

LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 135 • février 2026

Dérembourser des soins pour maîtriser la dépense de santé : qui paie ?

**Évaluation des effets d'une hausse des tickets
modérateurs, des franchises et des participations
forfaitaires sur les coûts supportés par les
ménages, selon le niveau de vie, l'état de santé et
l'âge**

Alexandre Fauchon, Odran Bonnet (Drees)

Dérembourser des soins pour maîtriser la dépense de santé : qui paie ?

Évaluation des effets d'une hausse des tickets modérateurs, des franchises et des participations forfaitaires sur les coûts supportés par les ménages, selon le niveau de vie, l'état de santé et l'âge

Alexandre Fauchon, Odran Bonnet (Drees)

Remerciements : Fanny Mikol, Benoît Ourliac, Aurélie Pierre, et Thomas Wanecq pour leurs commentaires et suggestions. Les auteurs expriment également leur gratitude à l'ensemble des participants du séminaire interne OSAM de la Drees, de la session de microsimulation des JMS et de la conférence AFSE–DG Trésor 2025

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

■ SYNTHÈSE

Le déremboursement partiel de certains soins est une piste d'économie régulièrement évoquée pour contenir les dépenses de l'assurance maladie obligatoire. Pour un même objectif budgétaire, calibré à 1 milliard d'euros d'économie dans cette étude, plusieurs leviers peuvent être mobilisés : hausse des tickets modérateurs, des participations forfaitaires, ou des franchises. Ces mesures se traduiraient pour les ménages par une hausse de leurs restes à charge ou de leurs primes d'assurance complémentaire santé en moyenne de 35 euros par an. À partir d'un modèle de microsimulation sur la France métropolitaine, cette étude compare différents scénarios en évaluant leur impact financier sur les ménages selon leur niveau de vie, leur âge et leur état de santé.

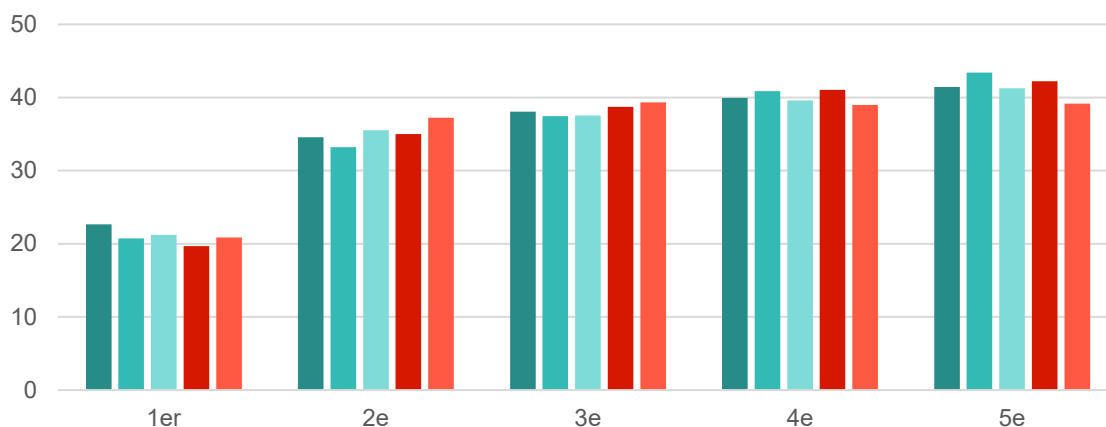
Les déremboursements étudiés ici ont une finalité exclusivement budgétaire. Ils ne visent pas à modifier les choix thérapeutiques des patients en les orientant vers des soins jugés plus efficaces, contrairement, par exemple, aux déremboursements de certains médicaments à la suite d'un avis de la Haute Autorité de santé. En outre, l'étude repose sur l'hypothèse d'un maintien de la consommation de soins à son niveau actuel, sans prise en compte d'éventuelles modifications de comportement, telle qu'une baisse du recours à certains soins, médicaments ou consultations. Cette hypothèse est plus fragile dans le cas du scénario d'une hausse de participations forfaitaires et franchises, généralement non prises en charge par les complémentaires : celles-ci pourraient entraîner un renoncement à certains soins, notamment pour les moins aisés. Cela se traduirait par un moindre respect des prescriptions médicamenteuses ou par une diminution du nombre de consultations. Cet effet sur le recours aux soins pourrait toutefois être atténué par le manque de lisibilité des montants dus au titre des participations et des franchises : ces sommes ne sont pas acquittées au moment de la consommation de soins, mais prélevées *a posteriori*, le plus souvent en déduction d'autres remboursements par l'assurance maladie obligatoire.

Grâce à la complémentaire santé solidaire (C2S), qui exonère de tickets modérateurs, de franchises et de participations forfaitaires, les 20 % de ménages les plus modestes subiraient une augmentation moyenne du coût lié aux déremboursements environ deux fois inférieure à celle des 20 % de ménages les plus aisés (20 euros contre 40 euros). Cependant, la C2S ne couvrant pas l'ensemble des ménages modestes, en raison du non-recours ou de revenus légèrement supérieurs au seuil d'éligibilité, le coût supporté par ces ménages n'est pas nul. Ainsi, quelle que soit la mesure envisagée, la hausse des dépenses, lorsqu'elle est rapportée au revenu, est plus élevée pour les ménages modestes : en moyenne deux fois supérieure à celle observée pour les ménages aisés (*graphique A*). Les ménages âgés ou en mauvaise santé seraient diversement affectés selon la mesure retenue (*graphique B*). Relever les franchises médicales ou les participations forfaitaires augmenterait directement le reste à charge des ménages en fonction de leur consommation de soins, et pénaliserait donc davantage les personnes déclarant un mauvais état de santé. À l'inverse, une hausse du ticket modérateur, généralement couvert par les complémentaires santé, se traduirait par une augmentation des primes, répartie entre l'ensemble des assurés bénéficiant du même contrat, qu'ils soient en mauvaise santé ou non. Toutefois, les retraités n'étant pas couverts par les mêmes contrats que les actifs, une hausse du ticket modérateur sur des dépenses particulièrement concentrées chez les plus âgés (par exemple les médicaments) engendrerait une augmentation de primes nettement plus forte pour les retraités que pour les actifs. Le choix des paramètres joue enfin un rôle déterminant dans les effets redistributifs observés : augmenter le plafond des franchises médicales coûte davantage aux ménages âgés ou en mauvaise santé qu'une hausse de leur montant unitaire.

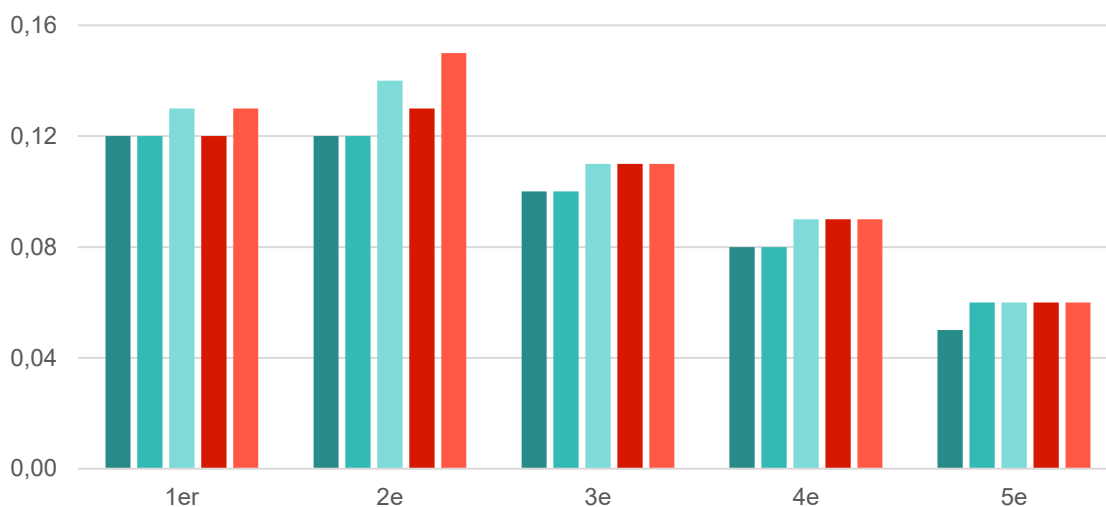
À titre de comparaison, une hausse proportionnelle de l'ensemble des prélèvements finançant l'assurance maladie obligatoire (TVA, cotisations sociales, CSG, etc.), pèserait moins sur les ménages modestes, malades et âgés que les déremboursements examinés. Toutefois, à niveau de vie donné, une telle hausse uniforme affecterait davantage les actifs que les retraités et serait susceptible d'avoir un effet sur l'emploi, via la hausse des cotisations mais aussi des prix. Ces effets de bouclage macroéconomique ne sont pas analysés dans le cadre de cette étude.

Graphique A Coût moyen par ménage des mesures simulées, selon le cinquième de niveau de vie

En euros



En % du revenu



- Ticket modérateur sur les consultations médicales et de sages-femmes
- Ticket modérateur sur le dentaire
- Ticket modérateur sur les médicaments
- Participations forfaitaires (consultations médicales et laboratoires)
- Franchises médicales (médicaments, auxiliaires médicaux et transports)

Note > Chaque mesure conduit à une économie budgétaire de l'ordre de 1 milliard d'euros.

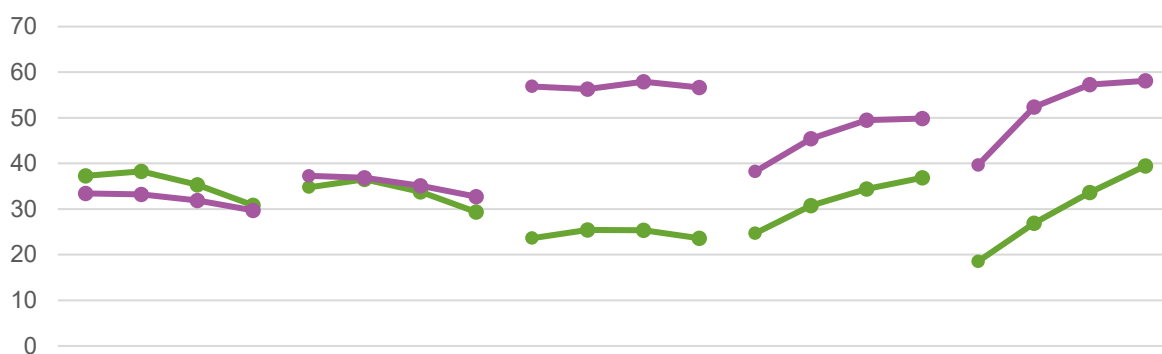
Lecture > La hausse du ticket modérateur sur les consultations médicales et de sages-femmes exige des 20 % de ménages les plus modestes un effort s'élevant à 23 euros, soit 0,12 % de leur revenu.

Champ > France métropolitaine, ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

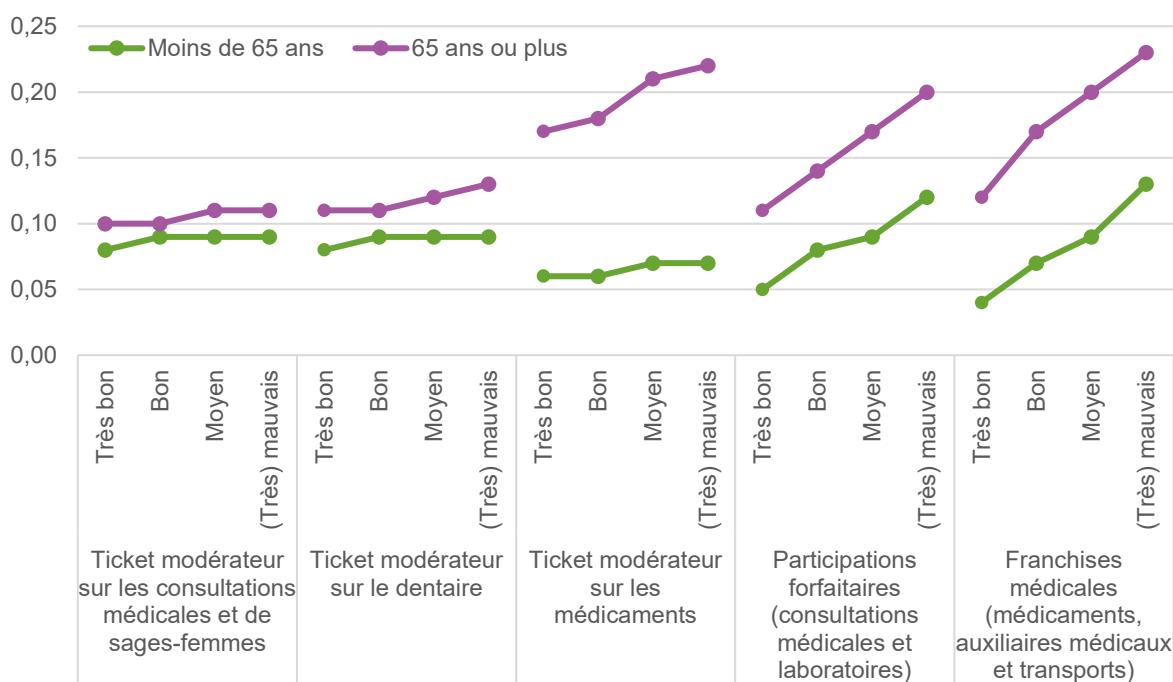
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Graphique B Coût moyen par ménage des mesures simulées, selon l'âge et l'état de santé déclaré de la personne la plus âgée du ménage

En euros



En % du revenu



Note > Chaque mesure conduit à une économie budgétaire de l'ordre de 1 milliard d'euros.

Lecture > La hausse du ticket modérateur sur les consultations médicales et de sages-femmes exige des ménages de moins de 65 ans en très bon état de santé un effort s'élevant à 37 euros soit 0,08 % de leur revenu.

Champ > France métropolitaine, ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

SOMMAIRE

■ SYNTHÈSE.....	5
■ INTRODUCTION	4
■ REVUE DE LITTÉRATURE.....	8
■ CONTEXTE INSTITUTIONNEL : UNE BRÈVE HISTOIRE DE LA PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES DE SANTÉ	9
■ DONNÉES : LE MODÈLE DE MICROSIMULATION INES-OMAR.....	10
■ MÉTHODE.....	11
Estimer l'impact de la baisse du remboursement de l'assurance maladie obligatoire pour chaque poste de soin et chaque ménage	11
Répercuter la hausse des remboursements à effectuer par les complémentaires sur les primes des ménages	11
Calculer des indicateurs agrégés d'inégalités	12
■ LES MESURES SIMULÉES	15
Mesures portant sur le ticket modérateur.....	15
Mesures portant sur les participations forfaitaires ou les franchises médicales	16
Mesure portant sur les prélèvements permettant de financer l'assurance maladie obligatoire	16
■ RÉSULTATS	17
Les ménages modestes sont les plus affectés, quelle que soit la mesure de déremboursement simulée	17
Les participations forfaitaires et les franchises pénalisent davantage les personnes en mauvaise santé que les tickets modérateurs	19
Augmenter les recettes via une hausse des prélèvements pèse moins sur les modestes et les personnes se déclarant en mauvaise santé	23
Franchises : augmenter le plafond annuel fait peser le coût de la mesure sur les ménages âgés et en mauvaise santé.....	24
■ DISCUSSION.....	26
Est-il raisonnable de supposer que le recours aux soins n'est pas modifié à la suite d'un déremboursement ?	26
Absence de réaction sur le marché du travail	27
Simplification de la réaction des complémentaires santé.....	27
Limites propres au modèle de microsimulation Ines-Omar 2019	27
D'autres mesures de déremboursements pourraient être simulées	27
■ POUR EN SAVOIR PLUS	29
Annexe 1. Simulation des participations forfaitaires et franchises « potentielles » (au-delà du plafond annuel)	31
Annexe 2. Simulation des primes.....	33
Annexe 3. Calcul du score d'état de santé (à destination de l'indicateur d'équité horizontale)	35
Annexe 4. Impact redistributif du déremboursement des médicaments à service médical rendu faible ou modéré	37
Annexe 5. Chiffrages des mesures ou projets passés, avec le modèle Ines-Omar 2019	38
Annexe 6. Graphiques complémentaires	39

■ INTRODUCTION

En 2024, le déficit de la Sécurité sociale s'élève à 15 milliards d'euros, dont 14 milliards pour la branche maladie^{1 2}. Dans le but de réduire ce déficit, différentes pistes de remboursements sont régulièrement évoquées dans le débat public³, comme une baisse de prise en charge des consultations médicales et des médicaments, ou un relèvement du plafond annuel des participations forfaitaires et franchises médicales. Quels sont les effets à attendre de ces mesures sur la solidarité du système de protection sociale en santé ? Dans quelle mesure une baisse des remboursements par l'assurance maladie obligatoire affecterait-elle les ménages selon leurs revenus (équité verticale) mais aussi selon leur état de santé (équité horizontale) ? Quels sont les ménages les plus affectés selon les postes de soins et les leviers actionnés ?

En France, depuis le début des années 2010, les dépenses de santé s'élèvent à 9 % du PIB. Elles sont financées à 79 % par la Sécurité sociale et les autres administrations publiques (Delecourt et Didier, 2025). La part prise en charge par les administrations publiques connaît une augmentation lente mais continue entre 2011 et 2017 (+2 points en cumulé sur la période), puis marquée entre 2019 et 2020 (+2 points), avant de se stabiliser. Cette hausse macroéconomique de la part des dépenses de santé prise en charge par les administrations publiques sur les 15 dernières années s'explique par la forte progression du nombre de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD), qui découle du vieillissement de la population, par la plus forte prévalence d'ALD à âge donné et potentiellement par l'augmentation du coût des traitements thérapeutiques.

Pour contenir les dépenses de la branche maladie de la sécurité sociale, mais aussi pour améliorer l'efficacité de la consommation de soins, différentes mesures « paramétriques » ont été introduites ces dernières années : baisse du remboursement des médicaments à faible service médical rendu « vignette bleue » (2011), et, plus récemment, déremboursement des médicaments homéopathiques (2021), hausse du ticket modérateur sur les soins dentaires (2023), hausse des participations forfaitaires sur les consultations médicales et les analyses de biologie (2024), et hausse des franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (2024). Ces mesures, à comportements et consommation de soins inchangés, augmentent les restes à charge ou les primes à verser aux organismes complémentaires.

Les mesures étudiées dans cette publication ont une visée exclusivement budgétaire. Elles ne sont pas conçues pour réorienter les patients vers des traitements jugés plus efficaces, contrairement, par exemple, à certains déremboursements décidés à la suite d'un avis de la Haute Autorité de santé. Les mesures de restriction budgétaire étudiées ici se répartissent en deux grandes catégories. Les premières augmentent les tickets modérateurs qui sont remboursés par les assurances maladies complémentaires « responsables » (les contrats « responsables » couvrent 98 % des bénéficiaires de complémentaires [Drees, 2024] et 96 % de la population est couverte par une couverture complémentaire). Elles transfèrent des remboursements de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire. De telles mesures n'augmentent pas le reste à charge final des ménages – sauf pour les personnes qui ne sont pas couvertes par une complémentaire santé – mais augmentent les primes des contrats. Les secondes mesures augmentent les participations forfaitaires ou les franchises, qui ne sont pas remboursables par les contrats de complémentaire santé responsables. Elles augmentent donc directement les restes à charge des ménages qui recourent aux soins concernés. Pour ce deuxième jeu de mesures, seuls les patients ayant consommé les soins partiellement déremboursés voient leur fardeau augmenter ; pour les premières, toute personne ayant souscrit une complémentaire santé peut être affectée par la hausse des primes. De ce fait, les premières mesures mutualisent davantage le surcoût entre malades et bien portants.

De façon plus précise, cinq mesures de restrictions budgétaires sont ainsi considérées dans ce travail (*tableau 1*). Ces cinq mesures ont été retenues car elles agissent sur des paramètres variés (tickets modérateurs, franchises) et concernent plusieurs postes de soins. Ce choix permet d'offrir une vision d'ensemble des effets différenciés associés à chacun des leviers envisagés^{4 5}. Trois mesures concernent des hausses de ticket modérateur (sur les consultations médicales et de sages-femmes, sur les soins dentaires, ou encore sur les médicaments), et deux se

¹ Source DSS : [Le solde des comptes de la sécurité sociale s'établit à -15,3 Md€ en 2024 - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#)

² Le rapport conjoint de trois Hauts conseils (HCAAM, HCFEA, HCFIPS, 2025) saisis par le premier ministre sur le sujet souligne que les causes de ce déficit sont structurelles : la dynamique spontanée des dépenses est plus rapide que celle des recettes, sous l'effet du vieillissement de la population, d'un contexte épidémiologique défavorable et de l'impact de l'innovation médicale. S'y ajoutent des gains de productivité durablement plus faibles dans les secteurs à forte intensité de main-d'œuvre, comme la santé, par rapport au reste de l'économie, ainsi que la revalorisation des rémunérations lors de la crise sanitaire.

