus de la moitié a un reste à charge nul sur les postes « dentaire », « optique », « transports », « urgences » et « hôpital » (tableau 1). Dans la population étudiée, 10 % des individus ont un reste à charge supérieur à 629 € sur le poste « pharmacie », à 396 € sur le poste « spécialistes », à 1 602 € sur le poste « dentaire » ou encore supérieur à 972 € sur le

T1

Distribution des restes à charge élevés par poste de soins

	Moyenne	% des postes de soins	P10	P25	P50	P75	P90
Ambulatoire	1 620 €	100 %	791 €	1 139 €	1 382 €	1 887 €	2 791 €
Omnipraticiens	74 €	5 %	8 €	20 €	46 €	92 €	162 €
Spécialistes	186 €	11 %	9 €	37 €	101 €	221 €	396 €
Dentaire	492 €	30 %	0 €	0 €	25 €	800 €	1 602 €
Biologie	50 €	3 %	0 €	10 €	33 €	69 €	120 €
Pharmacie	273 €	17 %	30 €	77 €	204 €	383 €	629 €
Optique	268 €	17 %	0 €	0 €	0 €	513 €	799 €
Transports	14 €	1 %	0 €	0 €	0 €	0 €	24 €
Urgences	4 €	0 %	0 €	0 €	0 €	0 €	10 €
Matériels et prothèses	171 €	11 %	0 €	0 €	8 €	66 €	286 €
Auxiliaires	87 €	5 %	0 €	0 €	7 €	76 €	260 €
Hôpital	294 €	100 %	0 €	0 €	0 €	306 €	972 €
Hospitalisation publique	187 €	64 %	0 €	0 €	0 €	0 €	649 €
Hospitalisation privée	107 €	36 %	0 €	0 €	0 €	18 €	364 €
Restes à charge total	1 914 €	100 %	1 170 €	1 278 €	1 578 €	2 230 €	3 090 €

Champ : Individus dont les restes à charge sont supérieurs à 1 110 € en 2010 (n=1 268).

Lecture : 90 % des individus de l'échantillon ont un reste à charge dentaire inférieur à 1 602 €. Pour 10 %, le reste à charge est donc supérieur à ce montant.

Sources : Appariement ESPS 2010-Sniiram 2010.

 [Télécharger les données](#)

REPÈRES

Ce travail est issu d'un rapport réalisé pour la Direction Générale de la Santé (DGS) qui a financé cette étude. Il a également donné lieu à un autre *Questions d'économie de la santé* à paraître prochainement : « Les restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis ».

poste « hôpital ». Les profils d'individus détaillés par la suite permettent de comprendre les différents types de consommations et de besoins de soins qui induisent cette variabilité.

Quatre profils d'individus qui supportent les restes à charge élevés

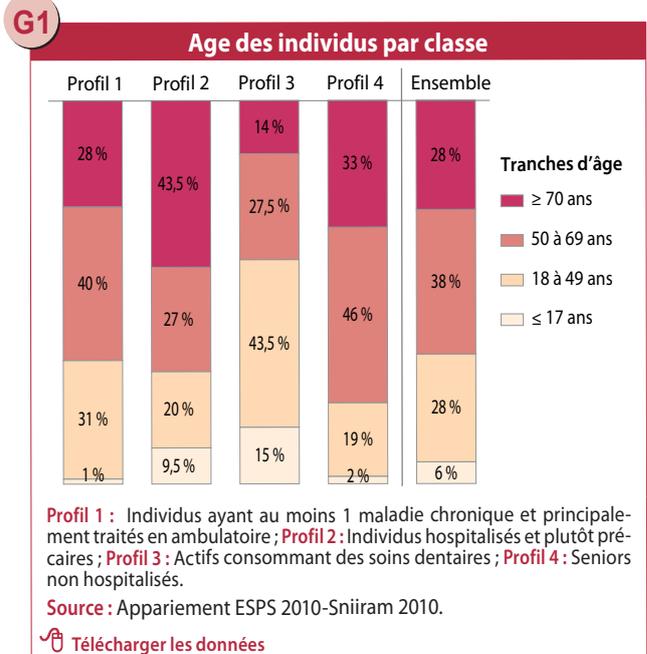
Profil 1 : des malades chroniques, principalement traités en ambulatoire

Ce profil regroupe 26 % des individus de la population étudiée. Leur reste à charge en 2010 est de 1 942 € en moyenne (tableau 2). Les individus de ce profil ont les restes à charge les plus élevés sur les postes de soins des médecins, de la biologie, de la pharmacie et des auxiliaires médicaux. Ils se caractérisent également par un reste à charge associé à une hospitalisation en établissement privé de 226 € en moyenne.

