

Évaluer le reste à charge en matière de dépenses de santé

En France, le débat public sur les dépenses de santé et les restes à charge des personnes en perte d'autonomie s'est cristallisé autour de la problématique de la barrière d'âge des 60 ans, qui occasionnerait des interruptions de droit et des discontinuités de prise en charge.

Pourtant, l'enjeu semble ailleurs : interroger le bien-fondé des copaiements laissés à la charge des individus et de leur couverture par le système public, et son impact sur l'accès aux soins.

Afin d'alimenter le débat public sur la question de la suppression de cette barrière d'âge, les auteurs proposent une analyse comparative des restes à charge des personnes en situation de handicap vivant à domicile avant et après 60 ans, une fois les remboursements de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) effectués, pour l'année 2008. Ils ont mobilisé les données de l'enquête Handicap-Santé conduite en 2008, données qui ont été appariées avec celles de l'Assurance maladie.

Les chercheurs se sont d'abord intéressés aux bénéficiaires d'allocations compensant une incapacité de travailler (allocation aux adultes handicapés – AAH, pension d'invalidité et rente d'incapacité). Les restes à charge des bénéficiaires de l'AAH ne sont pas significativement différents de ceux qui n'ont pas de reconnaissance administrative. Cependant, la structure de leur reste à charge est différente, avec une moindre représentation des dépenses d'optique et de prothèses dentaires et un poids plus important pour la pharmacie et l'hospitalisation (médecine-chirurgie-obstétrique – MCO et psychiatrie). Par opposition, les personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité ont des restes à charge significativement plus importants que les personnes sans reconnaissance, tant sur l'optique et les prothèses dentaires que sur la pharmacie ou les orthèses et prothèses. Malgré des besoins possiblement différents entre ces populations, il est peu probable que les bénéficiaires de l'AAH aient des besoins moins importants sur les postes optique et dentaire que les personnes sans reconnaissance de handicap. Ainsi, l'iniquité de prise en charge qui affecte les bénéficiaires de l'AAH – ils ne bénéficient pas de la prise en charge par l'AMO du ticket modérateur sur la dépense remboursable au contraire des bénéficiaires de pensions d'invalidité et de rentes d'incapacité – pèse vraisemblablement sur leur accès aux soins : ils sont vraisemblablement contraints de réaliser des arbitrages sur leur consommation de soins en fonction de priorités afin de maintenir leur montant de reste à charge à un niveau qui ne pèse pas excessivement sur des revenus qui peuvent être en moyenne assez modestes. Cette iniquité de traitement pour les bénéficiaires de l'AAH avant 60 ans par rapport aux bénéficiaires de pensions d'invalidité ou de rentes d'incapacité de la même tranche d'âge se poursuit après 60 ans : des trois types de reconnaissance de handicap, seuls les bénéficiaires de l'AAH subissent une augmentation de reste à charge après 60 ans comparable par son ampleur à celle des assurés sans reconnaissance de handicap.

Si l'on considère une classification basée sur le degré de recours à l'aide humaine pour appréhender la population en perte d'autonomie, les auteurs montrent que les restes à charge sont proches, quelle que soit la gravité de la situation de dépendance, entre 816 euros et 867 euros, ce qui témoigne sans doute de l'effet positif des exonérations de dépenses de santé dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD). Mais, passé l'âge de 60 ans, les personnes qui ont recours à l'aide humaine doivent endosser des restes à charge d'autant plus élevés qu'ils recourent plus à l'aide humaine ; pour les personnes recourant le plus à l'aide humaine, les principaux postes de reste à charge sont en lien avec les hospitalisations MCO et soins de suite et de réadaptation (SSR).

Pour plus d'information sur ce projet

- **Le rapport de recherche et sa synthèse sont consultables sur le site de la CNSA :** https://www.cnsa.fr/sites/default/files/207-pichetti-rapport_et_synthese.zip
- PENNEAU A., PICHETTI S., ESPAGNACQ M. « [Le système de protection sociale limite les restes à charge liés aux soins des personnes qui recourent à l'aide humaine](#) », *Questions d'économie de la santé*, n° 233, mai 2018.

À propos de l'IRDES

L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) se compose d'une équipe multidisciplinaire – composée d'économistes, de sociologues, de géographes, de médecins de santé publique et de statisticiens – d'environ 30 chercheurs. Son programme de recherche couvre un grand nombre de projets : l'analyse de l'équité et de l'accès aux soins, les comportements des producteurs de soins, l'accessibilité territoriale, les déterminants de l'état de santé et du recours aux soins, l'accès à l'assurance maladie, la régulation des marchés pharmaceutiques, les variations des pratiques médicales, les comparaisons internationales... L'IRDES possède également une solide expertise dans la production et l'utilisation de grandes bases de données, associant différentes sources de données médico-administratives (en particulier avec la base de données de l'Assurance maladie nationale) et des enquêtes. Il a ainsi un accès permanent au Système national des données de santé (SNDS).

Pour en savoir plus, consultez le [site internet de l'IRDES](#).

Contact

Sylvain Pichetti
Économiste
Maître de recherche à l'IRDES
Contact : pichetti@irdes.fr

Référence du projet n° 207
Appel à projets blanc 2014 (programme Handicap et perte d'autonomie) – Institut de recherche en santé publique (IReSP)
Titre : *Impact de la barrière d'âge des 60 ans sur le recours aux soins et le taux d'effort des personnes en situation de handicap à domicile* (S. Pichetti)