³ Comme dans les tribunes de journaux (Dormont, 2024).

⁴ Par ailleurs, certaines ont déjà été mises en œuvre sous des formes proches (cf. section contexte institutionnel), tandis que d'autres ont fait l'objet de discussions lors de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2025.

⁵ D'autres leviers auraient également pu être envisagés, comme l'augmentation du forfait journalier hospitalier ou de la participation forfaitaire pour actes lourds. De telles mesures auraient eu un impact comparable à celui d'une hausse du ticket modérateur sur les médicaments, puisqu'elles toucheraient elles aussi une dépense généralement prise en charge par les complémentaires, et portant sur des postes de soins consommés de manière relativement plus importante par les personnes âgées ou en mauvaise santé.

traduisent par une hausse des montants unitaires des participations forfaitaires, des franchises et de leurs plafonds. Les mesures ne modifient pas les règles d'exonération des patients en ALD ou à la complémentaire santé solidaire (C2S)⁶. Les bénéficiaires ALD sont directement concernés par les hausses de franchises et de participations forfaitaires, dont ils ne sont pas exonérés. Bien qu'exonérés du ticket modérateur pour les soins liés à leur affection, ils restent eux aussi concernés par une hausse du ticket modérateur : comme les autres assurés, ils en subissent les effets indirects à travers l'augmentation des primes de leurs complémentaires santé. En revanche, les bénéficiaires de la C2S, dont les tickets modérateurs, participations forfaitaires et franchises sont entièrement pris en charge, ne sont pas affectés par les mesures étudiées.

Les mesures sont calibrées pour atteindre une économie budgétaire *ex ante*, c'est-à-dire à comportements et consommation de soins inchangés⁷, de l'ordre de 1 milliard d'euros. Le coût s'élève donc en moyenne à 35 euros par ménage, soit 0,1 % de leur revenu. Ce travail a ainsi pour objet de comparer les effets redistributifs de différentes mesures de réduction budgétaire. En complément et à titre illustratif, elles sont comparées à une hausse proportionnelle de l'ensemble des prélèvements finançant l'assurance maladie obligatoire, pour un même montant de 1 milliard d'euros. Les mesures sont comparées uniquement sous l'angle de l'équité de leur financement, sans évaluer la pertinence thérapeutique du remboursement d'un poste de soin plutôt que d'un autre.

Des scénarios additionnels, par exemple des variantes portant sur les montants et le plafond des franchises, sont par ailleurs simulés à la fin de cet article. Contrairement aux mesures précédemment considérées, ces variantes ne se chiffrent pas nécessairement à 1 milliard d'euros d'économie.

Les effets redistributifs de telles mesures sont estimés au moyen du modèle de microsimulation Ines-Omar 2019. À partir d'un échantillon de ménages pour lesquels sont observés l'ensemble des dépenses de santé présentées au remboursement ainsi que les montants pris en charge par l'Assurance maladie, le modèle Ines-Omar simule à la fois les remboursements effectués par les complémentaires santé, les primes d'assurance correspondantes et les contributions du ménage au financement de l'assurance maladie obligatoire (par la TVA, les cotisations sociales, la CSG, etc.). Par construction, les mesures sont supposées neutres pour les complémentaires santé : tout nouveau remboursement exigé de leur part est compensé par une hausse des primes d'assurance pour leurs cotisants. La hausse des primes est répartie entre les assurés en fonction de leurs caractéristiques. Pour chaque individu appartenant à un groupe défini par le type de contrat (collectif ou individuel), le niveau de couverture (trois modalités) et la tranche d'âge, la prime est augmentée du montant moyen de remboursement additionnel perçu par ce groupe du fait de la mesure.

Toutes ces mesures paramétriques, qui transfèrent la charge de l'assurance maladie obligatoire vers d'autres financeurs (complémentaires ou ménages), pénalisent davantage les ménages modestes que les ménages aisés en proportion de leurs revenus. Elles ont par ailleurs un effet plus marqué qu'une hausse des prélèvements pour les 60 % de ménages les plus modestes. Selon les mesures, le coût supporté par les 20 % de ménages les plus modestes est compris dans une fourchette de 20 à 23 euros, contre 39 à 43 euros pour les 20 % de ménages les plus aisés⁸. Ces montants représentent respectivement 0,12 % à 0,13 % du revenu des ménages les plus modestes, contre 0,05 % à 0,06 % pour les ménages les plus aisés. Relativement à leurs ressources, l'effort serait ainsi deux fois plus important pour les ménages les plus modestes, quelle que soit la mesure considérée. Les exonérations dont bénéficient les assurés à la complémentaire santé solidaire ne protègent pas entièrement les plus modestes : le taux de recours au dispositif est partiel et tous les ménages modestes n'y sont pas éligibles (le plafond d'éligibilité se situe sous le seuil de pauvreté pour une personne seule).

Par ailleurs, l'impact des mesures varie fortement selon le type de soin concerné et le mode de contribution retenu. Une hausse des participations forfaitaires ou des franchises accroît directement le reste à charge des plus gros consommateurs de soins, et touche donc davantage les personnes les plus malades. Une hausse du ticket modérateur, généralement couvert par les complémentaires santé, se traduirait par une augmentation des primes, répartie entre l'ensemble des assurés bénéficiant du même contrat, qu'ils soient malades ou non. Toutefois, les retraités n'étant pas couverts par les mêmes contrats que les actifs, une hausse du ticket modérateur sur des dépenses particulièrement concentrées chez les plus âgés – par exemple les médicaments – engendrerait une augmentation de primes nettement plus forte pour les retraités que pour les actifs. Une augmentation des tickets modérateurs sur les consultations médicales aurait un impact plus homogène sur les primes payées entre les plus jeunes et les plus âgés. Enfin, le choix des paramètres importe : relever le plafond annuel des franchises pèse

⁶ La complémentaire santé solidaire remplace la couverture maladie universelle et l'aide au paiement d'une complémentaire santé depuis le 1^{er} novembre 2019. ⁷ On suppose ainsi que les diminutions de remboursement de l'assurance maladie publique n'ont pas d'effet sur le recours ni sur le renoncement aux soins. Les pratiques des professionnels de santé sont également supposées inchangées, notamment en ce qui concerne la prescription de médicaments des médecins.

⁷ On suppose ainsi que les diminutions de remboursement de l'assurance maladie publique n'ont pas d'effet sur le recours ni sur le renoncement aux soins. Les pratiques des professionnels de santé sont également supposées inchangées, notamment en ce qui concerne la prescription de médicaments des médecins.

⁸ En moyenne, le coût en valeur absolue reste plus faible pour les ménages les plus modestes par rapport aux ménages les plus aisés (Tableau 1).

relativement plus sur les ménages âgés ou en mauvaise santé qu'une hausse du montant unitaire de ces franchises.

La section 1 décrit les contributions de cette publication à la littérature sur la redistributivité du système de santé, la section 2, le système de financement des dépenses de santé en France, la section 3 présente les données mobilisées et le modèle de microsimulation Ines-Omar, la section 4 explique les méthodes de simulation de l'impact des mesures, la section 5 détaille les mesures évaluées, la section 6 présente les principaux résultats et enfin la section 7 propose une discussion des limites de l'approche mobilisée.

Tableau 1 Description des mesures évaluées

<i>Nature du coût supporté par les ménages</i>	<i>Description de la mesure</i>	<i>Paramètres de la mesure</i>	<i>Gain monétaire</i>	<i>Principale population affectée</i>	<i>Coût moyen par ménage</i>	<i>Coût moyen par ménage du 1^{er} cinquième de niveau de vie</i>	<i>Coût moyen pour les ménages dont la personne la plus âgée est en mauvaise santé</i>
Augmentation des primes	Hausse du ticket modérateur sur les consultations médicales et de sages-femmes	Passage du ticket modérateur de 30 % à 37,8 %.	1 Md€	Tous les bénéficiaires d'une complémentaire (y compris ALD, sauf C2S) et non bénéficiaires consommant les soins affectés.	0,1 % du revenu disponible (35 euros)	0,12 % du revenu disponible (23 euros)	0,10 % du revenu disponible (30 euros)
	Hausse du ticket modérateur sur les soins dentaires	Passage du ticket modérateur de 40 % à 63,6 %.	1 Md€		0,1 % du revenu disponible (35 euros)	0,12 % du revenu disponible (21 euros)	0,11 % du revenu disponible (31 euros)
	Hausse du ticket modérateur sur les médicaments	Augmentation de 12,2 points du ticket modérateur selon le taux initial (de 35 % à 47,2 %, de 70 % à 82,2, de 85 % à 97,2 %)	1 Md€		0,1 % du revenu disponible (35 euros)	0,13 % du revenu disponible (21 euros)	0,15 % du revenu disponible (41 euros)
Augmentations des restes à charge	Hausses des participations forfaitaires	La participation forfaitaire passe de 2 euros à 3,80 euros, tandis que le plafond annuel est porté de 50 à 100 euros	1 Md€	Tous les consommateurs des soins affectés (y compris ALD, sauf C2S).	0,1 % du revenu disponible (35 euros)	0,12 % du revenu disponible (20 euros)	0,16 % du revenu disponible (44 euros)
	Hausses des franchises médicales	La franchise passe à 2,30 euros pour les médicaments et auxiliaires médicaux, à 9,20 euros pour les transports sanitaires, et le plafond annuel augmente à 100 euros (contre 1 euro, 4 euros et 50 euros auparavant).	1 Md€		0,1 % du revenu disponible (35 euros)	0,13 % du revenu disponible (21 euros)	0,18 % du revenu disponible (49 euros)
		Variantes simulant différentes hausses des montants ou du plafond	Variable		Variable	Variable	Variable
Hausse des prélèvements	Augmentation proportionnelle de l'ensemble des prélèvements finançant l'assurance maladie obligatoire		1 Md€	Tous	0,1 % du revenu disponible (35 euros)	0,06 % du revenu disponible (11 euros)	0,06 % du revenu disponible (21 euros)

Lecture > La hausse du ticket modérateur sur les consultations médicales et de sages-femmes se traduit par une hausse du coût moyen par ménage de l'ordre de 0,1% du revenu disponible (35 euros).

Champ > France métropolitaine, ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

■ REVUE DE LITTÉRATURE

L'étude contribue à une littérature qui évalue l'équité des systèmes d'assurance maladie (Wagstaf, *et al.*, 2007). « Le premier objectif d'un système d'assurance maladie, qu'il soit public ou privé, est une mutualisation des risques entre malades et bien portants. C'est la traduction même du principe de mutualisation des risques qui est au fondement de toute activité d'assurance. » (Jusot et Lemoine, 2024). Il est alors question d'équité « horizontale ». Cette équité n'est en général pas respectée dans les systèmes de santé, où les restes à charge sont le moins réglementés, car ils pénalisent les patients en mauvais état de santé. En France, les dépenses de santé les plus élevées bénéficient d'un meilleur niveau de remboursement (Cometx et Pierre, 2022), et le reste à charge des ménages — équivalant à 1,1 % de leur revenu disponible — demeure inférieur à celui observé dans la plupart des pays européens (Delecourt et Didier, 2025). Toutefois, en l'absence de mécanisme de plafonnement, des montants parfois importants peuvent rester à la charge des assurés après remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Les participations financières à l'hôpital (ticket modérateur et forfait journalier) apparaissent particulièrement pénalisantes pour les ménages modestes dépourvus de couverture complémentaire (Perronnin, 2016).

En France, le financement de l'assurance maladie obligatoire contribue à réduire les inégalités de niveau de vie (Fouquet et Pollak, 2022). En comptabilisant toutes les sources de financement, le système français est, de fait, légèrement progressif : les ménages aisés y contribuent plus que proportionnellement à leurs revenus (Jusot, *et al.*, 2016) ; il est alors question d'équité « verticale ». La redistributivité et la progressivité d'un système de santé varient beaucoup selon les pays et les modalités de financement (Luyten et Tubeuf, 2025) : plus la part du financement par l'impôt est importante, plus le système est progressif ; à l'inverse, plus les paiements directs sont élevés, plus il devient régressif.

Réformer le système de santé est de nature à modifier l'équité de son financement. Plafonner certains restes à charge en soins de ville, et financer ce « bouclier » par des franchises, pourrait rendre plus équitable le système de santé, en allégeant notamment la contribution des patients avec les dépenses les plus importantes (Briet, *et al.*, 2007 ; Debrand et Sorasith, 2010 ; Geoffard et de Lagasnerie, 2012), de même qu'une modification de l'articulation entre assurance privée et publique (Dormont, *et al.*, 2014). Supprimer les tickets modérateurs, et donc transférer une partie des remboursements des complémentaires santé vers l'assurance maladie obligatoire, bénéficierait principalement aux ménages de retraités (Lancry, 2022). Le dispositif des affections de longue durée (ALD), quant à lui, permet à ses bénéficiaires d'être exonérés du ticket modérateur pour les soins en lien avec leur pathologie, limitant ainsi le reste à charge des patients les plus gravement atteints. En raison de son coût élevé, plusieurs scénarios de réforme ont été (et sont encore) envisagés : l'instauration d'un ticket modérateur réduit, la suppression de l'exonération pour certains soins spécifiques (comme les cures thermales ou les médicaments à service médical rendu faible), ou encore le remplacement du dispositif par un bouclier sanitaire (IGF, 2024).

Cette publication n'évalue pas un dispositif en particulier ni une modification structurelle du système de financement, mais compare les effets redistributifs de différentes mesures paramétriques modifiant les participations financières (tickets modérateurs, participations forfaitaires, franchises médicales), dans la lignée des « cahiers de variantes » appliqués aux réformes socio-fiscales (par exemple, Sicsic, 2020). L'analyse intègre le rôle des complémentaires en simulant l'impact des mesures sur les primes et sur les restes à charge après remboursements des complémentaires, et prend également en compte d'autres critères d'équité, notamment l'état de santé et l'âge (équité horizontale).

■ CONTEXTE INSTITUTIONNEL : UNE BRÈVE HISTOIRE DE LA PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES DE SANTÉ

En France, le financement des dépenses de santé repose sur trois types d'acteurs : les administrations publiques⁹, les assurances santé privées et les contributions directes des patients. Les assurances privées sont qualifiées de « complémentaires », car elles interviennent sur le même périmètre de soins que l'assurance maladie obligatoire (AMO), en prenant en charge tout ou partie du reste à payer (Lapinte, *et al.*, 2024). Les dépenses de santé se composent du tarif de convention — appelé base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) — et des éventuels dépassements liés à la liberté tarifaire. Les mesures paramétriques étudiées ici portent sur la part du tarif de convention prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Dès sa création en 1945, la Sécurité sociale instaure une participation financière des assurés, le **ticket modérateur**, à hauteur de 20 % de la BRSS. L'objectif est de faire contribuer financièrement les cotisants pour qu'ils modèrent leurs dépenses de santé, de maîtriser les dépenses publiques, et d'intégrer les acteurs privés déjà présents avant la création de la Sécurité sociale (Da Silva, 2022). Certains patients comme les bénéficiaires du dispositif d'affection de longue durée (ALD) en sont exonérés sur le champ des soins en lien avec leur affection. Depuis 1945, le ticket modérateur a augmenté pour atteindre entre 30 % et 85 % de la BRSS selon la catégorie du soin ou l'intérêt thérapeutique du produit de santé. Récemment, en octobre 2023, le ticket modérateur pour les soins dentaires passe de 30 % à 40 % de la BRSS. Si l'un des objectifs initiaux du ticket modérateur était de modérer la consommation, l'incitation est quasi-nulle pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé « responsable »¹⁰ puisque ces derniers sont entièrement remboursés de ces tickets modérateurs, quelle que soit leur consommation de soin.

L'assurance maladie obligatoire introduit en 2005 des **participations forfaitaires**, non remboursables par les complémentaires dites responsables. Ces participations sont initialement fixées à 1 euro, avec un plafond de 4 euros par jour pour un même professionnel de santé et de 50 euros par an et par assuré. Depuis 2008, des **franchises médicales** s'appliquent également aux boîtes de médicaments et aux actes paramédicaux (0,50 euro chacun), ainsi qu'aux transports sanitaires (2 euros). Ces franchises sont plafonnées à 2 euros par jour pour les actes paramédicaux et à 4 euros pour les transports sanitaires, dans la limite de 50 euros par an. Le 31 mars 2024, les montants unitaires et les plafonds journaliers des participations forfaitaires et franchises sont doublés, mais les plafonds annuels restent inchangés.

Dans le but de limiter les restes à charge pour les plus modestes et d'éviter le renoncement aux soins, la couverture maladie complémentaire (CMU-C) a été créée par la loi du 27 juillet 1999. Elle vise à garantir un accès gratuit à une complémentaire santé pour les personnes disposant de faibles ressources. Attribuée sous condition de ressources, la CMU-C permet la prise en charge intégrale du ticket modérateur, mais également des participations forfaitaires et des franchises. La CMU-C, ainsi que l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) sont remplacées au 1^{er} novembre 2019 par la **complémentaire santé solidaire** (C2S). Ce dispositif n'évite cependant pas tous les restes à charge pour ses bénéficiaires (Bonnet et Desjonquères, 2025). De plus, toutes les personnes modestes n'en bénéficient pas : en 2021, le taux de recours à ce dispositif parmi les éligibles était de 56 % (Feller, 2024) et le plafond d'éligibilité de 13 957 euros annuel, soit un montant inférieur au seuil de pauvreté.

La proportion de bénéficiaires d'une couverture complémentaire a augmenté depuis trente ans de 86,5 % en 1996 à 96 % en 2019, pour ensuite se stabiliser. Les contrats « responsables » couvrent désormais 98 % des bénéficiaires de complémentaires (hors C2S).

⁹La Sécurité sociale en particulier, et de façon plus résiduelle l'État, à travers notamment le dispositif d'aide médicale de l'État (AME).

¹⁰Les contrats de complémentaire santé dits « responsables » sont définis par la loi du 13 août 2004. Un certain nombre d'obligations et de limites de remboursement sont fixées, en contrepartie d'avantages fiscaux et sociaux pour les organismes complémentaires qui les commercialisent. Les tickets modérateurs (sauf éventuellement pour les médicaments à SMR faible ou modéré) doivent être remboursés intégralement, les participations forfaitaires et les franchises ne doivent pas être prises en charge.

■ DONNÉES : LE MODÈLE DE MICROSIMULATION INES-OMAR

L'impact redistributif des mesures est analysé à l'aide du modèle de microsimulation Ines-Omar 2019, développé par la Drees. Le modèle est décrit brièvement ci-dessous, le lecteur pourra se reporter au document méthodologique (Poulon, 2024) pour une description détaillée¹¹. Le modèle Ines-Omar permet d'analyser, pour un échantillon représentatif de la population française, le poids total de la santé dans le revenu des ménages. Avant simulation de toute mesure, il fournit de façon détaillée l'ensemble des soins de santé consommés par les ménages, les montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire et par les complémentaires santé, et permet ainsi de déduire le montant des restes à charge assumés directement par les ménages. Seules les dépenses totalement ou partiellement remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en compte, les restes à charge associés à des dépenses non prises en charge (par exemple, chambres particulières à l'hôpital, médicaments non remboursables, etc.) ne sont pas inclus dans la simulation¹². Le modèle Ines-Omar estime aussi, pour chaque ménage, les primes d'assurance versées au titre des complémentaires santé, ainsi que les prélèvements obligatoires finançant l'assurance maladie obligatoire.

La microsimulation pallie à la fois l'absence de source exhaustive sur les remboursements des complémentaires et les imprécisions des données d'enquêtes sur les restes à charge (Poulon, 2024). Le modèle repose sur deux enquêtes permettant de disposer d'informations sur l'état de santé, le type de couverture des individus et le revenu des ménages : l'enquête de santé européenne de la Drees (*European Health Interview Survey*, EHIS 2019), pour les individus de 15 ans ou plus, et l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie de l'Insee (SRCV 2017), pour les moins de 15 ans. L'échantillon total comprend environ 17 000 personnes représentatives des ménages ordinaires de France métropolitaine. Les données relatives aux dépenses et remboursements de l'assurance maladie obligatoire proviennent du système national des données de santé (SNDS), apparié directement aux personnes de 15 ans ou plus d'EHIS et indirectement aux moins de 15 ans de SRCV. Pour estimer les cotisations et remboursements des complémentaires, un contrat issu de l'enquête auprès des organismes complémentaires de la Drees (OC 2019) est attribué à chaque individu, en fonction de son âge, son statut d'activité, de la qualité de sa couverture déclarée et du niveau de prime payé. Les dépenses de santé sont calées sur les comptes de la santé sur l'année 2019 (champ France entière), en se limitant aux dépenses remboursables et individualisables. Un pseudo-appariement avec le modèle de microsimulation Ines 2019 — qui fournit les données sur les prélèvements sociaux et fiscaux — permet en outre d'estimer la contribution des ménages au financement de l'assurance maladie obligatoire. Le module de taxation indirecte du modèle Ines 2019, construit à partir de l'enquête Budget de Famille 2017, permet notamment de simuler la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) acquittée par chaque ménage.