La contribution des tickets modérateurs concernant les consultations de méde-

cins et les niveaux des participations forfaitaires traduisent des recours aux médecins très fréquents qui s'accompagnent pour les spécialistes de dépassements d'honoraires particulièrement importants : 41 % des individus de cette classe (*versus* 14 %) ont des restes à charge en dépassements de spécialistes supérieurs à 144 €. Ce sont principalement les dépassements d'honoraires en hospitalisation privée qui expliquent le reste à charge associé au poste « hospitalisation » : ils sont supérieurs à plus de 300 € pour plus de 15 % d'entre eux (*versus* 7 % pour la population) [Données complémentaires à télécharger].

Ce profil concerne plus souvent des femmes (70 % *versus* 63 % dans la population étudiée) et des individus qui déclarent souffrir d'une maladie chronique (près de 50 % *versus* 45 %), mais moins souvent d'une ALD (23 % *versus* 28 %). Aucune caractéristique ne se dégage du statut d'emploi ou de l'âge. En revanche, ils sont plus nombreux à résider en Ile-de-France (33 % *versus* 21 %) où la part de spécialistes en secteur 2 est la



plus élevée de France (64 % *versus* 43 % en moyenne).

La fréquence des recours aux soins et l'état de santé des individus de ce profil confirment l'importance des restes à charge supportés par des individus qui ont des pathologies chroniques hors liste des ALD. Leurs restes à charge sont autant composés de dépassements d'honoraires que de tickets modérateurs. Or, si les tickets modérateurs sont pris en charge par les complémentaires santé, la couverture des dépassements d'honoraires dépend du niveau de garanties des contrats.

Profil 2 : des malades hospitalisés en établissement public plutôt précaires

Le deuxième profil regroupe 12 % de la population étudiée et se caractérise par les restes à charge les plus élevés, 2 314 € en moyenne, dont presque la moitié est liée à une hospitalisation en établissement public (1 108 €) [tableau 2]. La quasi-totalité des individus de cette classe a en effet été hospitalisée au moins une fois dans l'année. Sans correspondre à des montants relativement élevés, les restes à charge sur les transports et les urgences attestent d'un recours particulier à l'hôpital.

Le montant des forfaits hospitaliers en établissement public est très élevé et atteint plus de 1 030 € pour 30 % des

T2

Montants moyens de restes à charge supportés en 2010 et en 2012 selon les profils d'individus

