



## Reste à charge : entre souhaitable et possible

**Laure Com-Ruelle**  
**Pierre Czernichow**  
 Membres du HCSP

**D**éfinir un niveau de « reste à charge » pour les soins sur l'échiquier de notre système de santé, c'est positionner aujourd'hui en parallèle de multiples curseurs.

- Un curseur financier public : fixer la part supportée par la collectivité au titre de l'assurance maladie obligatoire par rapport au reste des financements ; c'est l'affaire du Parlement avec la loi annuelle de financement de la Sécurité sociale (LFSS).
- Un curseur financier privé : arbitrer entre ce que les usagers, ou futurs patients, vont prévoir de financer par une assurance maladie complémentaire et ce qu'ils paieront plus tard lors des soins dont ils auront besoin ; c'est ce que chaque usager est amené à décider, généralement à un moment de sa vie où il n'est pas encore confronté à des problèmes de santé importants.
- Un curseur sanitaire : distinguer les problèmes de santé trop lourds (générant mortalité, morbidité, fardeau...) pour être portés par les seules victimes, et ceux, plus légers (confort, gêne, douleurs modérées, mal-être...), qu'il incombe à chacun de supporter... comme il le peut ; l'arbitrage est le fait de la loi et des règlements.
- Un curseur technique : discerner les soins plus ou moins efficaces, mais plus ou moins coûteux, plus ou moins efficaces, plus ou moins sûrs, qui conditionnent (plus ou moins !) le niveau de l'engagement financier de la collectivité sur chacun de ces soins ; c'est d'abord une affaire d'expertise, portée notamment par la Haute Autorité de santé (HAS), avant d'être une décision réglementaire.
- Un curseur social, enfin : nous prenons enfin conscience de la fracture sanitaire qui traverse la population vivant en France, avec de fortes inégalités qui la touchent au regard de critères sociaux (éducation, revenus, catégories socioprofessionnelles) et territoriaux (région de résidence et origine géographique), et de non moins fortes inégalités d'accès aux soins sur ces mêmes critères ; la réponse à cette situation relève des principes, de la solidarité, de ce qui fait société, c'est-à-dire du droit et de son application, mais aussi de l'attention portée à la santé des autres.

Cette énumération, pour réductrice et rudimentaire qu'elle soit, permet de pointer à la fois la multiplicité des arbitrages opérés au titre du reste à charge pour les soins, mais également la diversité des acteurs impliqués dans ces arbitrages. Et les lieux d'échange et de confrontation entre ces acteurs sur cette question ne sont pas si nombreux. Ce constat permet de saisir les impressions parfois contradictoires qui caractérisent les principaux acteurs du champ de la santé et des soins dans notre pays sur cette question du reste à charge :

- impression que l'effort collectif consenti en France est l'un des plus marqués au monde, comme le suggèrent les comparaisons internationales ;
- impression au contraire qu'il y a dans la population des laissés pour compte de la santé et des soins ;
- impression que le poids des maladies chroniques, en particulier celles reconnues comme affections de longue durée, telles qu'elles sont prises en charge actuellement, menacent l'avenir de notre système de protection sociale ;
- impression que la responsabilité croissante des usagers dans leurs choix de soins accroît leur incertitude, voire leur inquiétude, confrontés qu'ils sont à des offres plus ou moins lisibles de la part des organismes d'assurance maladie complémentaires, répondant plus ou moins à leurs aspirations, compte tenu des difficultés à anticiper les besoins futurs ;
- impression que les choix techniques de prise en charge des soins, par la multiplicité et la complexité des critères pris en compte, échappent à la transparence, et prennent mal en compte le point de vue des usagers et les attentes d'une démocratie sanitaire plus active...

Ces multiples questionnements sont abordés dans ce dossier d'Adsp, avec à la fois l'expertise de chercheurs, en particulier du champ de l'économie de la santé, dont de multiples contributions apportées par l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé), le témoignage des responsables institutionnels, mais aussi des acteurs de terrain, professionnels, associatifs ou représentants des usagers.

Ils devraient permettre au lecteur un nouveau regard sur l'actualité sanitaire, en particulier sur la recherche d'un « risque à charge zéro » pour certains soins, mais aussi sur celle d'un nouvel équilibre entre le souhaitable et le possible, que beaucoup attendent de la nouvelle Stratégie nationale de santé dans notre pays. ■