Ines-Omar 2019 est un modèle statique : il décrit la situation à un instant donné sans prendre en compte les trajectoires individuelles de revenu, de statut d'activité ou de contributions. Il ne permet donc pas une analyse de l'équité sur l'ensemble du cycle de vie. Il n'intègre pas non plus les modifications de comportement et de consommation de soins qui pourraient résulter d'un changement des règles de remboursement.

Le modèle Ines-Omar mobilisé correspond à la situation en 2019, avec quelques ajustements pour tenir compte de modifications de certaines règles de remboursements introduites entre 2019 et 2024. En particulier, la situation de référence intègre la hausse du ticket modérateur sur les soins dentaires de 2023 (de 30 % à 40 %) ainsi que le doublement du montant unitaire des participations forfaitaires et des franchises de 2024.

¹¹ Les statistiques présentées ici sont issues d'une extraction du modèle Ines-Omar 2019 réalisée en juin 2025. Elles peuvent donc différer légèrement de celles publiées précédemment.

¹² Les dépenses individualisables et remboursables constituent 94 % de la consommation de soins et de biens médicaux individualisables (Poulon, 2024). Cela contribue à sous-estimer les restes à charge : en 2019, ils s'élevaient à 233 euros par habitant selon les Comptes de la santé, contre 170 euros estimés par le modèle Ines-Omar (ibid). Cela ne modifie cependant pas les résultats de cette étude qui ne porte que sur le déremboursement de soins et de biens jusqu'alors pris en charge.

■ MÉTHODE

Les mesures sont simulées au niveau le plus fin des recours aux soins, c'est-à-dire au niveau de l'acte de soin (une consultation par exemple), patient par patient. L'augmentation des restes à charge et, si nécessaire, des primes d'assurance, sont considérées pour chaque patient. L'étude est réalisée au niveau des ménages, c'est-à-dire l'ensemble des personnes qui partagent de manière habituelle un même logement et un budget commun. Cette échelle, utilisée pour mesurer le niveau de vie, est la plus pertinente pour évaluer l'impact redistributif des mesures. L'évaluation de l'impact des mesures sur les ménages se réalise en trois étapes. La première étape consiste à estimer la baisse du remboursement par l'assurance maladie obligatoire pour chaque poste de soins et chaque ménage. La deuxième étape consiste à estimer la hausse des primes de complémentaires en cas de hausse des remboursements des complémentaires (cas des tickets modérateurs). La dernière consiste à calculer des indicateurs agrégés d'équité.

Estimer l'impact de la baisse du remboursement de l'assurance maladie obligatoire pour chaque poste de soin et chaque ménage

Le modèle de microsimulation détaille pour chaque patient et chaque acte de soin le montant de la dépense, les remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire, ceux effectués par une complémentaire si l'individu en dispose, et les restes à charge finaux incluant notamment les participations forfaitaires et franchises. Dès lors, les données permettent de simuler au niveau des actes de soin une baisse du remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Par exemple, si le montant d'une participation forfaitaire est doublé sur un acte, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire après application de la mesure correspond au montant initial dont est retranchée la hausse de participation forfaitaire (l'annexe 1 détaille la méthode de simulation des participations forfaitaires et franchises). La hausse ne peut cependant pas dépasser le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné (cela peut notamment être le cas pour les médicaments aux coûts faibles). Si le patient bénéficie d'une exonération (ALD, C2S, femmes enceintes, enfants mineurs, etc.), il ne subit pas de baisse de remboursements. Les mêmes opérations peuvent être effectuées pour des hausses de tickets modérateurs. Afin d'estimer la baisse totale de prise en charge pour un ménage, la somme des hausses de remboursements pour chaque acte est effectuée sur l'ensemble des actes concernés pour chaque individu du ménage en 2019.

Répercuter la hausse des remboursements à effectuer par les complémentaires sur les primes des ménages

Les mesures affectant les tickets modérateurs impliquent une hausse des remboursements à effectuer par les complémentaires. Le cœur de l'exercice de simulation revient à définir comment les complémentaires vont ajuster le montant des primes à la suite d'une hausse des remboursements. Les complémentaires santé ont l'interdiction de discriminer les patients selon leur état de santé. Elles peuvent en revanche différencier la hausse des primes en fonction du type de contrat souscrit (collectif ou individuel, hauteur des garanties), et dans certains cas, en fonction de l'âge des bénéficiaires.

Pour chaque groupe de bénéficiaires (défini par les caractéristiques des contrats, et éventuellement par l'âge des bénéficiaires pour les contrats individuels), il est supposé que les primes augmentent du même montant que les remboursements supplémentaires moyens à assurer pour ce groupe, à la suite de la mesure. Les primes varient ainsi plus fortement pour les groupes dont le profil de dépenses est le plus affecté par une mesure. Cette hypothèse est cohérente avec ce qui est observé lors du déploiement du 100 % santé : les bénéficiaires de contrats individuels les plus âgés, qui sont les premiers concernés par le 100 % santé, connaissent une progression de leurs primes entre 2019 et 2021 plus importante que les autres (Pierre, *et al.*, 2025). Par ailleurs, cette hypothèse implique qu'une mutualisation existe entre les membres d'un groupe avec des contrats similaires (et éventuellement ayant le même âge) mais pas entre des membres de groupes distincts.

La hausse des primes d'assurance est simulée en supposant l'équilibre financier pour les complémentaires santé : le total des nouveaux remboursements assurés par les organismes complémentaires doit être exactement compensé par le total des nouvelles recettes perçues grâce à la hausse des primes. Les assurés récupèrent en moyenne environ 81 % de leurs cotisations hors taxe sous forme de prestations (Lapinte, *et al.*, 2024). Les mesures sont ici supposées neutres sur le montant en niveau des frais et autres charges des organismes complémentaires. Les employeurs prennent généralement en charge une partie des primes des complémentaires santé de leurs employés. À défaut de pouvoir simuler finement la variation de la prise en charge par l'employeur, mais aussi d'éventuelles répercussions en termes de rémunération des salariés, le montant pris en charge par les employeurs est supposé, par simplicité, ne pas être affecté par les mesures et une éventuelle variation des primes. Le coût d'une mesure, dans les simulations, est donc entièrement supporté par les ménages.

Formellement, la méthode est la suivante.

ΔR_i correspond à l'augmentation de remboursement par la complémentaire santé pour le bénéficiaire i et X_i^k aux caractéristiques du contrat (et éventuellement l'âge) du bénéficiaire i . L'objectif est de déterminer ΔP_i : l'augmentation de la prime de l'individu i . L'équation suivante est considérée :

$$\Delta R_i = \beta_0 + \sum_{k=1}^K \beta_k X_i^k + \varepsilon_i$$

L'augmentation moyenne prédite des remboursements correspond donc à :

$$\Delta \widehat{R}_i = \widehat{\beta}_0 + \sum_{k=1}^K \widehat{\beta}_k X_i^k$$

Où $\widehat{\beta}$ sont les coefficients estimés de la régression linéaire du surcoût de chaque bénéficiaire sur ses caractéristiques (voir annexe 2 pour les résultats des régressions). Les hausses de primes sont ensuite estimées de manière à compenser exactement les surcoûts de remboursements, en supposant une mutualisation entre assurés de profils similaires (c'est-à-dire les individus avec un contrat aux caractéristiques proches, et un âge proche dans le cas des contrats individuels). La hausse des primes prédite pour l'individu i $\Delta \widehat{P}_i$, ainsi que pour l'ensemble des individus partageant les mêmes caractéristiques X_i^k que l'individu i , est donc définie comme :

$$\Delta \widehat{P}_i = \Delta \widehat{R}_i = \widehat{\beta}_0 + \sum_{k=1}^K \widehat{\beta}_k X_i^k$$

Pour un individu i , la différence entre le remboursement obtenu et l'augmentation de la prime correspond à l'erreur de prédiction $\Delta \widehat{R}_i - \Delta R_i = \Delta \widehat{P}_i - \Delta R_i = -\widehat{\varepsilon}_i$. Dans une régression linéaire, la somme de ces termes d'erreur sur l'ensemble des individus i est nulle et donc, dans les simulations, la somme de l'augmentation des primes correspond bien à la somme de l'augmentation des remboursements.

Calculer des indicateurs agrégés d'inégalités

Chaque mesure génère des économies pour la Sécurité sociale, qui prennent la forme de baisses de remboursements par l'assurance maladie obligatoire et éventuellement des hausses de taxe de solidarité additionnelle en lien avec l'augmentation des primes versées aux complémentaires santé. Les économies dégagées par ces mesures sont d'abord calculées ménage par ménage. Afin d'estimer l'économie globale pour les dépenses publiques, la somme pondérée de ces économies est effectuée sur l'ensemble des ménages de l'échantillon. Les différentes simulations sont calibrées pour que cette somme corresponde à 1 milliard d'euros. Les mesures sont ensuite comparées selon les coûts moyens par groupe de population ou selon des indices d'équité verticale ou horizontale.

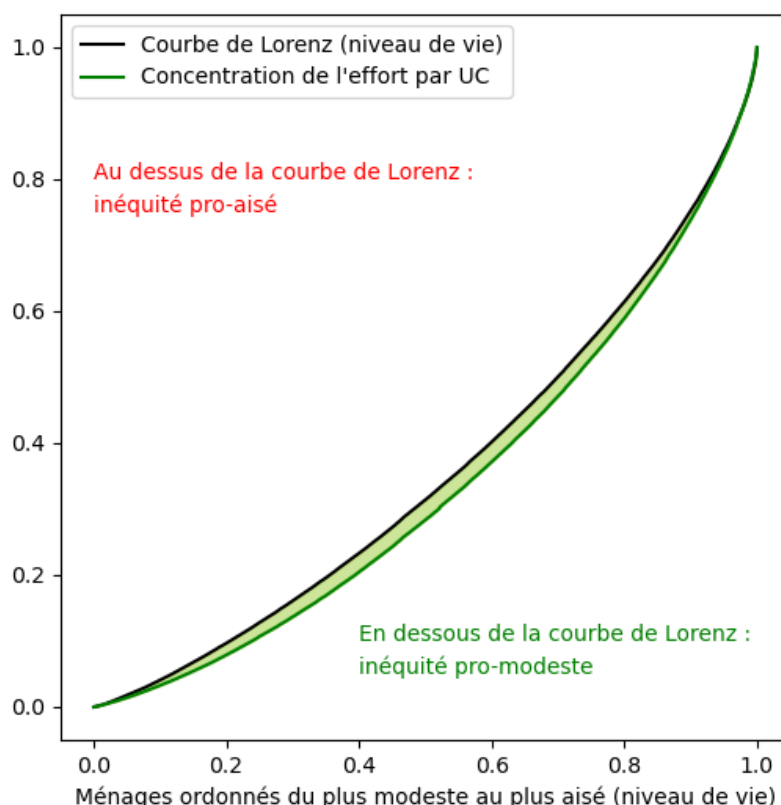
Dans le but d'évaluer l'équité verticale des mesures, le coût moyen est estimé par cinquième de niveau de vie des ménages. Pour évaluer l'équité horizontale des mesures, le coût moyen est estimé selon les catégories d'âge et d'état de santé de la personne la plus âgée de chaque ménage (déclaré dans l'enquête EHIS 2019). Enfin, le coût moyen est également calculé par cinquième de hausse du taux d'effort¹³ consécutif à la mesure.

Les indices d'équité utilisés dans cette étude sont décrits brièvement ci-dessous, et nous renvoyons le lecteur à l'article de Jusot et Lemoine (2024) pour une description plus détaillée.

L'indice de progressivité, dit de Kakwani, est un indice usuel pour mesurer la progressivité du financement des systèmes de santé et donc pour appréhender l'équité « verticale » du financement, suivant le niveau de vie des ménages. Il compare la concentration du financement des dépenses de santé supporté par les ménages à celle de leurs revenus, ou plus précisément entre l'effort par unité de consommation et les niveaux de vie (courbe de Lorenz). Un indice nul indique que le taux d'effort, défini comme le rapport entre la dépense financée et le revenu, est identique en moyenne pour les ménages, quel que soit leur revenu. Un indice positif signifie que le financement des dépenses est plus concentré que les revenus : le taux d'effort augmente avec le niveau de vie. À l'inverse, un indice négatif traduit une diminution du taux d'effort lorsque le revenu s'élève.

¹³ Le taux d'effort retenu dans cette étude correspond au financement total de la santé acquitté par les ménages (restes à charge, primes versées aux complémentaires santé, cotisations sociales maladie, contribution sociale généralisée [CSG], taxes sur la consommation et autres prélèvements permettant de financer l'assurance maladie obligatoire), rapporté à leur revenu. Au numérateur, les seules dépenses de santé considérées sont celles individualisables et remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Au dénominateur, le revenu correspond au revenu disponible des ménages « avant prélèvements permettant de financer l'assurance maladie obligatoire », c'est-à-dire augmenté des cotisations sociales maladie, de la CSG, de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) et des cotisations des microentreprises. Ces cotisations et contributions sont ainsi considérées comme des dépenses de santé obligatoires, venant réduire le revenu disponible des ménages.

Graphique 1 L'indice de progressivité dans la situation de référence



Note > L'indice de progressivité est égal à 0,04, soit deux fois la différence entre la courbe de concentration du niveau de vie (courbe de Lorenz) et la courbe de concentration de l'effort de financement par unité de consommation. La situation de référence correspond à la situation en 2019, avec quelques ajustements pour tenir compte de modifications de certaines règles de remboursements introduites entre 2019 et 2024.

Lecture > Les 40 % de ménages les plus modestes concentrent 23 % des « revenus » et 20 % de « l'effort de financement du système de santé ».

Champ > France métropolitaine, ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

L'effet des mesures sur l'indice de progressivité est mesuré par différence de l'indice avant la mesure et après la mesure. Une différence négative signifie que l'indice de progressivité a baissé consécutivement à la mesure, et que celle-ci est en faveur des ménages aisés au détriment des ménages modestes.

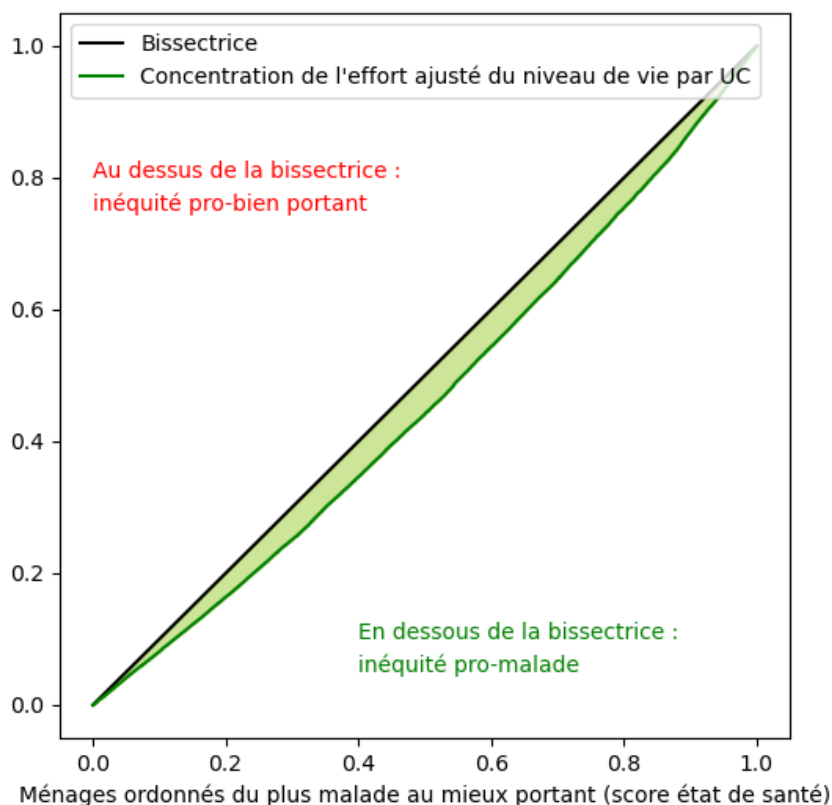
L'effort par unité de consommation d'un ménage¹⁴ est ici donné par :

$$E = \frac{\text{Financement assurance maladie obligatoire} + \text{Primes d'assurance} - \text{Participation employeur} - \text{chèque ACS} + \text{Reste à charge}}{\text{Nombre d'unités de consommation dans le ménage}}$$

L'indice d'équité horizontale, proposé par Wagstaff, *et al.* (2007), mesure la concentration du financement des dépenses de santé entre personnes malades et bien portantes. Il évalue si, à niveau de vie équivalent, les malades supportent un effort de financement plus élevé que les bien portants, relativement à leurs revenus. Un indice nul traduit une situation d'équité entre les deux groupes ; un indice positif indique que les bien portants contribuent proportionnellement davantage, tandis qu'un indice négatif signifie l'inverse.

¹⁴ Le nombre d'unités de consommation dépend de la composition du ménage. Une unité de consommation est attribuée pour le premier adulte du ménage, auxquelles sont ajoutées 0,5 unité pour chaque autre membre de 14 ans ou plus, et 0,3 unité pour chaque membre de moins de 14 ans. Normaliser par le nombre d'unités de consommation dans le ménage permet de comparer des ménages de compositions différentes.

Graphique 2 L'indice d'équité horizontale dans la situation de référence



Note > L'indice de d'équité horizontale est égal à 0,08, soit deux fois la différence entre la bissectrice et la courbe de concentration de l'effort de financement par unité de consommation ajusté du niveau de vie. La situation de référence correspond à la situation en 2019, avec quelques ajustements pour tenir compte de modifications de certaines règles de remboursements introduites entre 2019 et 2024.

Lecture > Les 40 % de ménages les plus malades concentrent 35 % de l'effort de financement du système de santé ajusté du niveau de vie ».

Champ > France métropolitaine, ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

L'effet des mesures sur l'indice d'équité horizontale est mesuré par différence de l'indice avant la mesure et après la mesure. Une différence négative signifie que l'indice d'équité horizontale a baissé consécutivement à la mesure, et que celle-ci est en faveur des ménages bien portants au détriment des ménages malades.

L'effort par unité de consommation d'un ménage « ajusté du niveau de vie » correspond à l'effort par unité de consommation observé pour ce ménage, auquel est soustrait l'effort pouvant être expliqué par le niveau de vie de ce ménage (tel que prédit par une régression linéaire simple), auquel est ajouté l'effort moyen de l'ensemble des ménages. Cet ajustement par le niveau de vie permet d'isoler le rôle de l'état de santé du ménage de celui du niveau de vie (déjà appréhendé par l'indice de progressivité, dit de Kakwani).

Le classement des ménages suivant leur état de santé est réalisé à partir d'un score de santé calculé pour l'individu le plus âgé du ménage (voir *annexe 3*). Dans l'enquête EHIS 2019, qui est mobilisée dans le modèle Ines-Omar, chaque individu déclare son état de santé général (1-Très mauvais, 2-Mauvais, 3-Moyen, 4-Bon, 5-Très bon) et répond à une série de questions portant sur des aspects précis de sa santé. Le score de santé correspond à la valeur prédite dans la régression de l'état de santé général déclaré sur : une constante, des indicatrices d'âge, une indicatrice de sexe, et différentes variables rapportant des aspects précis de la santé du déclarant. Contrairement à l'état de santé général déclaré, le score de santé est une variable continue, qui permet de classer finement les ménages suivant l'état de santé de leur individu le plus âgé. Un score de santé faible signifie qu'on prédit pour l'individu un état de santé général dégradé.

■ LES MESURES SIMULÉES

Cinq mesures de déremboursement sont simulées : trois portent sur le ticket modérateur, deux sur les participations forfaitaires et les franchises médicales. Elles sont calibrées pour générer une économie *ex ante*¹⁵ de 1 milliard d'euros.

La situation de référence, en comparaison de laquelle chaque mesure est évaluée, correspond à la situation en 2019, avec quelques ajustements pour tenir compte de modifications de certaines règles de remboursements entre 2019 et 2024. En particulier, la situation de référence intègre la hausse du ticket modérateur sur les soins dentaires de 2023 (de 30 % à 40 %) ainsi que le doublement du montant unitaire des participations forfaitaires et des franchises de 2024. Elle n'intègre en revanche pas les mesures discutées ou prises à l'automne 2025.

Mesures portant sur le ticket modérateur

Les scénarios portant sur le ticket modérateur se traduisent en général, pour les personnes couvertes par une complémentaire santé, par un transfert de remboursement de l'assurance maladie obligatoire vers la complémentaire santé, et donc par une hausse des primes d'assurance¹⁶. Pour les personnes non couvertes par une complémentaire santé, ou dans le cas où celle-ci ne prendrait pas en charge l'intégralité du ticket modérateur, ils impliquent aussi une hausse des restes à charge. Il existe différents motifs d'exonérations et nous illustrons comment ils sont traités par deux cas particuliers : les patients en ALD et les bénéficiaires de la C2S.