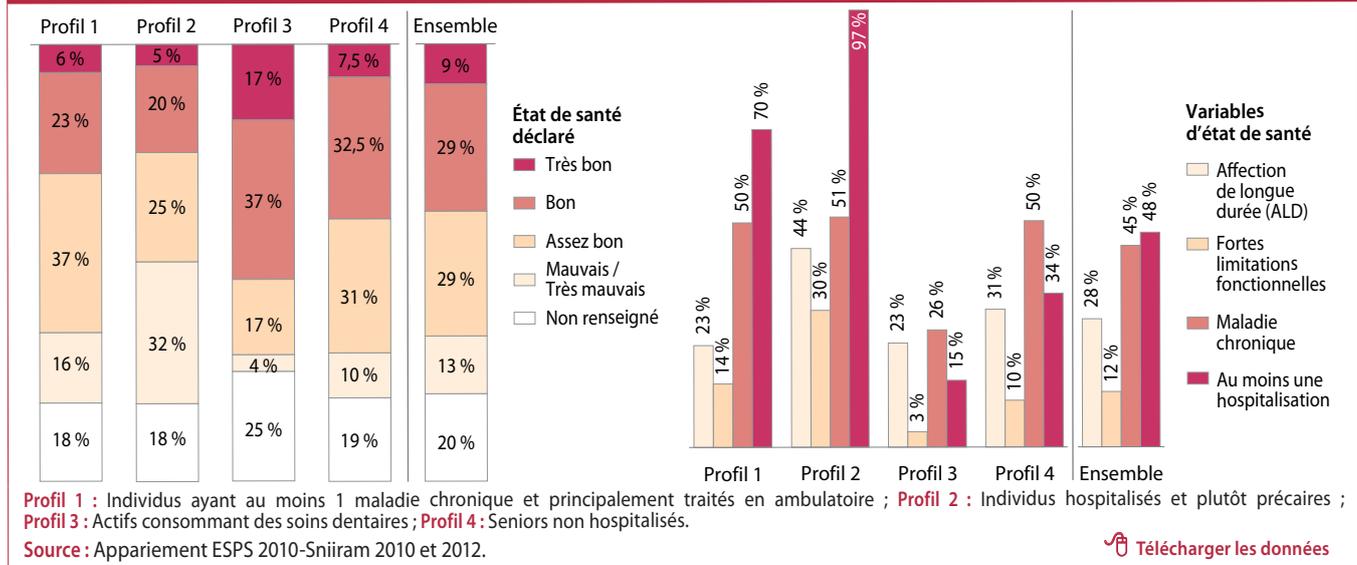
	Profil 1 (Eff: 324)		Profil 2 (Eff: 153)		Profil 3 (Eff: 311)		Profil 4 (Eff: 480)		Total (Eff: 1268)	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012
Ambulatoire	1 630 €	1 237 €	1 131 €	545 €	1 831 €	575 €	1 648 €	937 €	1 620 €	889 €
Omnipraticiens	133 €	80 €	60 €	37 €	31 €	31 €	62 €	55 €	74 €	54 €
Spécialistes	359 €	218 €	158 €	45 €	98 €	83 €	121 €	99 €	186 €	121 €
Dentaire	202 €	216 €	113 €	70 €	1 283 €	177 €	352 €	161 €	492 €	169 €
Biologie	93 €	55 €	52 €	24 €	12 €	16 €	40 €	39 €	50 €	36 €
Pharmacie	382 €	293 €	279 €	157 €	97 €	100 €	299 €	244 €	274 €	214 €
Optique	195 €	160 €	102 €	78 €	204 €	127 €	416 €	163 €	268 €	143 €
Transports	10 €	11 €	87 €	17 €	0 €	1 €	2 €	3 €	14 €	6 €
Urgences	7 €	3 €	13 €	7 €	1 €	2 €	1 €	1 €	4 €	3 €
Matériels et prothèses	94 €	103 €	140 €	48 €	88 €	22 €	289 €	115 €	171 €	82 €
Auxiliaires	156 €	99 €	128 €	62 €	16 €	17 €	66 €	57 €	87 €	60 €
Hôpital	311 €	221 €	1 183 €	250 €	89 €	52 €	107 €	97 €	294 €	140 €
Hospitalisation publique	85 €	94 €	1 108 €	228 €	37 €	29 €	45 €	63 €	187 €	84 €
Hospitalisation privée	226 €	127 €	74 €	22 €	52 €	22 €	62 €	34 €	107 €	56 €
Total	1 942 €	1 458 €	2 314 €	796 €	1 920 €	626 €	1 755 €	1 034 €	1 914 €	1 029 €

Sources : Appariement ESPS 2010-Sniiram 2010 et 2012.

[Télécharger les données](#)

G2

Variables de santé par classe



individus. 43 % des individus de cette classe ont plus de 70 ans (*versus* 29 % dans l'ensemble, graphique 1), 44 % sont en ALD (*versus* 28 %), le tiers se déclare en mauvaise ou très mauvaise santé (*versus* 13 %) et plus de la moitié déclare souffrir d'au moins une maladie chronique (*versus* 45 %) [graphique 2 et données complémentaires à télécharger]. Les individus qui ont les plus faibles niveaux de revenu par unité de consommation (inférieurs à 1 000 € par mois) représentent 30 % de cette classe (*versus* 18 %) et les bénéficiaires de la CMU-C 6 % (*versus* 3 %) [graphique 3]. Bien que ceux sans complémentaire santé y soient plus souvent représentés (4,1 % *versus* 1,4 %), les

restes à charge sur les soins d'hospitalisation publique devraient être en grande partie pris en charge par les contrats de complémentaire santé. Si le plus souvent les contrats, y compris responsables, limitaient à 90 jours la prise en charge des forfaits hospitaliers, la dernière réforme de 2014 concernant les contrats responsables impose la prise à charge des forfaits journaliers sans limitation de durée.