Les patients avec une ALD sont exonérés de ticket modérateur pour les soins en lien avec cette ALD. Comme ces dépenses ne sont pas concernées par les mesures, elles n'induisent pas de surcoût direct pour les complémentaires santé, ce qui limite indirectement la hausse des primes d'assurance, en particulier pour les classes d'âge où le nombre de patients avec une ALD est important. Les mesures portant sur le ticket modérateur ne sont cependant pas complètement neutres pour les patients avec une ALD, puisque leurs primes peuvent augmenter.

Les patients bénéficiaires de la C2S¹⁷ se voient rembourser leur ticket modérateur au titre de la C2S. Les mesures portant sur le ticket modérateur sont donc neutres de leur point de vue car ce qui était pris en charge au titre de l'assurance maladie obligatoire l'est désormais au titre de la C2S, et car la C2S reste attribuée gratuitement ou moyennant une cotisation minimale qu'on suppose inchangée.

Trois mesures sur le ticket modérateur sont simulées :

- **Hausse du ticket modérateur sur les consultations médicales et de sages-femmes** : les consultations médicales auprès de médecins (omnipraticiens et autres spécialistes) et de sages-femmes, dont le ticket modérateur s'élève avant la mesure à 30 %, voient leur ticket modérateur augmenter à 37,8 %.
- **Hausse du ticket modérateur sur les soins dentaires** : les soins dentaires dont le ticket modérateur s'élève avant la mesure à 40 %, voient celui-ci augmenter à 63,6 %.
- **Hausse du ticket modérateur sur les médicaments** : les médicaments à service médical rendu (SMR) majeur, modéré ou faible, délivrés en ville, dont le ticket modérateur s'élève avant la mesure à 35 %, 70 % ou 85 % (honoraires de dispensation associés compris), voient celui-ci augmenter de 12,2 points (à respectivement 47,2 %, 82,2 % et 97,2 %)¹⁸. Certaines complémentaires santé ne prennent pas en charge l'intégralité du ticket modérateur des médicaments à SMR faible ou modéré : dans ce cas, la hausse du ticket modérateur se traduit par une hausse du reste à charge des patients (et non par une hausse des remboursements par les complémentaires santé).

¹⁵ En supposant des comportements inchangés, en termes de consommation de soins, ou de souscription à une complémentaire santé.

¹⁶ Pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé, une hausse de ticket modérateur peut éventuellement conduire à faire baisser le reste à charge. C'est potentiellement le cas lorsqu'une participation forfaitaire ou franchise s'applique à l'acte : si après la hausse du ticket modérateur, le montant pris en charge par l'assurance maladie obligatoire devient inférieur au montant de la participation forfaitaire ou franchise, celui-ci ne peut plus être prélevé en totalité. Avec une complémentaire santé prenant en charge la totalité du ticket modérateur, cela réduit d'autant le reste à charge du patient. Cela concerne notamment les médicaments peu coûteux dont le prix initial est proche du montant de la franchise.

¹⁷ Les bénéficiaires de la C2S correspondent, dans le modèle Ines-Omar 2019 aux bénéficiaires des anciens dispositifs CMU-C et ACS.

¹⁸ En l'absence de franchises, le montant déremboursé correspondrait ainsi à 12,2 % du prix du médicament, et ceci quel que soit le ticket modérateur initial.

Mesures portant sur les participations forfaitaires ou les franchises médicales

Les participations forfaitaires et les franchises médicales correspondent à des montants non remboursés par l'assurance maladie obligatoire qui ne peuvent pas être pris en charge par les contrats responsables. Les scénarios portant sur ces participations se traduisent ici par une hausse des restes à charge. Ces scénarios n'affectent pas les remboursements des complémentaires santé, ni, par conséquent, les primes d'assurance. Les patients avec une ALD ne sont pas exonérés des participations forfaitaires et franchises médicales, au contraire des bénéficiaires de la C2S, mais également les enfants mineurs, et les femmes enceintes notamment¹⁹. Pour eux, ces mesures sont donc neutres.

Plusieurs mesures sont simulées :

- Hausse des participations forfaitaires sur les actes médicaux, de radiologie ou de biologie médicale : le scénario simulé correspond approximativement à un doublement des participations forfaitaires et de leur plafond. La participation forfaitaire passe de 2 euros à 3,80 euros, tandis que le plafond annuel est porté de 50 à 100 euros.
- Hausse des franchises médicales sur les médicaments, auxiliaires médicaux et transports sanitaires : le scénario central simulé correspond approximativement à un doublement des franchises médicales et de leur plafond. La franchise passe de 1 euro à 2,30 euros pour les médicaments et les auxiliaires médicaux, de 4 à 9,20 euros pour les transports sanitaires, tandis que le plafond annuel est porté de 50 à 100 euros.

Des variantes ont été simulées en faisant varier séparément le plafond et les montants unitaires, sans les modifier de manière proportionnelle.

Mesure portant sur les prélèvements permettant de financer l'assurance maladie obligatoire

Il s'agit de la seule mesure considérée dans cette étude qui n'entraîne pas une réduction des dépenses publiques, mais une hausse des prélèvements et des recettes. Les recettes issues des prélèvements permettant de financer l'assurance maladie obligatoire sont augmentées de façon proportionnelle pour générer 1 milliard d'euros. Les prélèvements considérés sont les cotisations sociales maladie, la contribution sociale généralisée, la contribution pour le remboursement de la dette sociale, la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), les accises sur le tabac, sur l'alcool et la taxe sur les médicaments. La taxe de solidarité additionnelle, qui est prélevée sur les primes des complémentaires santé, n'est en revanche pas augmentée dans ce scénario.

¹⁹ Voir [La participation forfaitaire de 2 € | ameli.fr | Assuré](#).

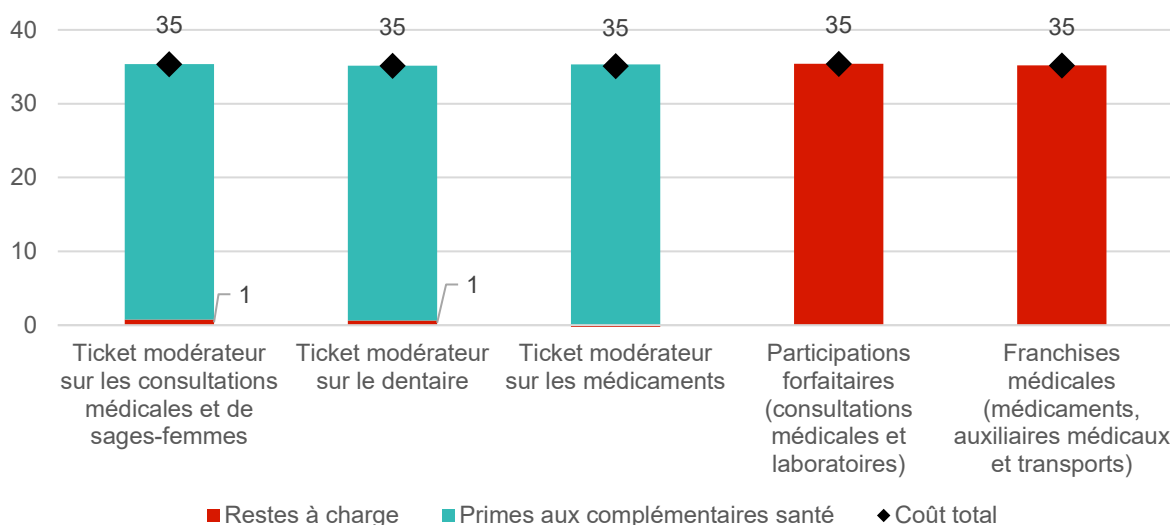
■ RÉSULTATS

Les ménages modestes sont les plus affectés, quelle que soit la mesure de déremboursement simulée

Les mesures simulées génèrent une économie d'1 milliard d'euros, soit un coût moyen de 35 euros par ménage (0,1 % du revenu annuel moyen, *graphique 3*). Les mesures sur le ticket modérateur se répercutent quasi intégralement sur les primes, le reste à charge supplémentaire ne concernant que les personnes sans complémentaire. Inversement, les participations forfaitaires et les franchises sont intégralement répercutées par une hausse des restes à charge.

Graphique 3 Décomposition du coût moyen supporté par les ménages, par mesure simulée

En euros



Note > Chaque mesure conduit à une économie budgétaire de l'ordre de 1 milliard d'euros. En cas de hausse de ticket modérateur sur les médicaments, le reste à charge baisse car la mesure réduit dans certains cas non seulement le montant pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, mais également la franchise appliquée. Le montant correspondant peut ainsi être pris en charge par une complémentaire santé. C'est le cas notamment pour les achats de médicaments peu onéreux dont le coût ne dépasse que faiblement le montant de la franchise.

Lecture > La hausse du ticket modérateur sur les consultations médicales et de sages-femmes se traduit par une hausse moyenne des primes versées aux complémentaires santé de l'ordre de 35 euros par ménage.

Champ > France métropolitaine, ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

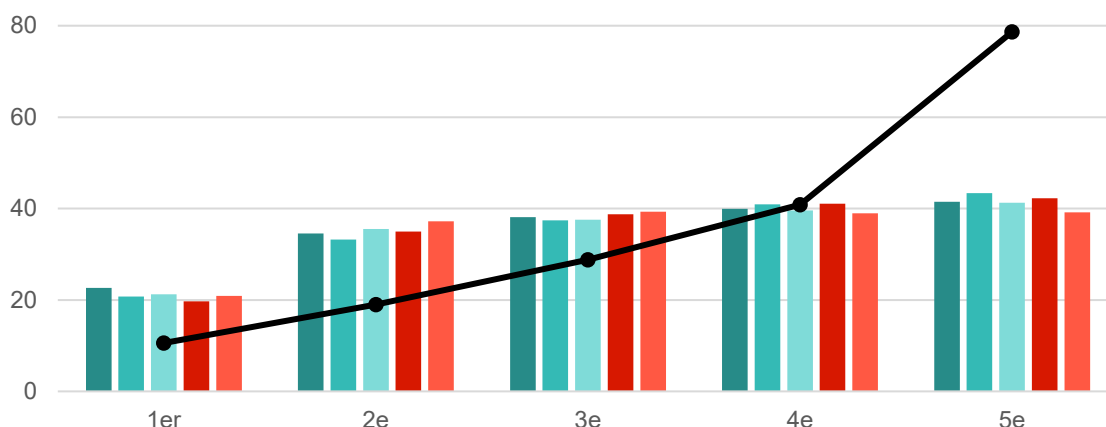
En fonction de la mesure de déremboursement considérée, le coût est compris entre 20 et 23 euros pour les 20 % de ménages les plus modestes. Dans la plupart des cas, ces sommes sont inférieures à celles supportées par les ménages avec des niveaux de vie plus élevés. La C2S permet en effet, sous conditions de ressources, d'accéder à une couverture complémentaire gratuitement ou moyennant une cotisation minimale. Ce dispositif dispense les ménages qui en bénéficient de tickets modérateurs, de participations forfaitaires et de franchises, ce qui les soustrait aux mesures simulées. L'effort exigé auprès de ces ménages les plus modestes est toutefois non nul, car ils ne bénéficient pas tous de la C2S, soit car ils n'y recourent pas²⁰, soit car ils se trouvent au-dessus du seuil d'éligibilité. Rapporté au revenu, l'effort des ménages les plus modestes est plus conséquent que pour les revenus les plus élevés et représente entre 0,12 % et 0,13 % de leur revenu, contre seulement 0,05 % à 0,06 % pour les 20 % de ménages les plus aisés (*graphique 4*).

Les ménages du deuxième cinquième de niveau de vie, supportent un coût compris entre 33 et 37 euros. Dans la plupart des cas, les montants sont équivalents à ce que paient les ménages avec des niveaux de vie plus élevés. Ces ménages sont donc aussi confrontés, au regard de leurs ressources, à un effort plus important (entre 0,12 % à 0,15 % de leur revenu).

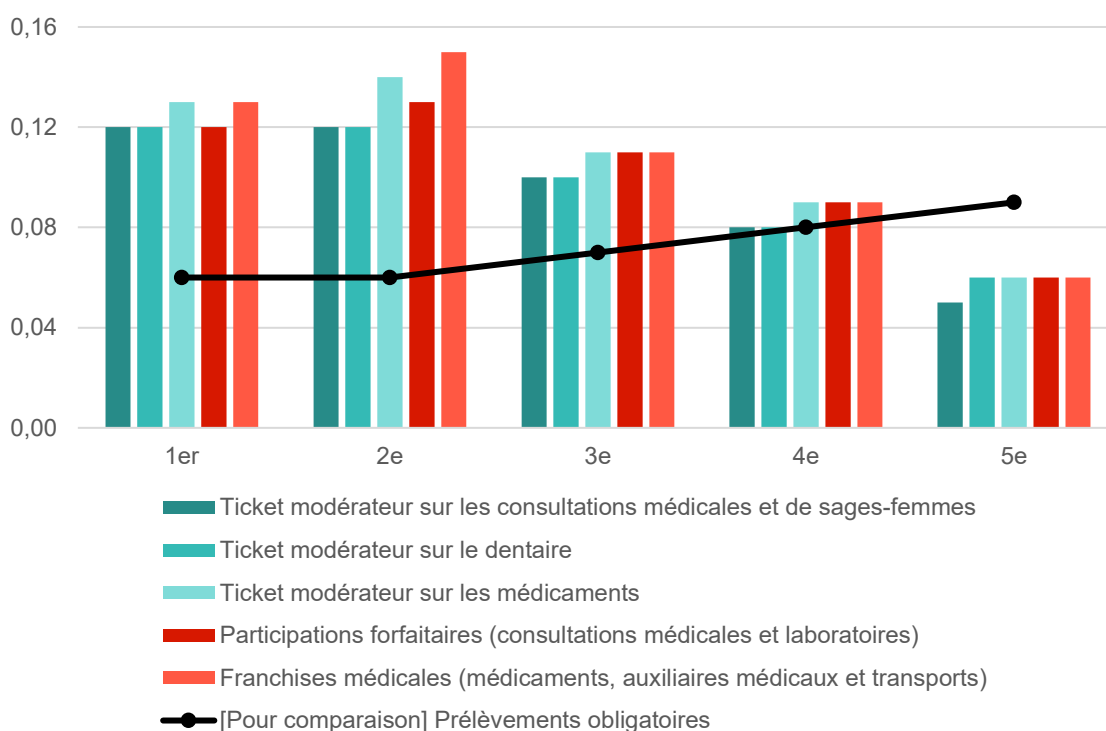
²⁰ Le taux de recours à la C2S s'élève en 2019 à 54 % (Feller, 2024).

Graphique 4 Coût moyen par ménage des mesures simulées, selon le cinquième de niveau de vie

En euros



En % du revenu



—●— [Pour comparaison] Prélèvements obligatoires

Note > Chaque mesure conduit à une économie budgétaire de l'ordre de 1 milliard d'euros. Le scénario d'une hausse des prélèvements obligatoires est ici présenté à titre de comparaison.

Lecture > La hausse du ticket modérateur sur les consultations médicales et de sages-femmes exige des 20 % de ménages les plus modestes un effort s'élevant à 0,12 % de leur revenu.

Champ > France métropolitaine, ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

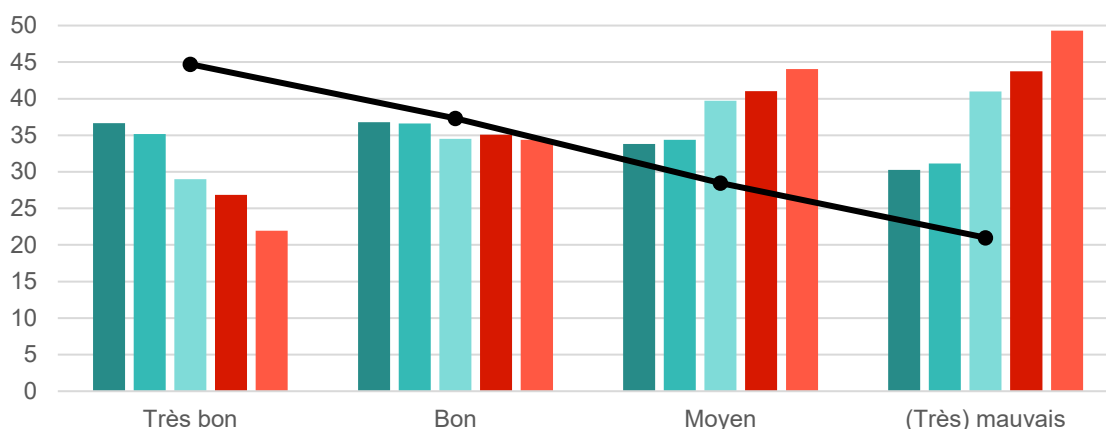
À titre de comparaison, une hausse généralisée des prélèvements permettant de financer l'assurance maladie obligatoire serait associée à un effort croissant avec le niveau de vie. Dans les deux premiers cinquièmes de niveau de vie, autrement dit pour les 40 % de ménages les plus modestes, le coût d'une hausse des prélèvements s'établirait à 0,06 % du revenu en moyenne, soit deux fois moins que les mesures de déremboursements précédemment considérées. Toujours en moyenne, une hausse des prélèvements aurait un coût plus faible ou comparable à celui des déremboursements de soins, pour les ménages des 3^e et 4^e cinquièmes de niveau de vie. En revanche, pour les 20 % de ménages les plus aisés, la mesure serait plus coûteuse : l'effort s'élèverait à 0,09 % du revenu, presque deux fois plus qu'en cas de déremboursement de soins. Augmenter les recettes de l'assurance maladie pèserait donc moins sur les ménages modestes en proportion de leurs revenus que dérembourser des soins. La hausse des prélèvements pénalise cependant davantage les actifs en emploi que les retraités à niveau de vie donné (Bonnet, Fauchon, 2024).

Les participations forfaitaires et les franchises pénalisent davantage les personnes en mauvaise santé que les tickets modérateurs

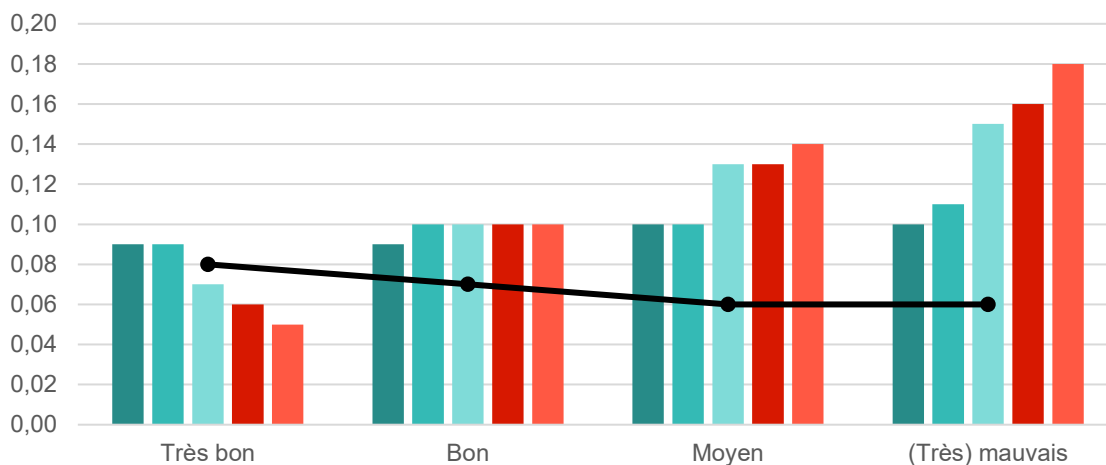
L'augmentation des participations forfaitaires et des franchises médicales accroît directement les restes à charge dont doivent s'acquitter les patients qui consomment les soins affectés. Ainsi, une hausse de ces dispositifs pèserait davantage sur les ménages en moins bonne santé que sur les ménages bien portants (*graphique 5*). Les personnes âgées étant en général en moins bon état de santé que le reste de la population, elles sont également davantage pénalisées. Par exemple, pour les ménages dont la personne la plus âgée a 75 ans ou plus, une augmentation des franchises médicales se traduirait par un surcoût de 57 euros, soit 0,21 % du revenu, contre 15 euros, soit 0,05 % du revenu, pour les ménages de moins de 40 ans (*graphique 6*).

Graphique 5 Coût moyen par ménage des mesures simulées, selon l'état de santé déclaré de la personne la plus âgée du ménage

En euros



En % du revenu



- Ticket modérateur sur les consultations médicales et de sages-femmes
- Ticket modérateur sur le dentaire
- Ticket modérateur sur les médicaments
- Participations forfaitaires (consultations médicales et laboratoires)
- Franchises médicales (médicaments, auxiliaires médicaux et transports)
- [Pour comparaison] Prélèvements obligatoires

Note > Chaque mesure conduit à une économie budgétaire de l'ordre de 1 milliard d'euros. Le scénario d'une hausse des prélèvements obligatoires est ici présenté à titre de comparaison.