Profil 3 : des actifs consommant des soins dentaires

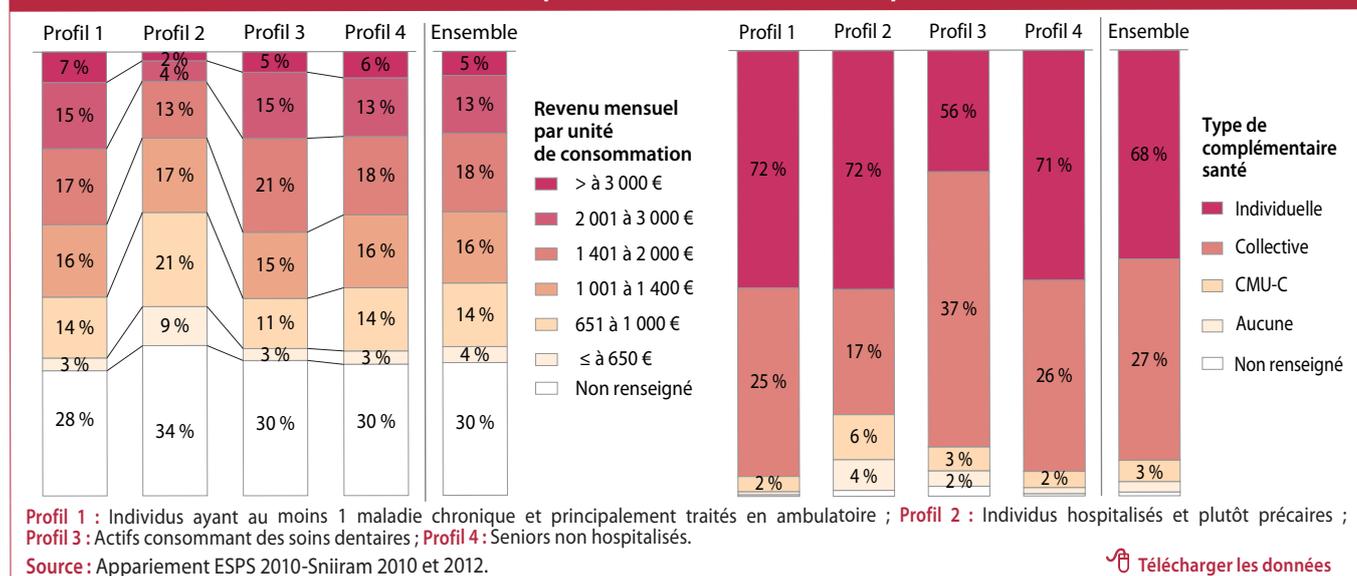
Le troisième profil représente 24 % des individus de la population étudiée. Leur reste à charge s'élève à 1 920 € en moyenne

et est composé à 67 % de restes à charge dentaires (tableau 2). Plus de 50 % d'entre eux supportent un reste à charge dentaire supérieur à 1 200 € (tableau 3).

Les hommes sont représentés dans cette classe à hauteur de 48 % (*versus* 38 % parmi l'ensemble des individus qui ont des restes à charge élevés). Les personnes en bonne et très bonne santé perçue, sans ALD, sans maladie chronique et n'ayant pas déclaré être limitées dans les activités quotidiennes sont également plus nombreuses. Les actifs occupés y sont 52 % (*versus* 39 %) et celles qui bénéficient d'une complémentaire santé d'entreprise y sont 37 % (*versus* 27 %).

G3

Revenus et complémentaire santé des individus par classe



Profil 4 : des seniors non hospitalisés

MÉTHODE

Le quatrième profil rassemble 38 % des individus de la population étudiée qui ont quasiment tous des restes à charge nuls en hospitalisation et aux urgences. Le reste à charge (1 755 € en moyenne) semble expliqué par les postes « optique » et « matériels et prothèses », même si une majorité des individus affiche des restes à charge proches de la moyenne pour les postes « omnipraticiens », « spécialistes », « biologie » et « pharmacie » (tableau 2).