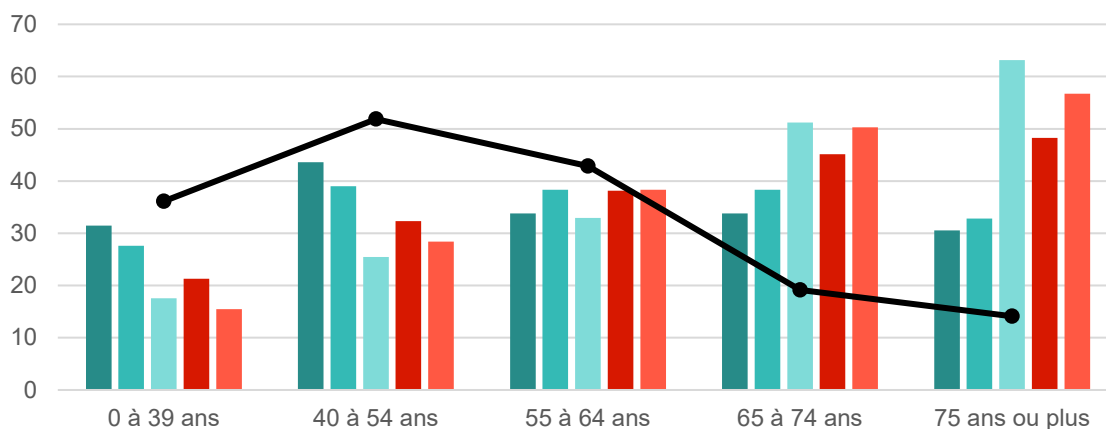
Lecture > La hausse du ticket modérateur sur les consultations médicales et de sages-femmes exige des ménages en très bon état de santé un effort s'élevant à 0,09 % de leur revenu.

Champ > France métropolitaine, ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

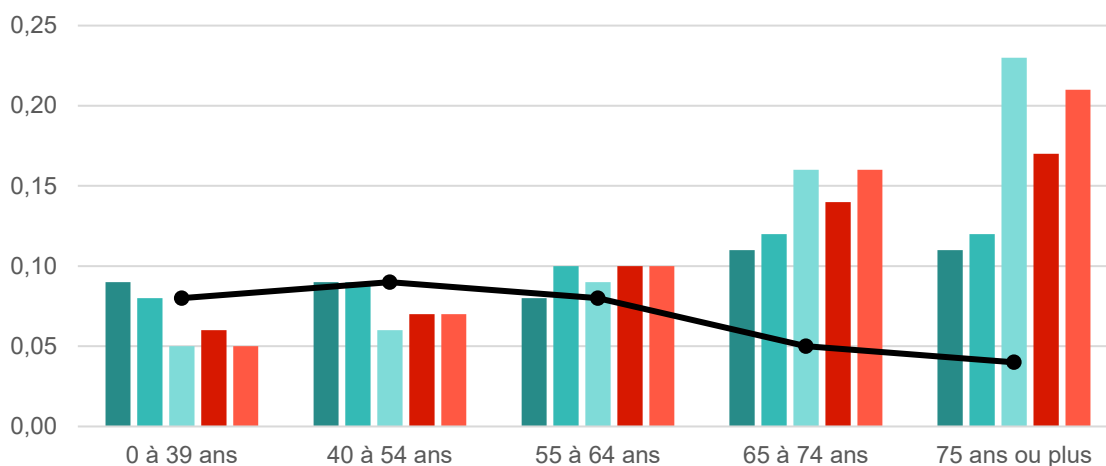
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Graphique 6 Coût moyen par ménage des mesures simulées, selon l'âge de la personne la plus âgée du ménage

En euros



En % du revenu



- Ticket modérateur sur les consultations médicales et de sages-femmes
- Ticket modérateur sur le dentaire
- Ticket modérateur sur les médicaments
- Participations forfaitaires (consultations médicales et laboratoires)
- Franchises médicales (médicaments, auxiliaires médicaux et transports)
- [Pour comparaison] Prélèvements obligatoires

Note > Chaque mesure conduit à une économie budgétaire de l'ordre de 1 milliard d'euros. Le scénario d'une hausse des prélèvements obligatoires est ici présenté à titre de comparaison.

Lecture > La hausse du ticket modérateur sur les consultations médicales et de sages-femmes exige des ménages de moins 40 ans un effort s'élevant à 0,09 % de leur revenu.

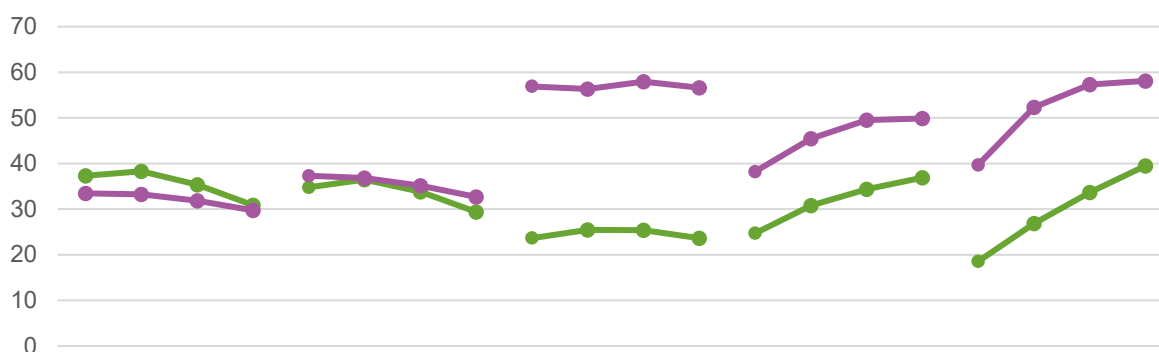
Champ > France métropolitaine, ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

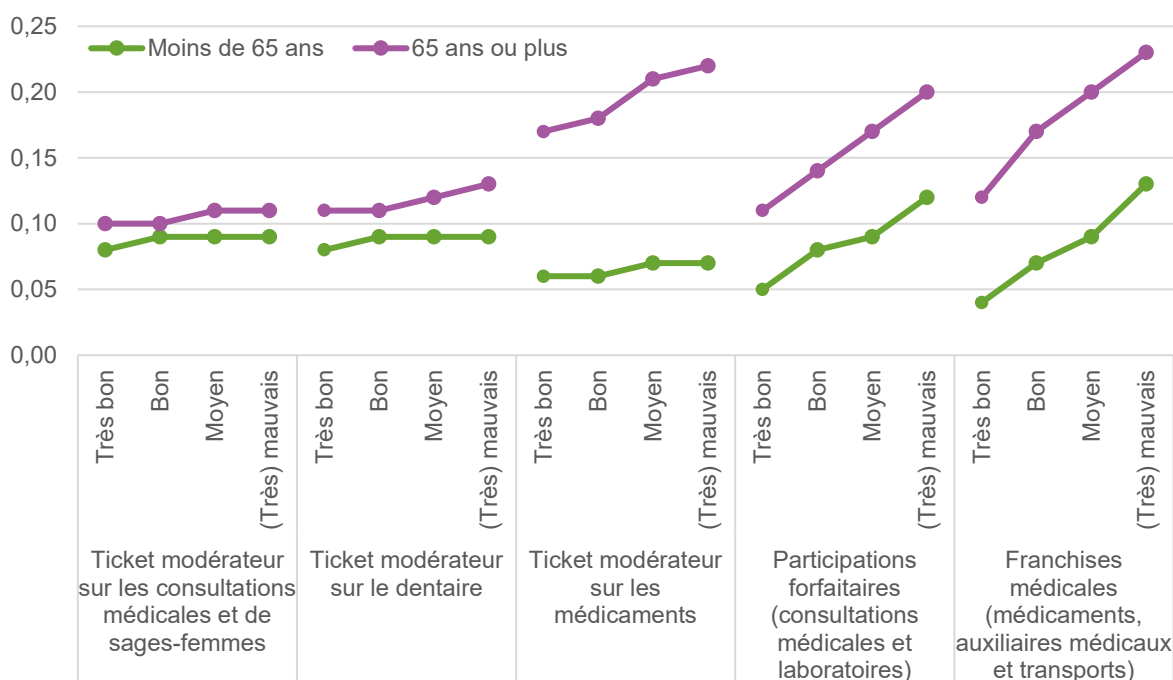
À l'inverse, une hausse du ticket modérateur, généralement prise en charge par les complémentaires santé, se traduirait principalement par une augmentation des primes, mutualisée entre l'ensemble des assurés d'un même contrat, indépendamment de leur état de santé. Toutefois, les retraités ne relevant pas des mêmes contrats que les actifs, une hausse du ticket modérateur portant sur des dépenses fortement concentrées chez les personnes âgées (comme les médicaments) se traduirait par une augmentation des primes nettement plus élevée pour les retraités. Ainsi, une hausse du ticket modérateur sur les médicaments entraînerait, quel que soit l'état de santé, une augmentation des primes d'un peu moins de 60 euros pour les ménages dont la personne de référence est âgée de 65 ans ou plus, contre environ 25 euros pour ceux dont la personne de référence a moins de 65 ans (*graphique 7*). En revanche, les hausses du ticket modérateur appliquées aux consultations médicales ou aux soins dentaires auraient des effets similaires sur les primes, compris entre 30 et 40 euros, quel que soit l'âge ou l'état de santé des assurés.

Graphique 7 Coût moyen par ménage des mesures simulées, selon l'âge et l'état de santé déclaré de la personne la plus âgée du ménage

En euros



En % du revenu



Note > Chaque mesure conduit à une économie budgétaire de l'ordre de 1 milliard d'euros.

Lecture > La hausse du ticket modérateur sur les consultations médicales et de sages-femmes exige des ménages de moins de 65 ans en très bon état de santé un effort s'élevant à 0,08 % de leur revenu.

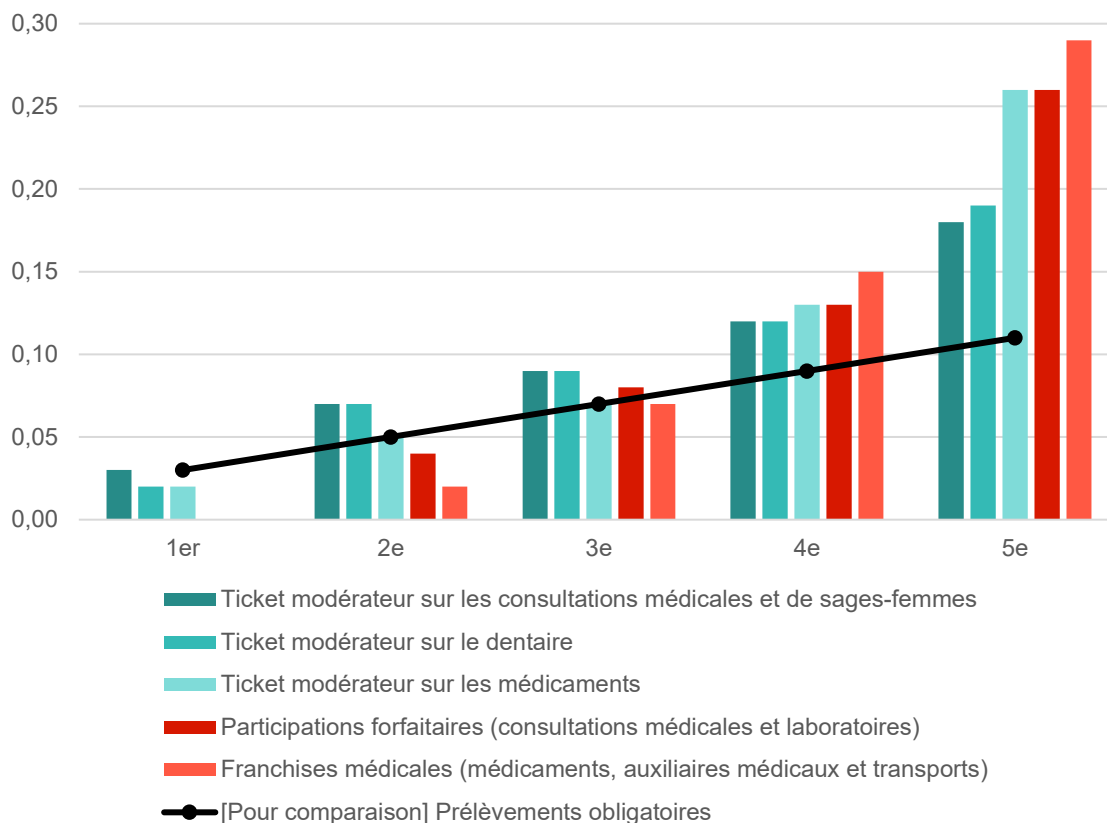
Champ > France métropolitaine, ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Les réformes agissant directement sur les restes à charge tendent également à concentrer le coût sur un nombre plus limité de ménages (*graphique 8*). Ainsi, pour les 20 % de ménages subissant la plus forte hausse, l'augmentation du taux d'effort liée au déremboursement atteindrait 0,29 % du revenu dans le cas des franchises médicales et 0,26 % pour les participations forfaitaires, contre 0,18 % pour la mesure portant sur le ticket modérateur appliqué aux consultations médicales.

Graphique 8 Coût moyen par ménage des mesures simulées, selon le cinquième d'augmentation du taux d'effort

En % du revenu



Note > Chaque mesure conduit à une économie budgétaire de l'ordre de 1 milliard d'euros. Le scénario d'une hausse des prélèvements obligatoires est ici présenté à titre de comparaison.

Lecture > La hausse du ticket modérateur sur les consultations médicales et de sages-femmes exige des 20 % de ménages les plus affectés un effort s'élevant à 0,18 % de leur revenu.

Champ > France métropolitaine, ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Augmenter les recettes via une hausse des prélèvements pèse moins sur les modestes et les personnes se déclarant en mauvaise santé

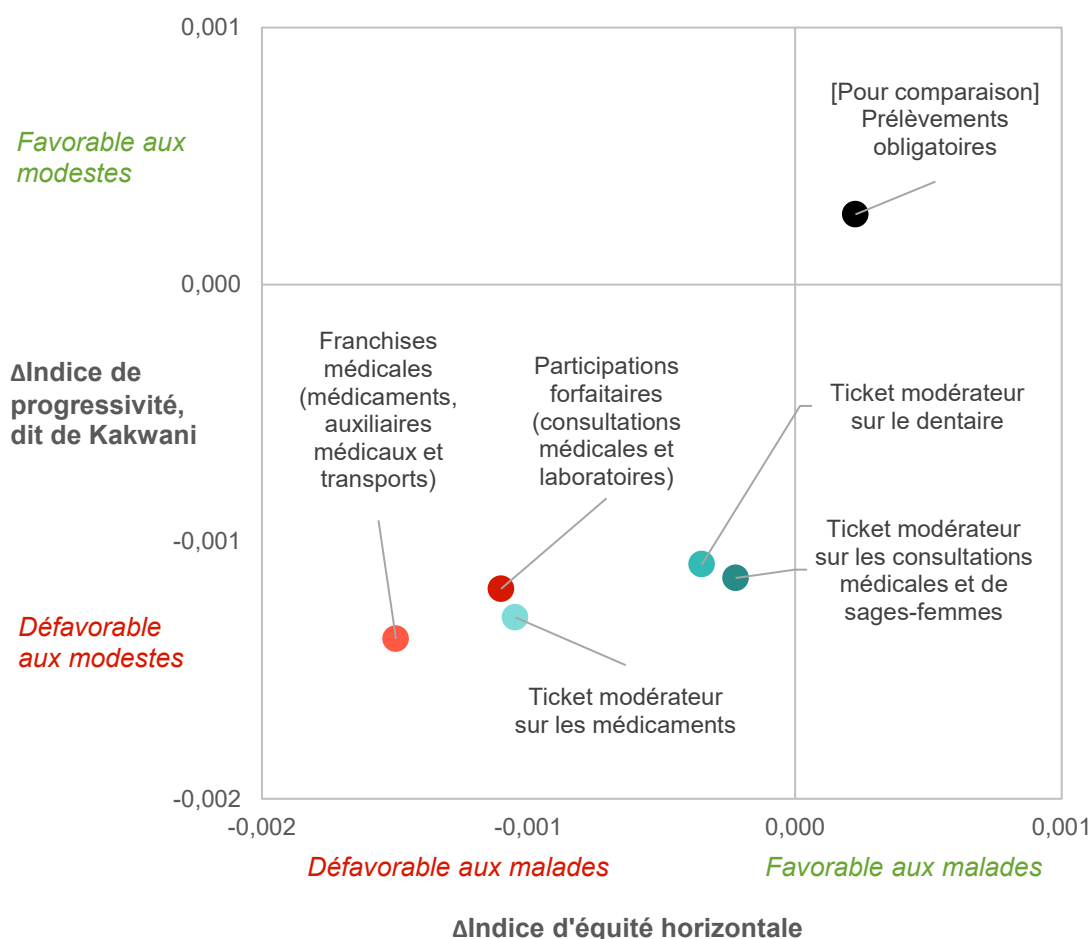
Dans l'ensemble, les mesures de déremboursement simulées conduisent à réduire la progressivité du financement du système de santé, et donc l'équité « verticale » entre ménages avec des niveaux de vie différents. L'indice de progressivité, dit de Kakwani, baisse ainsi en moyenne de 0,001 point, quelle que soit la mesure considérée (graphique 9).

Les déremboursements réduisent également l'équité entre ménages malades et bien portants, ou autrement dit l'équité du financement « horizontale ». L'indice associé baisse ainsi de 0,000 à 0,002 point, suivant la mesure considérée. La baisse la plus marquée est associée à la hausse des franchises sur les médicaments, actes des auxiliaires médicaux et transports sanitaires.

Enfin, une hausse généralisée de l'ensemble des prélèvements obligatoires permettant de financer l'assurance maladie obligatoire améliorerait les indices d'équité. En effet, tous prélèvements confondus, le financement de l'assurance maladie obligatoire est globalement progressif avec le revenu (Fouquet, Pollak, 2022). En outre, les ménages âgés, en moyenne en moins bonne santé que le reste de la population, sont moins mis à contribution que les actifs en emploi via les cotisations sociales maladie et la CSG (Bonnet et Fauchon, 2025).

Graphique 9 Effet des mesures simulées sur les indices de progressivité et d'équité horizontale

En points



Note > Chaque mesure conduit à une économie budgétaire de l'ordre de 1 milliard d'euros. Le scénario d'une hausse des prélèvements obligatoires est ici présenté à titre de comparaison.

Lecture > La hausse du ticket modérateur sur les consultations médicales et de sages-femmes diminue l'indice de progressivité de 0,0011 point.

Champ > France métropolitaine, ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

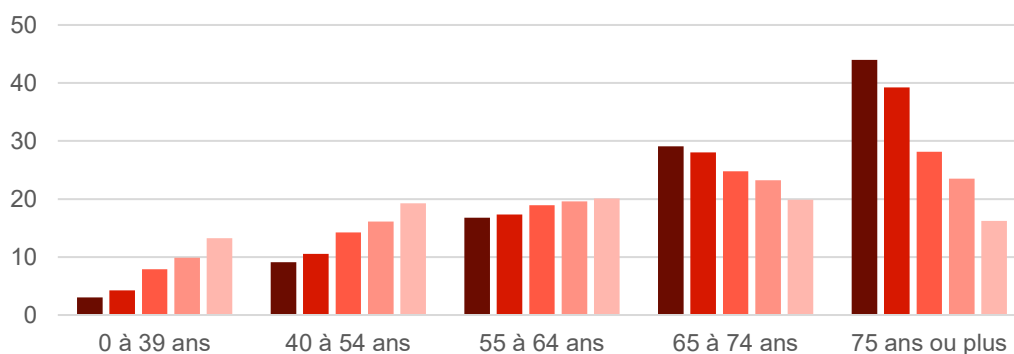
Franchises : augmenter le plafond annuel fait peser le coût de la mesure sur les ménages âgés et en mauvaise santé

Les paramètres choisis pour augmenter les franchises ne sont pas neutres sur la répartition des coûts entre ménages. Pour un même montant d'économie, augmenter le plafond annuel de franchises fait peser sur les ménages les plus âgés et en mauvaise santé un coût plus élevé qu'une simple augmentation du montant unitaire. Ces ménages atteignent en effet plus souvent le plafond annuel que les autres, et sont donc les premiers impactés par son augmentation.

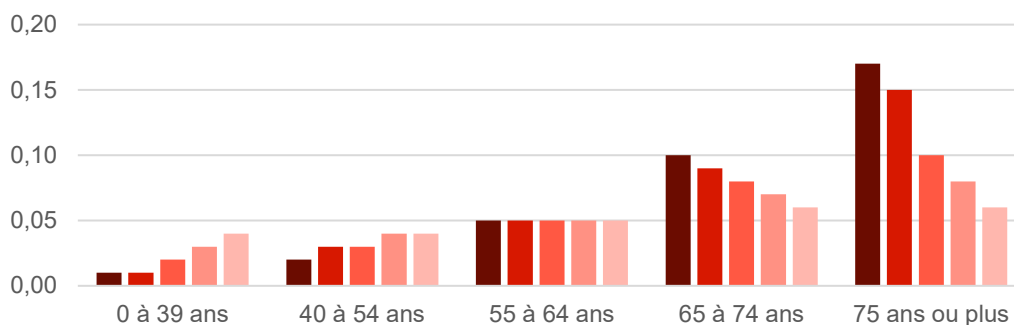
À titre illustratif, augmenter la franchise à 1,56 euro et le plafond annuel à 75 euros est susceptible de dégager 500 millions d'euros d'économie, à peu près autant qu'une mesure associée à un montant unitaire de 1,10 euro et à un plafond de 100 euros (*graphique 10*). Le coût des deux mesures s'élève à respectivement 28 et 39 euros pour les ménages de 75 ans ou plus (0,10 % et 0,15 % du revenu), et à 25 et 36 euros pour les ménages en mauvaise santé (0,09 % et 0,14 % du revenu). La seconde mesure, qui relève davantage le plafond annuel, pénalise donc plus les ménages âgés et en mauvaise santé.

Graphique 10 Coût moyen par ménage des mesures simulées, selon l'âge de la personne la plus âgée du ménage

En euros



En % du revenu



- Franchise à 1 euro (transports : 4 euros) et plafond à 117,50 euros
- Franchise à 1,10 euro (transports : 4,40 euros) et plafond à 100 euros
- Franchise à 1,56 euro (transports : 6,24 euros) et plafond à 75 euros
- Franchise à 2 euros (transports : 8 euros) et plafond à 67,50 euros
- Franchise à 4 euros (transports : 16 euros) et plafond à 58,25 euros

Note > Chaque mesure conduit à une économie budgétaire de l'ordre de 500 millions d'euros.

Lecture > Porter la franchise sur les médicaments et les auxiliaires médicaux à 1,10 euro, sur les transports sanitaires à 4,40 euros et définir un plafond annuel de 100 euros exige des ménages de moins de 40 ans un effort s'élevant à 0,01 % de leur revenu.

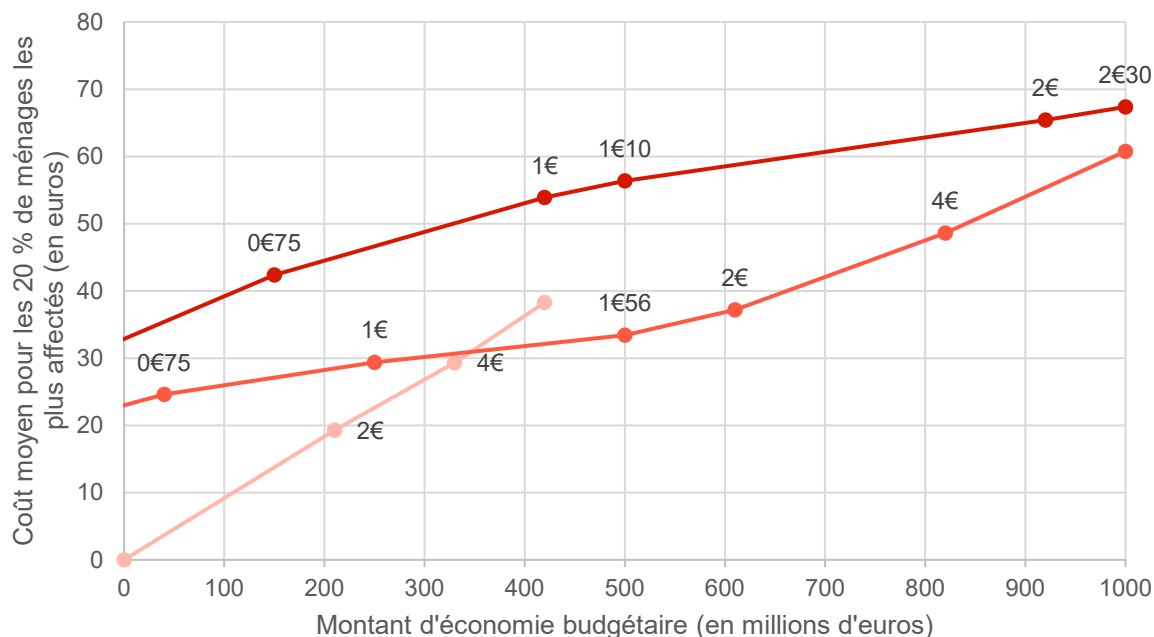
Champ > France métropolitaine, ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

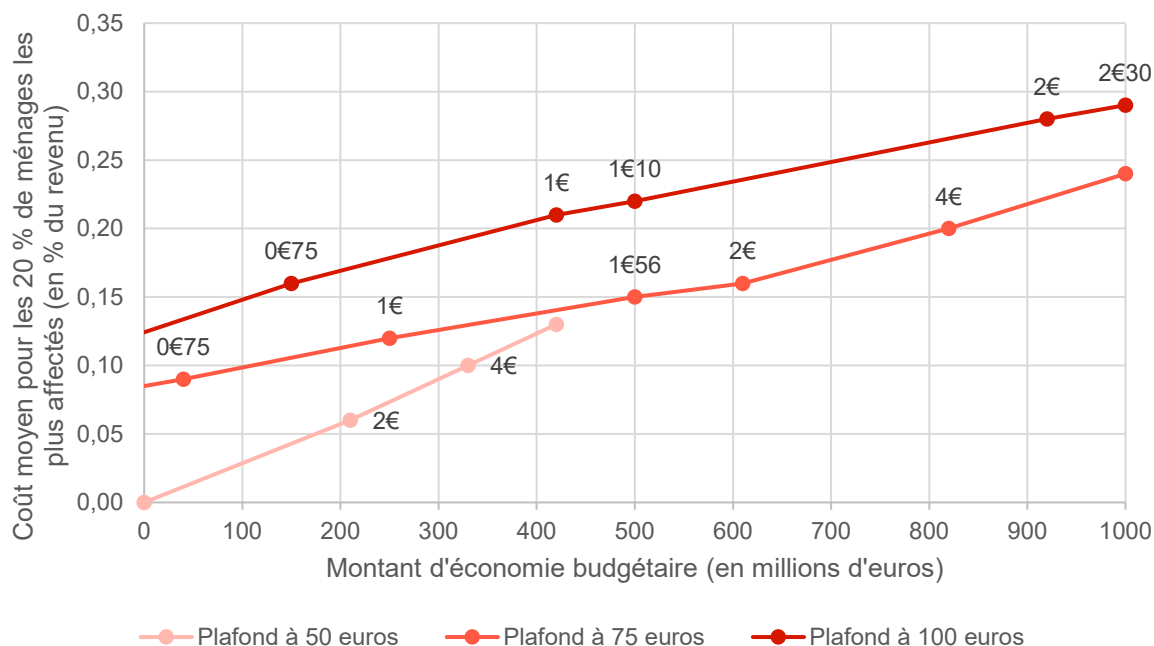
De façon générale, l'augmentation du plafond des franchises répartit de façon moins homogène le coût sur l'ensemble de la population. Les 20 % de ménages les plus affectés par les deux mesures précédemment décrites supportent un effort s'élevant à 0,15 % de leur revenu (33 euros) quand la mesure joue principalement sur le montant unitaire des franchises, contre 0,22 % de leur revenu (56 euros) quand l'augmentation du plafond est très prononcée (graphique 11).

Graphique 11 Coût moyen des mesures portant sur les franchises médicales pour les 20 % de ménages les plus affectés, selon le montant d'économie budgétaire

En euros



En % du revenu



Note > Les 20 % de ménages les plus affectés correspondent aux 20 % pour lesquels le coût rapporté au revenu est le plus élevé
Lecture > Maintenir des franchises à 1 euro (4 euros pour les transports) et porter le plafond à 100 euros permet d'atteindre une économie de l'ordre de 420 millions d'euros et exige des 20 % de ménages les plus affectés un effort s'élevant à 0,21 % de leur revenu.
Champ > France métropolitaine, ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

■ DISCUSSION

L'exercice mené dans cet article présente plusieurs limites. Tout d'abord, l'analyse repose sur l'hypothèse d'une absence de réaction comportementale des ménages face aux remboursements, et leurs effets sont appréhendés uniquement sous l'angle redistributif, à consommation de soins inchangée. Ensuite, les réactions éventuelles des travailleurs, des entreprises et des consommateurs à une hausse des prélèvements, susceptibles d'avoir des effets sur l'emploi, sont également exclues du champ de l'étude. La seule réaction comportementale prise en compte concerne les organismes complémentaires, qui ajustent comptablement les primes en fonction des remboursements à assurer selon les catégories de ménages, mais toute autre adaptation de leur part, notamment en matière de garanties proposées, est écartée. Par ailleurs, les simulations s'appuient sur des données de consommation de soins datant de 2019, issues d'un échantillon de ménages. Enfin, d'autres scénarios de remboursement pourraient être envisagés.

Est-il raisonnable de supposer que le recours aux soins n'est pas modifié à la suite d'un déremboursement ?

L'analyse repose sur l'hypothèse d'une absence de réaction comportementale des ménages face aux déremboursements. Pourtant, plusieurs études montrent que le coût financier n'est pas neutre sur la consommation. La valeur couramment retenue pour l'élasticité-prix de la demande de soins est $-0,2$: la consommation de soins diminuerait de 2 % en cas de hausse de 10 % de leur prix. Cette valeur moyenne, qui dépend du type de soin et du niveau de couverture, est notamment fournie par l'expérience contrôlée « *RAND Health Insurance Experiment* », réalisée au cours des années 1970 aux États-Unis. La demande de soins des familles participantes est alors analysée au regard des garanties du contrat de complémentaire santé qui leur est attribué aléatoirement (Newhouse, 1993). Depuis, de nombreuses études ont étudié ce lien entre participations financières, recours aux soins mais aussi impact sur l'état de santé, soit en étudiant des augmentations des participations (Hynd, *et al.*, 2018 ; Puig, *et al.*, 2014), soit en comparant la consommation de soins selon la couverture des ménages (Finkelstein, *et al.*, 2008 ; Einav, *et al.*, 2015 ; Caussat et Galude, 1993). Gourzoulidis, *et al.* (2017) présente une revue de littérature dans le cas du diabète et des crises cardiaques.

Les effets comportementaux dépendent également du contexte dans lequel s'inscrit un déremboursement. L'effet sur la consommation de soins est probablement accru quand le déremboursement s'inscrit dans une politique globale accompagnant les complémentaires santé, les professionnels de santé (par exemple, en les invitant à modifier leurs habitudes de prescription), ou proposant des alternatives aux soins remboursés (par exemple des solutions thérapeutiques équivalentes) comme dans le cas de déremboursements de certains médicaments (voir *annexe 4*).

L'impact des mesures de remboursements sur le recours aux soins pourrait être atténué par la complexité du système et par la relative opacité de certaines formes de participation. Les participations forfaitaires et les franchises sont par exemple prélevées de manières différées plutôt qu'acquittées au moment de la consommation de soins par les patients. Dans le cas général, elles sont déduites de remboursements ultérieurs. Si tous les frais de santé du patient sont pris en charge en tiers payant et qu'il ne perçoit pas de remboursement, il doit s'acquitter des montants dus directement à l'Assurance maladie. Le recouvrement des sommes dues est partiel (environ 80 % des montants [DSS, 2025]). L'absence de transparence dans les montants dus implique une faible réaction comportementale aux modifications de taxe (Chetty, *et al.*, 2009). En 2008, 12 % des enquêtés déclaraient avoir modifié leurs achats de médicaments à la suite de la mise en place des franchises et la probabilité était plus élevée chez les personnes à revenu modestes et un peu plus élevée chez ceux se déclarant en mauvaise santé (Kambie-Chopin et Perronnin, 2010). Ainsi, la réaction semble avoir été faible dans l'ensemble, mais plus importante chez les moins aisés, qui sont déjà plus nombreux à renoncer à des soins (Lapinte et Legendre, 2021).

Une hausse des tickets modérateurs devrait également avoir un effet limité sur le recours aux soins, dans la mesure où ces dépenses sont majoritairement prises en charge par les complémentaires santé. Toutefois, confrontés à une hausse des primes de complémentaire, certains ménages pourraient renoncer à une couverture ou se tourner vers des contrats moins protecteurs afin de contenir leurs dépenses. Au cours des dernières années, le taux de couverture complémentaire est cependant resté à un niveau historiquement élevé en France (Lapinte, *et al.*, 2024), malgré l'augmentation du coût des contrats de complémentaire santé (de Williencourt, 2024).

Des changements de comportements, quelle que soit leur ampleur, pourraient être intégrés dans le cadre de microsimulation de mesures. De Lagasnerie (2016) montre par exemple que les paramètres à retenir pour concevoir une réforme équilibrée budgétairement sont modifiés une fois les réactions comportementales prises en compte, dans le cadre d'une refonte du système combinant l'instauration d'une franchise, d'un ticket modérateur unique et d'un plafond de reste à charge. Il conclut cependant que ce raffinement ne modifie pas radicalement les principaux résultats. L'intégration de réactions comportementales dans les simulations soulèverait en outre plusieurs difficultés. Ainsi, compte tenu du but de l'étude, qui ne cherche pas fondamentalement à chiffrer des économies budgétaires mais vise à comparer la répartition du coût de différentes mesures entre plusieurs types de ménages, deux enjeux principaux peuvent être identifiés. D'une part, il serait nécessaire de formuler des hypothèses en termes de recours aux soins ou aux complémentaires santé en fonction des caractéristiques des ménages (niveau de vie,

âge, état de santé) et des postes de soins concernés²¹. D'autre part, il serait nécessaire de définir une mesure harmonisée des coûts d'ordre monétaire (restes à charge, primes) et non monétaire (renoncer à un soin). Une évaluation économique tenant compte des comportements suppose en effet de spécifier une fonction d'utilité permettant de modéliser les arbitrages entre consommation de soins, autres biens et épargne²².

Absence de réaction sur le marché du travail

L'analyse repose sur l'hypothèse d'une absence de réaction sur le marché du travail à une hausse des prélèvements obligatoires (y compris TVA). Les actifs contribuent davantage en valeur absolue et en proportion de leur revenu au financement de l'assurance maladie obligatoire (Bonnet et Fauchon, 2025). Le scénario de hausse uniforme de l'ensemble des prélèvements, via les réactions des travailleurs, entreprises et consommateurs, est susceptible d'avoir un impact négatif sur l'emploi, par effet de bouclage macroéconomique. Les conséquences sur l'emploi d'une hausse du coût du travail, par exemple, font l'objet d'une vaste littérature à l'étranger comme en France et ont récemment fait l'objet d'un rapport (Bozio et Wasmer, 2024).

Simplification de la réaction des complémentaires santé

Déterminer avec précision comment les organismes complémentaires répercuteraient les hausses de remboursements sur leurs primes est une gageure. Dans cette étude, les complémentaires ajustent les primes en fonction des remboursements moyens à assurer selon les catégories de ménages. Toute autre adaptation, notamment en matière de garanties proposées, est donc écartée.

Limites propres au modèle de microsimulation Ines-Omar 2019

Les montants d'économie simulés sont imprécis. En effet, les simulations reposent sur le millésime 2019 du modèle Ines-Omar : même si quelques mises à jour ont été apportées pour tenir compte de modifications de règles de remboursement, les simulations sont effectuées sur la base des dépenses constatées en 2019 pour les adultes, et en 2014 pour les enfants²³. Les montants d'économie estimés ne tiennent donc pas compte des évolutions de consommation de soins depuis 2019, ni des prix des différents actes. Pour connaître avec précision les économies que peut générer une mesure, il convient de se reporter à des chiffrages ne souffrant pas de ces limites, par exemple ceux réalisés par la direction de la sécurité sociale (voir *annexe 5*). Cependant, les chiffrages estimés semblent cohérents et les limites relatives au millésime des données utilisées (2019) ne sont pas susceptibles de remettre en cause l'analyse des effets redistributifs des différentes mesures.

D'autres mesures de remboursements pourraient être simulées

Cette étude compare des mesures avec une visée purement budgétaire. Des mesures conçues pour réorienter les patients vers des traitements jugés plus efficaces se situent au-delà du champ de cette étude, et sont délibérément écartées de la liste des mesures simulées. Les mesures de remboursements complets de certains médicaments, selon l'évaluation de leurs services médicaux rendus, sont également écartées du cœur de l'analyse et étudiées en annexe. D'une part, de telles mesures sont davantage susceptibles de modifier les consommations de soins, *a fortiori* si les professionnels adaptent leurs pratiques (par exemple leurs prescriptions). D'autre part, un remboursement complet par l'assurance maladie obligatoire rend la réponse des complémentaires santé incertaine, ces dernières pouvant décider de cesser de rembourser ces soins, ou au contraire d'augmenter ces remboursements pour investir l'espace libéré par l'assurance maladie obligatoire. Le lecteur trouvera en annexe, à titre d'information, deux scénarios polaires d'un remboursement complet des médicaments à service médical rendu faible ou modéré (*annexe 4*), suivant la réponse adoptée par les complémentaires santé.

Des mesures comme une augmentation du forfait journalier hospitalier, ou de la participation forfaitaire pour actes lourds, entreraient dans le champ de cette étude, mais n'ont pas été simulées²⁴. Ces formes de contribution sont généralement remboursées par les complémentaires santé, au même titre que les tickets modérateurs, et

²¹ Une étude économétrique des remboursements passés pourrait néanmoins permettre de calibrer les élasticités.

²² Une simulation avec variation comportementale qui se limiterait à mesurer le budget consacré au soin fournirait des conclusions contre-intuitives : par exemple, le renoncement aux soins de ménages modestes améliore mécaniquement l'équité verticale du financement, dans la mesure où cela les conduirait à payer moins souvent des franchises ou des participations forfaitaires.

²³ Pour les adultes comme pour les enfants, les dépenses de santé sont recalées par poste sur les montants agrégés issus des comptes de la santé 2019. Le modèle Ines-Omar 2019 décrit donc bien, pour ces deux publics, la situation en 2019.

²⁴ La simulation de ces scénarios demanderait un travail méthodologique important. L'articulation est complexe entre les forfaits journaliers hospitaliers, les forfaits actes lourds et le ticket modérateur, notamment.

concernent principalement des personnes âgées et en mauvaise santé hospitalisées. Par conséquent, les effets devraient être qualitativement similaires à ceux obtenus pour les tickets modérateurs sur les médicaments.

■ POUR EN SAVOIR PLUS

- Albertone, M., Dugos, P., et al. (2024, juin). [Revue de dépenses Affections de longue durée - Pour un dispositif plus efficient et équitable](#). *Rapport IGF-Igas*.
- André, M., Biotteau, A.-L. (2021). [Medium-Term Effects of a Rise in VAT on Standard of Living and Inequality: A Microsimulation Approach](#). *Économie et Statistique / Economics and Statistics*, 522-523,5 – 21.
- Audric, S., Givord, P., Prost, C. (2000). [Estimation de l'impact sur l'emploi non qualifié des mesures de baisse de charges](#). *Revue économique*, 51 (3), pp. 513-522.
- Bonnet O., Fauchon A. (2025, août). [Dépenses de santé : un taux d'effort progressif chez les actifs, plus faible chez les retraités aisés et très élevé pour certains ménages modestes](#). Drees, *Études et Résultats*, 1345.
- Bonnet, O., Desjonquères, A. (2025). [La complémentaire santé solidaire permet à huit bénéficiaires sur dix de ne plus avoir de reste à charge en santé](#). Drees, *Études et Résultats*, 1362.
- Bozio, A., Wasmer E. (2024, octobre). [Les politiques d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire](#). *Rapport final*. France Stratégie.
- Briet, R., Fragonard, B., Lancry, P. J. (2007). [Mission bouclier sanitaire](#). *La documentation française*.
- Cahuc, P., Carcillo S. (2012). [Les conséquences des allègements généraux de cotisations patronales sur les bas salaires](#). *Revue Française d'Économie*, 27, pp. 19-61
- Caussat L., Glaude M. (1993). [Dépenses médicales et couverture sociale](#). *Économie et Statistique*, 265, pp. 31-44.
- Chetty, R., Looney, A., Kroft, K. (2009, septembre). [Salience and Taxation: Theory and Evidence](#). *American Economic Review*, 99, 4, pp. 1145–77.
- Cometx R., Pierre A. (2022, décembre). [Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée](#). Drees, *Études et Résultats*, 1251.
- Crépon, B., Desplat, R. (2001). [Une nouvelle évaluation des effets des allègements de charges sociales sur les bas salaires](#). *Économie et Statistique*, 348-08, pp. 3-24.
- Da Silva, N. (2022, octobre). [La bataille de la Sécu](#). Paris, France. La fabrique éditions.
- Debrand, T., Sorasith, C. (2010). [Out-of-Pocket Maximum Rules under a Compulsory Health Care Insurance Scheme: A Choice between Equality and Equity](#). Paris : *IRDES Institute for Research and Information in Health Economic*. DT, 34.
- De Lagasnerie, G. (2016). [Assurance maladie obligatoire et demande de soins : une analyse par microsimulation](#). *Revue économique*, 67 (4), pp. 849-878.
- Delecourt, C., Didier, M. (dir.) (2025, septembre). [Les dépenses de santé en 2024 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2025](#). Paris, France. Drees, coll. Panoramas de la Drees-Santé.
- Direction de la sécurité sociale (2025). [Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale](#).
- Dormont B. (2024). [Assurance-maladie : derrière la hausse envisagée du ticket modérateur, des enjeux cruciaux](#). *Le Monde, Tribune*.
- Dormont, B., Geoffard, P. Y., Tirole, J. (2014). [Refonder l'assurance-maladie](#). *Notes du Conseil d'analyse économique*, 12 (2), pp. 1-12.
- Feller (dir.) (2024). [La complémentaire santé solidaire – Rapport annuel 2024](#). Direction de la sécurité sociale.
- Finkelstein, A., McKnight, R. (2008). [What did Medicare do? The initial impact of Medicare on mortality and out of pocket medical spending](#). *Journal of Public Economics*, 92,7, pp. 1644-1668.
- Fontaine, M., Sicsic, M. (2018, août). [L'effet d'une variation du montant de certains transferts du système socio-fiscal sur le niveau de vie : résultats sur 2016 à partir du modèle de microsimulation Ines \(Cahier de variantes\)](#). Insee, *Document de travail*, F1806.
- Fouquet, M., Pollak, C. (2022, février). [L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu](#). DREES, *Études et Résultats*, 1220.
- Franç, C., Pierre, A. (2015). [Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des restes à charge : une étude de cas](#). *Économie et Statistique/Economics and Statistics*, 475 (1), pp. 31-49.
- Geoffard, P. Y., de Lagasnerie, G. (2012). [Réformer le système de remboursement pour les soins de ville, une analyse par microsimulation](#). *Économie et statistique*, 455 (1), pp. 89-113.