Les individus de ce profil sont surreprésentés parmi ceux qui supportent des tickets modérateurs plus élevés que la moyenne sur les postes ambulatoires associés à la maladie (les postes « médecins » et « pharmacie »), traduisant des recours fréquents aux médecins et des besoins de soins plutôt élevés. Les restes à charge liés aux dépassements en optique sont supérieurs à

550 € pour près de 40 % d'entre eux (*versus* 22 % dans la population étudiée).

Plus de la moitié des individus de ce profil a plus de 60 ans (57 % *versus* 48 %) et 53 % d'entre eux sont retraités (*versus*

43 %). La moitié déclare au moins une maladie chronique bien qu'il y ait une légère surreprésentation de personnes se déclarant en bonne ou assez bonne santé perçue (respectivement 33 % et 31 % *versus* 30 % et 29 %).

Profils d'individus qui supportent les restes à charge élevés

Une Classification ascendante hiérarchique (CAH) a été réalisée à partir des 10 premiers axes factoriels issus d'une Analyse en composantes multiples (ACM) qui regroupent plus de 98 % de l'information initiale. Les individus sont regroupés selon le critère de Ward qui à chaque étape de l'agrégation minimise la perte d'inertie inter classes. La CAH a généré une partition de la population en 4 classes, permettant de conserver une inertie interclasses de 27,4 %.

Les variables actives introduites dans l'analyse qui permettent de construire la typologie correspondent aux montants de restes à charge de 2010 décomposés par poste de soins et codés en classes selon leur distribution (tableau 3). Cette décomposition nous permet de tenir compte de la forte variabilité des restes à charge sans préjuger des caractéristiques des individus qui les supportent.

Deux catégories de variables illustratives sont utilisées pour caractériser les profils établis :

- La nature des restes à charge par poste de soins, c'est-à-dire le montant des tickets modérateurs, franchises et dépassements d'honoraires, introduit également dans l'analyse en classe selon le niveau de leur distribution.
- Les caractéristiques socio-économiques (le statut par rapport à l'emploi, la catégorie socio-professionnelle, le revenu par unité de consommation), la couverture par une complémentaire santé, l'âge, l'état de santé des individus et la région d'habitation de l'individu.

T3

Description des profils d'individus selon les montants de restes à charge par poste de soins*

	Profil 1	Profil 2	Profil 3	Profil 4	TOTAL
Effectifs	324	153	311	480	1 268
Omnipraticiens					
≤ 20 €	9,9	27,5	53,1	17,9	25,6
20 €/46 €	9,6	28,8	28	34,6	25,9
46 €/92 €	24,4	22,2	11,6	31,5	23,7
> 92 €	56,2	21,6	7,4	16	24,8
Dentaire					
Nul	31,2	79,7	12,2	41	36,1
> 0 € et ≤ 36 €	33,6	8,5	2,3	11,9	14,7
36 €/573 €	22,8	6,5	4,2	20,4	15,4
573 €/1 199 €	7,7	3,3	29,3	18,3	16,5
> 1 199 €	4,6	2	52,1	8,3	17,4
Biologie					
Nul	5,3	19,6	56,9	7,1	20,4
0 € et ≤ 23 €	6,8	24,2	24,1	26,5	20,6
23 €/44 €	12,4	13,1	10,3	33,5	20
44 €/80 €	28,4	21,6	7,1	22,3	20
> 80 €	47,2	21,6	1,6	10,6	19,1
Pharmacie					
≤ 77 €	10,8	17,7	66,2	10,4	25,1
77 €/204 €	17,9	32	20,6	31,3	25,3
204 €/383 €	27,5	25,5	8,7	32,3	24,5
> 383 €	43,8	24,8	4,5	26	25,2
Matériel et prothèses					
Nul	22,2	26,1	73,3	38,8	41,5
> 0 € et ≤ 16 €	17,9	15	11,6	14,4	14,7
16 €/48 €	20,1	28,1	6,1	11,7	14,4
48 €/152 €	28,1	7,2	4,5	14,6	14,7
> 152 €	11,7	23,5	4,5	20,6	14,8
Hospitalisation dans un établissement privé					
Nul	54,9	80,4	93,3	83,1	78,1
> 0 € et ≤ 90 €	12,4	5,9	3,2	4,6	6,4
90 €/231 €	7,7	4,6	0,6	6,3	5,1
231 €/560 €	13,9	4,6	0,3	2,7	5,2
> 560 €	11,1	4,6	2,6	3,3	5,3

	Profil 1	Profil 2	Profil 3	Profil 4	TOTAL
Effectifs	324	153	311	480	1 268
Spécialistes					
≤ 37 €	3,1	37,9	64,6	15	26,9
37 €/101 €	7,4	28,8	19,9	40,2	25,5
101 €/221 €	21,6	25,5	7,7	38,5	25,1
> 221 €	67,9	7,8	7,7	6,3	22,6
Optique					
Nul	62	76,5	63,3	37,5	54,8
> 0 € et ≤ 376 €	16,4	11,1	11,3	10	12,1
376 €/556 €	7,7	5,9	13,5	13,3	11
556 €/774 €	7,7	3,3	3,9	20	10,9
> 774 €	6,2	3,3	8	19,2	11,2
Auxiliaires médicaux					
Nul	17	26,1	74	28,5	36,4
0 € et ≤ 8 €	10,5	11,8	12,5	25,2	16,7
8 €/44 €	16,7	24,2	5,1	19,4	15,8
44 €/144 €	23,5	17,7	4,8	15,4	15,1
> 144 €	32,4	20,3	3,5	11,5	15,9
Transports					
Nul	82,1	30,1	96,8	89,8	82,3
> 0 € et ≤ 30 €	8	23,5	3,2	9,2	9,2
30 €/73 €	7,4	17	0	1	4,3
> 73 €	2,5	29,4	0	0	4,2
Urgences					
Nul	79,3	60,8	94,9	95,4	87
/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/
> 0 € et ≤ 44 €	17,3	28,1	4,5	3,5	10,3
Max > 44 €	3,4	11,1	0,6	1	2,8
Hospitalisation dans un établissement public					
Nul	75,3	10,5	96,5	85,6	76,6
> 0 € et ≤ 126 €	13	3,9	0,6	4,6	5,7
126 €/414 €	8,3	9,2	1	7,3	6,2
414 €/1 022 €	2,2	34,6	0,3	2,1	5,6
> 1 022 €	1,2	41,8	1,6	0,4	5,9

* Les montants des restes à charge par poste de soins ont été le plus souvent déterminés selon les quantiles (Min 0, P25, P50, P75, Max P100).

Champ : Individus dont les restes à charge sont supérieurs à 1 110 € en 2010 (n=1 268).

Lecture : 56,2 % des individus du profil 1 ont un reste à charge en omnipraticiens supérieur à 92 € contre 24,8 % de l'ensemble de l'échantillon étudié.

Sources : Appariement ESPS 2010-Sniiram 2010.

 Télécharger les données

Une persistance importante des restes à charge élevés pour le premier profil

En considérant les restes à charge supportés en 2012 par les 10 % d'individus dont les restes à charge étaient les plus élevés en 2010, près d'un tiers serait encore considéré comme supportant des restes à charge élevés.

Si tous les profils connaissent une diminution de leur reste à charge moyen, la persistance de restes à charge élevés est la plus importante pour le profil 1, à savoir celui des individus ayant une ou plusieurs maladies chroniques et principalement traités en ambulatoire. En effet, le reste à charge de ces individus s'élève à 1 458 € en moyenne en 2012 *versus* 1 942 € en 2010 (-25 %, tableau 2). Les restes à charge diminuent pour la plupart des postes de soins mais conservent des niveaux relativement élevés. Ainsi, 50 % des individus de cette classe continuent de supporter des restes à charge élevés en 2012, c'est-à-dire des restes à charge supérieurs au dernier décile de la distribution des restes à charge de 2012, soit 1 146 €.

Pour le profil 4, qui regroupe les « seniors non hospitalisés », le restes à charge total a diminué de 41 % (1 034 € en 2012 *versus* 1 755 € en 2010). Ce sont principalement les postes de soins relatifs aux dispositifs médicaux qui diminuent significativement (« optique », « dentaire », « matériels et prothèses »), les montants de restes à charge liés aux consultations de médecins et à la pharmacie restent relativement stables. Ainsi, 32 % des individus de cette classe conservent des restes à charge élevés en 2012.