- Gourzoulidis, G., et al. (2017). [Association between copayment, medication adherence and outcomes in the management of patients with diabetes and heart failure](#), *Health Policy*, 121, pp. 363-377.
- HCAAM, HCFEA, HCFIPS (2025). [Pour un redressement durable de la sécurité sociale](#). Paris, France. *Rapport conjoint*
- Hynd, A., et al. (2008, novembre). [The impact of co-payment increases on dispensings of government-subsidised medicines in Australia](#). *Pharmacoepidemiol Drug Saf.*, 17, pp. 1091-9.
- Jusot, F., Legal, R., Louvel, A., et al. (2016).. [À quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts revenus et les plus modestes en France ?](#) *Revue française d'économie*, pp. 15-62.
- Jusot F., Lemoine A. (2024). [Le reste à charge en santé nuit-il à l'équité dans le financement des soins ?](#) *Économie et Statistique*, 542.
- Kramarz, F., Philippon, T. (2001). [The Impact of Differential Payroll Tax Subsidies on Minimum Wage Employment](#), *Journal of Public Economics*, 82, pp. 115-146.
- Liran E., Finkelstein, A., Schrimpf, P. (2015, mai). [The Response of Drug Expenditure to Nonlinear Contract Design: Evidence from Medicare Part D](#), *The Quarterly Journal of Economics*, 130, pp. 841–899.
- Lancry, P. (dir.) (2022, janvier). [Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire](#). Rapport du HCAAM.
- Lapinte, A., Legendre, B. (2021, juillet). [Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres](#). Drees, *Études et résultats*, 1200.
- Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R. (dir.) (2024, juillet). [La complémentaire santé – Acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2024](#). Paris, France. Drees, coll. Panoramas de la Drees-Santé.
- Luyten, E., Tubeuf, S. (2025, février). [Equity in healthcare financing: A review of evidence](#). *Health Policy*, 152.
- Newhouse J., Insurance Experiment Group (1993). [Free for All ? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment](#). Cambridge (Mass.), Harvard University Press.
- Ngouana, U. (2019, février). [Le déremboursement entraîne une hausse immédiate des ventes des médicaments non remboursables](#). Drees, *Études et Résultats*, 1107.
- Perronnin, M. (2016, mai). [Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis](#). Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 218.
- Pichetti S., Sorasith C., Sermet C. (2011). [Analysis of the impact of removing mucolytics and expectorants from the list of reimbursable drugs on prescription rates: A time-series analysis for France 1998-2010](#), *Health Policy*, 28.
- Pierre, A., Solotareff, R., Dauphant, F. (2025, avril). [Réforme du 100 % santé : quels effets attendre sur les primes des contrats de complémentaire santé ?](#) Drees, *Études et Résultats*, 1318..
- Poulon, P. (2024, septembre). [Le modèle de microsimulation Ines-Omar 2019 – Note méthodologique détaillée](#). Drees, *Drees Méthodes*, 18.
- Puig-Junoy, J., Rodríguez-Feijóo, S., Lopez-Valcarcel, B. (2014). [Paying for Formerly Free Medicines in Spain After 1 Year of Co-Payment: Changes in the Number of Dispensed Prescriptions](#). *Appl Health Econ Health Policy*, pp. 279–287..
- Wagstaff, A., O'Donnell, O., Van Doorslaer, E., Lindelow, M. (2007). [Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation](#). World Bank Publications.
- De Williencourt, C (2025, décembre). [Rapport 2024 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé](#). Drees, *Rapports*.

Annexe 1. Simulation des participations forfaitaires et franchises « potentielles » (au-delà du plafond annuel)

Le SNDS fournit au modèle Ines-Omar 2019 les dépenses de santé et les remboursements par l'assurance maladie obligatoire se rapportant à chaque acte, ainsi que les franchises médicales et participations forfaitaires associées. En 2019, des plafonds limitent les franchises médicales et participations forfaitaires à 50 euros par an. Une fois un plafond annuel atteint, aucune franchise (ou participation forfaitaire le cas échéant) n'est due par l'assuré pour le restant de l'année : tout acte post-plafond est donc en théorie associé dans le SNDS à une franchise (ou participation forfaitaire) nulle.

Pour chaque médicament, soin par un auxiliaire médical, ou transport sanitaire consommé post-plafond, on cherche à estimer le montant de la franchise qui lui aurait été associée en l'absence de plafond. De même, on souhaite calculer une participation forfaitaire « potentielle » pour les actes médicaux, de radiologie ou de biologie médicale ayant été consommés post-plafond.

Il n'est pas possible d'attribuer directement les montants théoriques de franchises (0,50 euro pour les médicaments et les auxiliaires médicaux, 2 euros pour les transports sanitaires) et de participations forfaitaires (1 euro pour les actes médicaux, de radiologique ou de biologie médicale) aux actes consommés post-plafond.

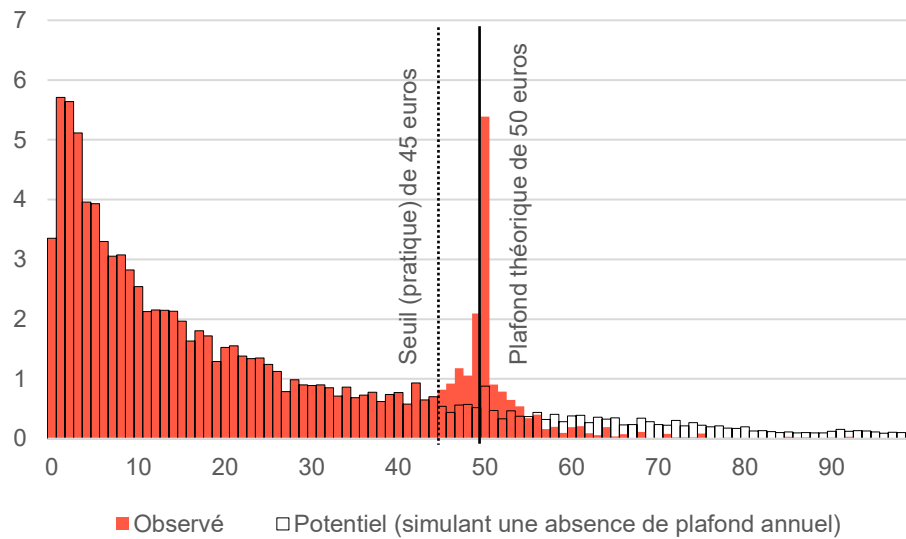
- D'une part, même si l'opération est réalisée à un niveau relativement désagrégé, certains actes sont compilés ensemble. Attribuer le montant théorique unitaire conduirait en moyenne à sous-estimer le montant de la franchise ou de la participation forfaitaire « potentielle » associée au groupe d'actes.
- D'autre part, pour une prestation donnée, le prélèvement d'une franchise ou participation forfaitaire n'est pas systématique. En plus de la question du plafond annuel, des plafonds journaliers, ou des exonérations (enfants mineurs, femme enceinte depuis 6 mois ou plus, etc.), peuvent dispenser d'une franchise ou participation forfaitaire. Attribuer le montant théorique unitaire à chaque acte (ou groupe d'actes) conduirait en moyenne à surestimer le montant de la franchise ou de la participation forfaitaire « potentielle ».

Pour répondre à ces deux écueils, on préfère calculer des montants moyens de franchises ou de participations forfaitaires, et les attribuer aux actes consommés post-plafond. Les montants moyens sont calculés à partir des actes préplafonds (c'est-à-dire consommés avant que le plafond n'ait été atteint) des patients ayant atteint un plafond en 2019. Une moyenne est calculée pour chaque nature de la prestation, croisée, lorsque c'est possible, avec le montant total associé (somme du remboursement par l'assurance maladie obligatoire et des franchises ou participations forfaitaires prélevées). Travailler au niveau de la nature de la prestation est indispensable car en fonction de la prestation concernée, le montant unitaire théorique varie, mais aussi le nombre moyen d'actes (lorsque plusieurs sont compilés ensemble) ainsi que la fréquence des cas où au moins 1 centime de franchise ou de prélèvement forfaitaire est prélevé. Raffiner aussi par les montants associés (remboursement par l'assurance maladie obligatoire + franchises/participations) permet de résoudre en partie le problème des actes compilés ensemble (avec l'idée que si plusieurs actes sont agrégés, la somme des montants est plus élevée) tout en garantissant, au niveau des actes post-plafond, une certaine cohérence (i.e. en s'assurant que les franchises et participations forfaitaires additionnelles restent bien inférieures aux montants remboursés initialement par l'assurance maladie obligatoire).

On considère qu'un individu a atteint un plafond s'il cumule au moins 45 euros de franchises (ou de participations forfaitaires) en 2019. Les actes préplafonds correspondent à tous les actes consommés avant que la dernière franchise (ou participation forfaitaire) n'ait été prélevée, les actes post-plafonds à tous les actes consommés ensuite. Le seuil pratique de 45 euros est fixé légèrement en deçà du plafond théorique de 50 euros, car les données suggèrent qu'un nombre important d'individus ont atteint leur plafond sans avoir pour autant un cumul de 50 euros de franchises (ou de participations forfaitaires) dans la base.

Graphique 12 Distribution, pour les individus avec au moins 1 centime de franchises en 2019, des montants annuels de franchises observés et « potentiels » (simulant une absence de plafond annuel)

En %



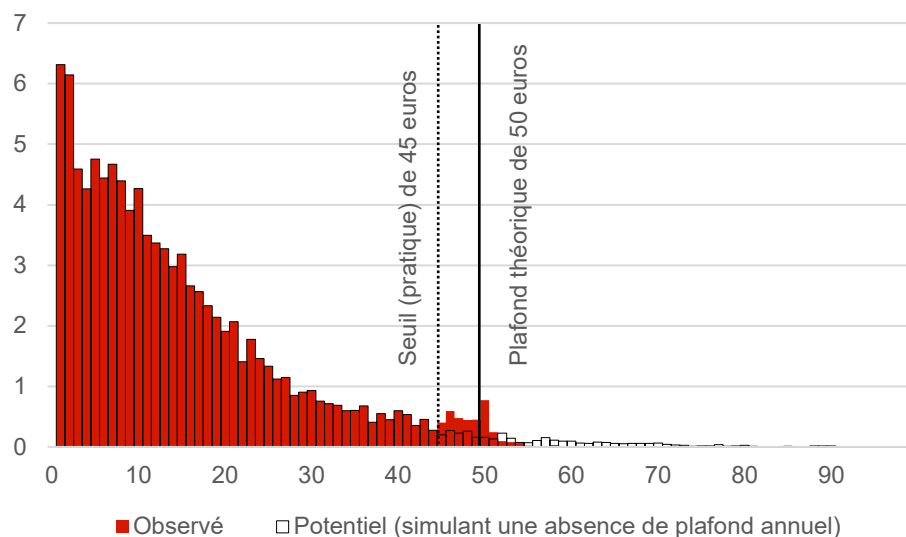
Lecture > 5 % des individus avec au moins 1 centime de franchises sont confrontés en 2019 à un montant annuel de franchises compris entre 50 et 51 euros.

Champ > France métropolitaine, individus de 18 ans ou plus confrontés à au moins 1 centime de franchises en 2019.

Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Graphique 13 Distribution, pour les individus avec au moins 1 centime de participations forfaitaires en 2019, des montants annuels de participations forfaitaires observés et « potentiels » (simulant une absence de plafond annuel)

En %



Lecture > 1 % des individus avec au moins 1 centime de participations forfaitaires sont confrontés en 2019 à un montant annuel de participations forfaitaires compris entre 50 et 51 euros.

Champ > France métropolitaine, individus de 18 ans ou plus confrontés à au moins 1 centime de participations forfaitaires en 2019.

Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Annexe 2. Simulation des primes

On suppose que les remboursements supplémentaires à assurer par les complémentaires santé à la suite d'une mesure sont répercutés sur les primes des assurés différemment en fonction de leur contrat et éventuellement de leur âge. Les primes varieraient ainsi plus fortement pour les groupes dont le profil de dépenses est le plus affecté par une mesure. Cette hypothèse est cohérente avec ce qui est observé lors du déploiement du 100 % santé : les bénéficiaires de contrats individuels les plus âgés, qui sont les premiers affectés par le 100 % santé, connaissent une progression de leurs primes entre 2019 et 2021 plus importante que les autres.

Les variables explicatives sont des indicatrices croisant le type de contrat (collectif ou individuel), sa qualité (contrats peu couvrants, contrats moyennement couvrants, contrats très couvrants), et l'âge du bénéficiaire. Dans le cas des contrats collectifs, on fait uniquement la différence entre les mineurs et les majeurs. Pour les contrats individuels, on distingue les mineurs, les 18-39 ans, 40-54 ans, 55-64 ans, 65-74 ans et les 75 ans ou plus.

Tableau 2 Simulation par régression linéaire de l'augmentation des primes consécutive à une hausse du ticket modérateur sur les consultations médicales et de sages-femmes, sur le dentaire ou sur les médicaments

Type de contrat	Âge	Couverture	Ticket modérateur sur les consultations médicales et de sages-femmes	Ticket modérateur sur le dentaire	Ticket modérateur sur les médicaments
Constante			13,2	2,5	0,4
Contrat collectif	0-17 ans	Peu couvrant	(Référence)	(Référence)	(Référence)
		Milieu de gamme	-0,5	0,4	0,7
		Très couvrant	0,3	0,9	1,1
	18 ans ou plus	Peu couvrant	1,1	16,2	11,7
		Milieu de gamme	1,7	16,8	12,9
		Très couvrant	3,4	18,4	13,2
Contrat individuel	0-17 ans	Peu couvrant	-1,5	0,5	1,6
		Milieu de gamme	-0,8	1,1	0,7
		Très couvrant	1,3	0,9	1,0
	18-39 ans	Peu couvrant	-2,3	8,1	7,5
		Milieu de gamme	-0,2	9,7	12,5
		Très couvrant	4,0	8,2	8,7
	40-54 ans	Peu couvrant	1,2	15,1	11,5
		Milieu de gamme	4,0	14,1	14,0
		Très couvrant	4,5	19,3	15,6
	55-64 ans	Peu couvrant	2,5	19,6	20,7
		Milieu de gamme	5,4	18,7	24,4
		Très couvrant	6,1	18,0	21,7
	65-74 ans	Peu couvrant	2,8	17,5	30,2
		Milieu de gamme	6,3	19,5	32,2
		Très couvrant	9,5	21,7	33,9
	75 ans ou plus	Peu couvrant	2,4	11,9	38,6
		Milieu de gamme	6,2	15,9	40,3
		Très couvrant	6,7	23,5	45,3

Note > Chaque colonne fournit les coefficients d'une régression. La variable dépendante correspond à l'augmentation des remboursements à assurer par les complémentaires, consécutivement à une hausse d'un certain ticket modérateur.

Lecture > En cas de hausse du ticket modérateur sur les consultations médicales et de sages-femmes (calibrée pour générer 1 milliards d'euros), les complémentaires santé privées doivent assurer un remboursement supplémentaire de 13,2 euros à destination de leurs bénéficiaires de 0 à 17 ans ayant un contrat collectif peu couvrant.

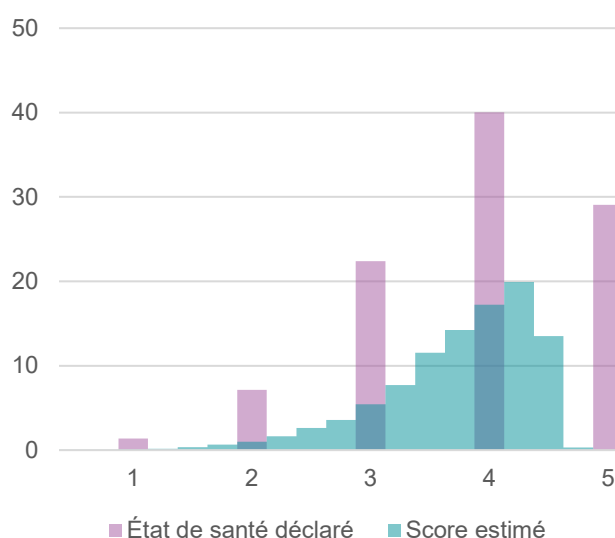
Champ > France métropolitaine, individus bénéficiaires d'une complémentaire santé privée, de ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Annexe 3. Calcul du score d'état de santé (à destination de l'indicateur d'équité horizontale)

L'état de santé général déclaré, qui ne peut prendre que 5 valeurs (1-Très mauvais, 2-Mauvais, 3-Moyen, 4-Bon, 5-Très bon) ne permet pas de classer finement les ménages suivant leur état de santé. Pour réaliser un tel classement, on construit une variable continue prenant la forme d'un score de santé. Il est calculé pour l'individu le plus âgé de chaque ménage. Dans l'enquête EHIS 2019, mobilisée dans le modèle Ines-Omar, chaque individu déclare son état de santé général (1-Très mauvais, 2-Mauvais, 3-Moyen, 4-Bon, 5-Très bon) et répond à une série de questions portant sur des aspects précis de sa santé. Le score de santé correspond à la valeur prédite dans la régression linéaire de l'état de santé général déclaré sur : une constante, des indicatrices d'âge, une indicatrice de sexe, et différentes variables rapportant des aspects précis de la santé du déclarant. Un score de santé faible signifie qu'on prédit pour l'individu un état de santé général dégradé. Les valeurs prédites de cette régression, et donc du score, sont comprises entre 0,6 et 4,9.

Graphique 14 Distribution des déclarations sur l'état de santé général et du score d'état de santé simulé, pour les individus d'Ines-Omar de 15 ans ou plus

En %



Lecture > 40 % des individus de 15 ans ou plus déclarent un bon état de santé (4-Bon). 20 % des individus de 15 ans ou plus ont un score estimé compris entre 4,25 et 4,5.

Champ > France métropolitaine, individus de 15 ans ou plus.

Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Les aspects précis de la santé considérés dans l'estimation du score d'état de santé renseignent la santé physique et mentale des répondants. Ils portent plus précisément sur :

- La capacité à voir (ne pas pouvoir voir du tout / porter des lunettes ou des lentilles ou avoir des difficultés à voir / ne pas porter de lunettes ni de lentilles et ne pas avoir de difficultés à voir) ;
- La capacité à entendre (ne pas pouvoir entendre du tout / porter un appareil auditif ou avoir des difficultés à entendre / ne pas porter d'appareil auditif et ne pas avoir de difficultés à entendre) ;
- La capacité à mâcher (avoir un dentier ou des difficultés à mâcher / ne pas avoir de dentier ni de difficultés à mâcher) ;
- La capacité à marcher, à monter ou descendre des marches, à se souvenir / se concentrer, manger, se lever / s'asseoir / s'allonger, s'habiller / se déshabiller, aller aux toilettes, prendre un bain / une douche, (pour chaque aspect : impossibilité (éventuellement sans aide) / beaucoup de difficultés / quelques difficultés / pas de difficultés) ;
- La fréquence à laquelle se posent certains problèmes : faible intérêt ou plaisir à faire des choses, être triste, avoir des difficultés à s'endormir, manquer d'énergie, avoir peu d'appétit, avoir une mauvaise opinion de soi-même, avoir du mal à se concentrer, bouger très lentement ou être très agité, avoir des idées suicidaires (pour chaque aspect : presque tous les jours, plus de la moitié des jours, plusieurs jours, jamais) ;
- Le fait d'avoir été affecté au cours de l'année par de l'asthme, une bronchite, une crise cardiaque, une maladie des artères coronaires, une hypertension artérielle, un AVC, de l'arthrose, des douleurs du dos, des douleurs à

la nuque, du diabète, des allergies, une cirrhose du foie, une incontinence urinaire, des problèmes rénaux, une dépression, un taux élevé de cholestérol ;

- L'intensité de douleurs physiques (nulles, très faibles, faibles, modérées, fortes, très fortes).