Les individus du profil 2, plutôt précaires et hospitalisés en 2010 (hospitalisation publique), présentent un reste à charge total en 2012 bien plus faible en moyenne (-65 %, 796 € *versus* 2 314 € en 2010). Cette évolution est expliquée par une baisse de près de 80 % des restes à charge hospitaliers et de près de 50 % des restes à charge ambulatoires (« spécialistes » et « pharmacie »). Au final, seuls 23 % des individus de cette classe conservent des restes à charge élevés en 2012.

Enfin, c'est pour le profil 3, correspondant aux actifs consommant des soins dentaires, que les restes à charge diminuent le plus fortement : -67 % (626 € en 2012 *versus* 1920 € en 2010) et pour lequel la proportion d'individus qui continuent à supporter des restes à charge élevés en 2012 est la plus faible : 16 %.

* * *

Cette étude a permis de montrer que les restes à charge élevés concernent certes des catégories de soins peu remboursées par le régime obligatoire, comme l'optique ou les soins dentaires, mais proviennent aussi bien souvent d'une accumulation de restes à charge de différente nature issus de soins davantage associés à la maladie. Ainsi, parmi les personnes supportant des restes à charge élevés, 4 sur 10 souffrent de problèmes de santé chroniques ou ont subi au moins une hospitalisation au cours de l'année. La persistance dans le temps de restes à charge élevés pour des problèmes de santé chroniques provient le plus sou-

vent de dépenses concomitantes de médecine, pharmacie et biologie. L'existence, mais surtout, la persistance relativement importante dans le temps des restes à charge provenant de soins ambulatoires, met en évidence la nécessité de bien identifier les populations les plus vulnérables afin d'ajuster au mieux les dispositifs de prise en charge. Ces résultats posent par ailleurs en creux la question du rôle de la complémentaire santé. En effet, si une partie des restes à charge observés dans cette étude aura été *in fine* remboursée par une complémentaire santé, comme les tickets modérateurs, en revanche, une partie des individus de la population étudiée pourrait avoir limité sa consommation pour ne pas avoir à supporter de restes à charge réels élevés. A cet égard, la perspective de l'appariement des données de l'Assurance maladie obligatoire et de l'Assurance maladie complémentaire, prévue par la loi dans le cadre du Système national des données de santé (SNDS), permettra d'enrichir la connaissance des restes à charge. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Debrand T., Sorasith C. (2011). "Out-of-Pocket Maximum Rules under a Compulsory Health Care Insurance Scheme: A Choice between Equality and Equity". Irdes, *Document de travail* n° 34.
- Dourgnon P., Or Zeynep, 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 ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 183.
- Franc C., Pierre A. (2015). « Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des RAC : une étude de cas ». Insee, *Economie et Statistique*, n° 475-476, avril.
- Geoffard P.Y., De Lagasnerie G. (2012). « Réformer le système de remboursement pour les soins de ville, une analyse par microsimulation ». Insee, *Economie et statistique* n° 455-456.
- Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (2011). « Note accompagnant l'avis "L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ?" » du 27 janvier 2011.
- Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (2005). <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport20050708.pdf>
- Lagasnerie G., Jusot F., Wittwer J., Ricci-Renaud P., Gastaldi-Menager C., Mazars M., Rivière S., Fagot-Campagna A., Gissot C., Polton D. (2015). « Une analyse longitudinale (2008-2013) du reste à charge des ménages après remboursement par l'Assurance maladie obligatoire », *Les dépenses de santé en 2014, Résultats des comptes de la santé*.
- Mikou M., Roussel R. (2015). « Quelle part représente l'Assurance maladie obligatoire dans les dépenses de santé en France? » *Les dépenses de santé en 2014, Résultats des comptes de la santé*.

IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr

Directeur de la publication : Denis Raynaud • Rédactrice en chef technique : Anne Evans

Secrétaire de rédaction : Anna Marek • Relecteurs : Paul Dourgnon, Magali Dumontet, Florence Jusot

Premier maquettiste : Franck-Séverin Clérembault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec

Imprimeur : Imprimerie Peau (Berd'huis, 61) • Dépôt légal : juillet 2016 • Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • ISSN : 1283-4769.