Annexe 4. Impact redistributif du déremboursement des médicaments à service médical rendu faible ou modéré

Les effets redistributifs d'un déremboursement complet des médicaments à service médical rendu (SMR) faible ou modéré, délivrés en ville, peuvent être simulés en faisant des hypothèses fortes sur les réactions des complémentaires santé, des patients, des professionnels prescripteurs, et des laboratoires pharmaceutiques. Les simulations décrites ici ne sont pas calibrées pour générer 1 milliard d'euros d'économie, et ne sont donc pas directement comparables aux autres mesures simulées.

Plusieurs réponses de la part des complémentaires santé sont envisageables. Ces dernières peuvent décider de cesser de rembourser les médicaments déremboursés par l'assurance maladie obligatoire, ou au contraire d'augmenter ces remboursements pour investir l'espace libéré. On considère ici deux scénarios polaires. Dans le premier scénario, l'ensemble des complémentaires santé cesse de rembourser les médicaments à SMR faible ou modéré. Dans le second, seule la complémentaire santé solidaire (C2S) emboîte le pas de l'assurance maladie obligatoire ; les autres complémentaires santé augmentent leurs remboursements pour rembourser 100 % des médicaments en question. Une hausse des remboursements par les complémentaires santé, ou inversement une baisse, sont susceptibles de faire augmenter (respectivement baisser) les primes d'assurance dont doivent s'acquitter leurs assurés.

En faisant l'hypothèse supplémentaire d'une absence de modification de comportement des patients, des prescripteurs et des laboratoires pharmaceutiques, la mesure aurait un coût de 31 euros (scénario 1) ou 40 euros (scénario 2) par ménage. Dans le scénario 1, le déremboursement complet par les complémentaires santé implique une hausse des restes à charge de 72 euros en moyenne, mais le coût par ménage est amoindri grâce à une baisse des primes versées aux complémentaires santé d'une valeur de 41 euros. Dans le scénario 2, le remboursement à 100 % par la plupart des complémentaires santé privées limite la hausse des restes à charge à 1 euro, auquel il faut ajouter une hausse des primes d'assurance d'environ 39 euros. Le scénario 2 coûte en moyenne davantage aux ménages, car à la hausse des primes liée aux remboursements supplémentaires assurés par certaines complémentaires santé, s'ajoute la taxe de solidarité additionnelle dont les recettes augmentent en conséquence.

En termes de niveau de vie, le coût est beaucoup plus élevé pour les 20 % de ménages les plus modestes que 20 % de ménages les plus aisés : 47 contre 13 euros (selon le scénario 1) ou 50 contre 38 euros (selon le scénario 2). Au sein des ménages modestes, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) subissent en effet la double mesure de déremboursement (par l'assurance maladie obligatoire et par la C2S) sans bénéficier de la baisse des primes d'assurance, la C2S restant gratuite ou associée à une prime modique, supposée inchangée.

Les ménages en mauvais ou très mauvais état de santé subissent un coût s'élevant à 109 euros (scénario 1) ou 69 euros (scénario 2). C'est davantage que les ménages en très bonne santé (2 euros ou 29 euros en fonction du scénario). Le scénario 1, avec désinvestissement de l'ensemble des complémentaires santé, est l'option la plus pénalisante pour les ménages en mauvais ou très mauvais état de santé. En effet, ce scénario implique une baisse des remboursements de la part de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé. Cette perte double de la mutualisation augmente mécaniquement les restes à charge des patients consommant ce type de médicaments.

Les hypothèses posées sur le comportement des patients, prescripteurs et des laboratoires pharmaceutiques sont lourdes. En cas de déremboursement complet, il est possible que les prescripteurs orientent leurs patients vers des alternatives thérapeutiques, si elles existent. Le maintien de la consommation de ces médicaments est donc peu crédible. En outre, à la suite d'un déremboursement complet, les prix des produits visés ne bénéficieraient plus du même encadrement, ouvrant la voie à une baisse des prix pour éviter une baisse trop importante des volumes vendus, ou au contraire une hausse des prix pour compenser les baisses de volume. Le déremboursement complet de certains médicaments en 2011 s'est ainsi traduit par une baisse des volumes de vente de 33 % sur un an, et, en moyenne d'une augmentation des prix (Ngouana, 2019 ; et voir également sur le déremboursement des médicaments en France : Pichetti, *et al.*, 2011).

Annexe 5. Chiffrages des mesures ou projets passés, avec le modèle Ines-Omar 2019

Dans la mesure où le modèle Ines-Omar repose sur un échantillon de la population, les chiffrages des économies attendues pour la Sécurité sociale de mesures visant à modifier les paramètres de remboursements des dépenses de santé sont par nature moins précis que des estimations réalisées à partir des données exhaustives pour l'ensemble de la population.

Les écarts par rapport aux estimations de référence issues de documents publics, présentées dans le tableau ci-dessous, restent modérés et ne sont cependant pas susceptibles de remettre en cause l'analyse des effets redistributifs des différentes mesures.

Tableau 3 Chiffrages des mesures ou projets passés, avec le modèle Ines-Omar 2019

En millions d'euros

Mesure	Sources externes	Ines-Omar
Hausse du ticket modérateur sur les soins dentaires de +10 points (2023)	500 ²⁵	380
Doublement des participations forfaitaires et franchises médicales : montants unitaires (2024)	800 ²⁶	700
Hausse du ticket modérateur (projets discutés fin 2024) : - sur les consultations médicales de + 10 points - sur les consultations médicales et les médicaments de +5 points	1 140²⁷ 900^{idem}	1 290 1 050
Doublement des participations forfaitaires et franchises médicales (projets discutés courant 2025) : - plafonds seuls - plafonds et montants unitaires	700²⁸ 2 000²⁹	630 1 990

Note > Les gains estimés dans ce tableau par le modèle Ines-Omar correspondent à la baisse des remboursements par l'assurance maladie obligatoire, à laquelle est ajoutée la hausse des recettes de la taxe de solidarité additionnelle (résultant de la hausse des primes d'assurance versées aux complémentaires santé). Ces gains sont calculés par rapport à la situation en 2019 pour les deux premières lignes ; à la situation de 2019 amendée de quelques règles de remboursements (augmentation du ticket modérateur dentaire de 2023, doublement des participations forfaitaires et des franchises de 2024) pour les deux lignes suivantes.

Lecture > Le scénario d'une hausse du ticket modérateur sur les soins dentaires de +10 points, telle que discutée en 2023, générerait 380 millions d'euros d'économie selon le modèle Ines-Omar.

Champ > France métropolitaine, ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros (pour les simulations d'Ines-Omar).

Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019 (pour les simulations d'Ines-Omar).

²⁵ Santé : on vous explique pourquoi les frais dentaires pourraient vous coûter plus cher à partir de cet automne

²⁶ Le gouvernement prévoit le doublement des franchises médicales à partir de fin mars

²⁷ Question n°185 : Hausse du ticket modérateur - Assemblée nationale

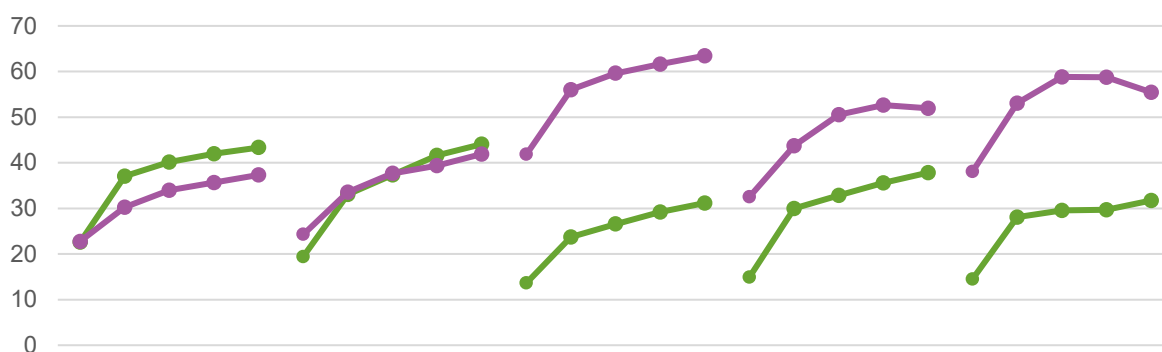
²⁸ Payer la franchise au comptoir de la pharmacie, doubler les plafonds... Comment le gouvernement va rendre la santé plus chère pour économiser 700 millions d'euros

²⁹ Franchises médicales : le gouvernement veut doubler le reste à charge en 2026

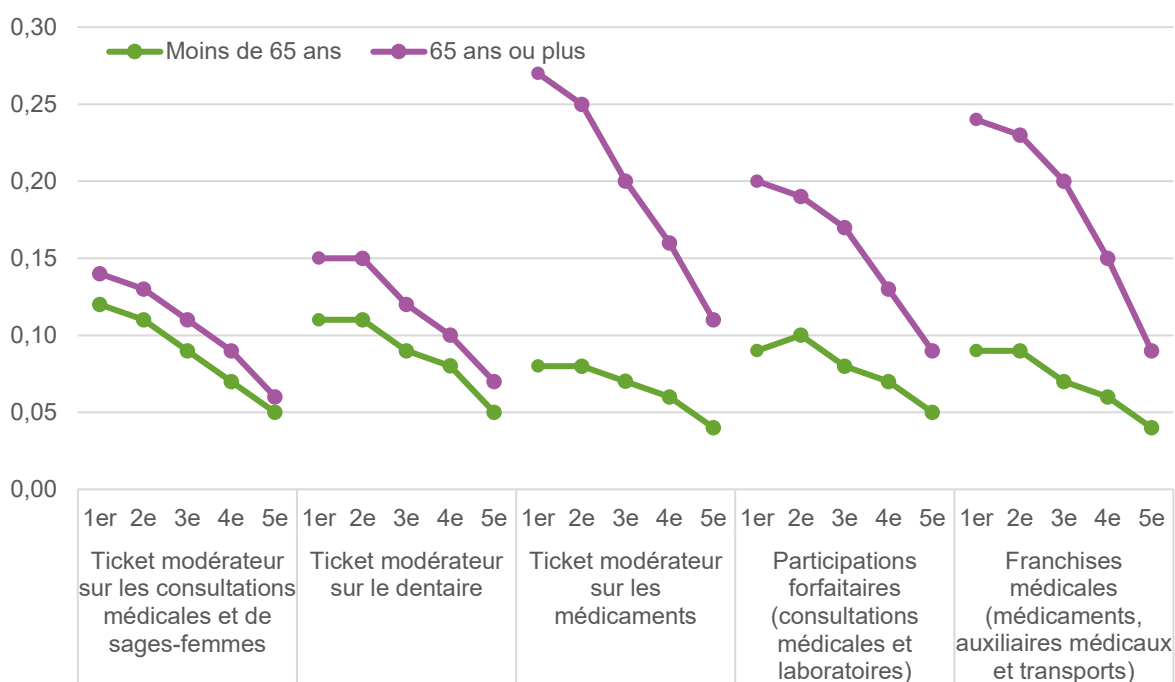
Annexe 6. Graphiques complémentaires

Graphique 15 Coût moyen par ménage des mesures simulées, selon l'âge de la personne la plus âgée du ménage et le cinquième de niveau de vie

En euros



En % du revenu



Note > Chaque mesure conduit à une économie budgétaire de l'ordre de 1 milliard d'euros.

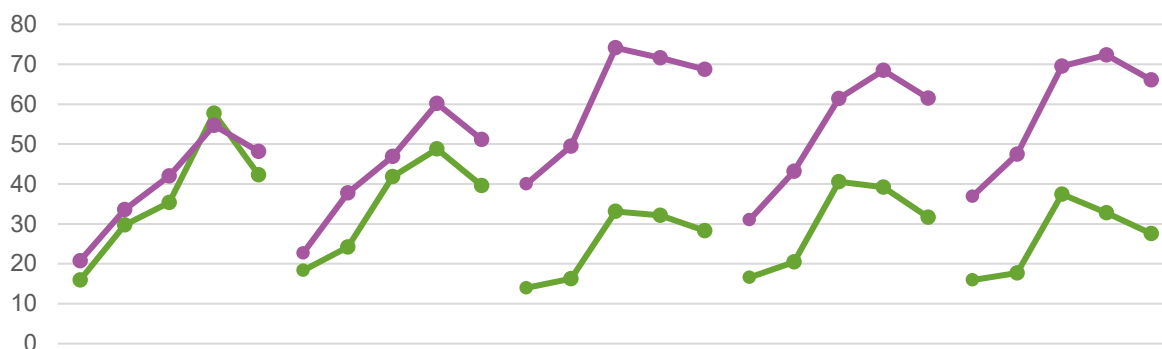
Lecture > La hausse du ticket modérateur sur les consultations médicales et de sages-femmes exige des ménages de moins de 65 ans du premier cinquième de niveau de vie un effort s'élevant à 0,12 % de leur revenu.

Champ > France métropolitaine, ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

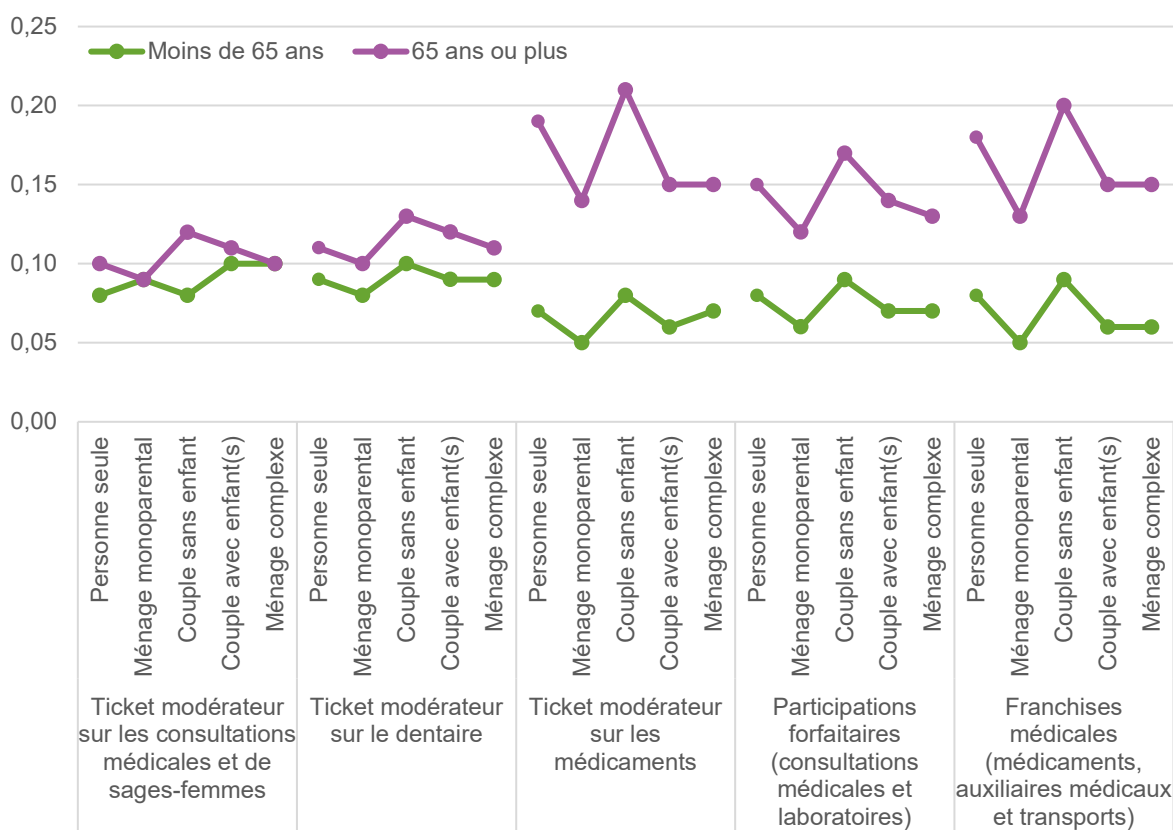
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Graphique 16 Coût moyen par ménage des mesures simulées, selon l'âge de la personne la plus âgée du ménage et le type de ménage

En euros



En % du revenu



Note > Chaque mesure conduit à une économie budgétaire de l'ordre de 1 milliard d'euros.

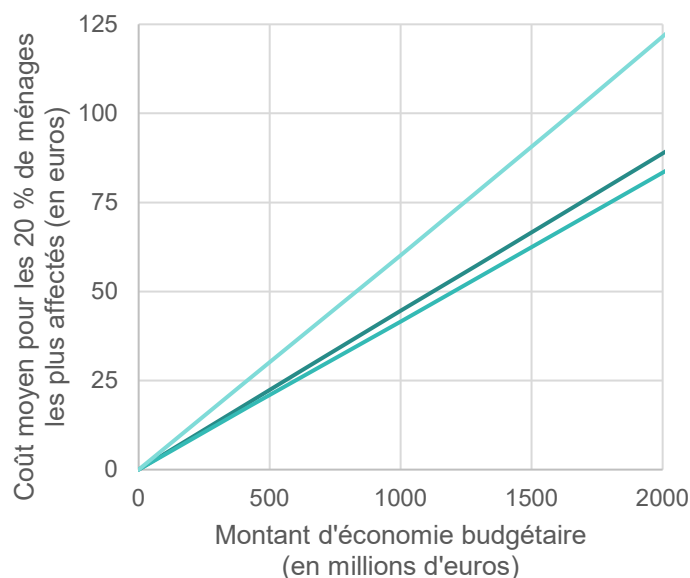
Lecture > La hausse du ticket modérateur sur les consultations médicales et de sages-femmes exige des personnes seules de moins 65 ans un effort s'élevant à 0,08 % de leur revenu.

Champ > France métropolitaine, ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

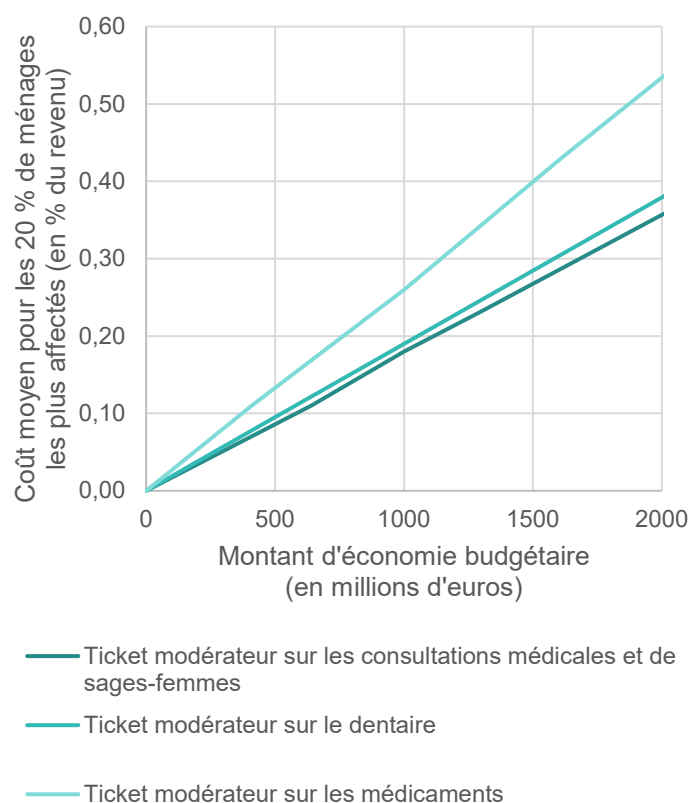
Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Graphique 17 Coût moyen des mesures pour les 20 % de ménages les plus affectés, selon le montant d'économie budgétaire

En euros



En % du revenu



Note > Les 20 % de ménages les plus affectés correspondent aux 20 % pour lesquels le coût rapporté au revenu est le plus élevé.

Lecture > Une hausse du ticket modérateur sur les consultations médicales et de sages-femmes permettant d'atteindre une économie de l'ordre de 1 milliard d'euros exige des 20 % de ménages les plus affectés un effort s'élevant à 0,18 % de leur revenu.

Champ > France métropolitaine, ménages non étudiants vivant en logement ordinaire, et dont le revenu mensuel est supérieur à 100 euros.

Source > Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Les Dossiers de la Drees
N° 135 • février 2026

Dérembourser des soins pour maîtriser la dépense de
santé : qui paie ?

Directeur de la publication
Thomas WANECQ

Responsable d'édition
Valérie BAUER-EUBRIET

ISSN
2495-120X

