



ÉTUDES et RÉSULTATS

mai 2023
n° 1265

Dépenses de santé et restes à charge pour les patients : comment expliquer les disparités entre départements ?

En France, en 2018, les dépenses de santé s'élèvent à 2 750 euros en moyenne par patient. Elles varient cependant fortement d'un département à l'autre, de 2 290 euros en Loire-Atlantique à 3 550 euros en Haute-Corse. Ces différences s'expliquent d'abord par les structures démographiques de chaque département, la demande de soins étant fortement liée à l'âge et au sexe. Une fois corrigées de ces effets structurels, d'autres contrastes se font jour : les dépenses apparaissent plus élevées dans le quart nord-est métropolitain, le pourtour méditerranéen, la Corse et les départements d'outre-mer, et plus faibles dans l'ouest de la France. Une partie substantielle des écarts tient à des effets de revenus (taux de pauvreté et niveau de vie des plus aisés poussent tous les deux les dépenses de soins à la hausse), mais aussi à des différences de densité médicale sur le territoire ; certaines particularités tarifaires, notamment dans les DOM, jouent également.

Du point de vue des patients, la géographie des inégalités territoriales de dépenses de santé est considérablement modifiée – et globalement atténuée en montant – après intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO). Si le reste à charge par patient après AMO est en moyenne de 490 euros en 2018, il varie entre 230 euros en Guyane et 670 euros à Paris. Ces disparités s'expliquent moins par des structures démographiques différentes que par des dépassements d'honoraires élevés dans certains départements, en particulier à Paris, dans les Hauts-de-Seine, les Yvelines, le Rhône, l'Isère et les Alpes-Maritimes.

Pierre-Louis Bithorel, Vincent Reduron (DREES)

Les dépenses de santé varient en France selon les territoires. Ce phénomène a déjà été mis en évidence dans des études réalisées à la fin des années 2000 (Baillot, 2012 ; Lè, Tallet, 2012). Celles-ci soulignent les disparités territoriales tout en les rapprochant des différences de structure démographique. En effet, le montant des dépenses de santé est étroitement lié à l'âge et au sexe des patients (Cometx, Pierre, 2022), si bien que la pyramide des âges

sur un territoire influence fortement la consommation de soins et biens médicaux, et explique une part importante des contrastes territoriaux.

Les différences départementales de dépenses de santé peuvent être cartographiées, tout comme les restes à charge (RAC) qui incombent aux patients après la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et avant prise en charge par une éventuelle assurance complémentaire¹.

1. En France, 96 % de la population française est couverte par une assurance complémentaire santé (Barlet, et al., 2019 ; Pierre, 2022). Le reste à charge après assurance maladie obligatoire (RAC AMO), mais avant assurance complémentaire santé, correspond au besoin individuel de financement des dépenses de santé et mesure le risque auquel les patients peuvent être exposés.

- L'analyse des RAC conduit par ailleurs à un meilleur éclairage sur l'accessibilité financière des soins, notamment pour les personnes en situation de précarité économique (Bricard, *et al.*, 2021). L'enjeu pour les pouvoirs publics est de garantir l'égal accès aux soins pour toutes et tous, dans la lignée des priorités fixées par la Stratégie nationale de santé (Stratégie nationale de santé 2018-2022, 2017).

Des niveaux de dépenses contrastés entre les départements, en partie liés à des démographies différentes

En 2018, les dépenses de santé s'élevaient en moyenne à 2 750 euros par patient en France (hors Mayotte), d'après le Système national de données de santé (SNDS) [encadré 1], mais elles varient fortement d'un département à l'autre (tableau complémentaire A²). Elles sont inférieures à 2 480 euros par patient dans les 10 % des départements où elles sont les plus faibles, mais sont supérieures à 3 160 euros dans les 10 % des départements où elles sont les plus élevées, soit 27 % de plus (+680 euros). L'écart maximal entre la dépense moyenne par patient la plus basse (2 290 euros en Loire-Atlantique) et la plus haute (3 550 euros en Haute-Corse) est de 1 260 euros. La dépense moyenne par patient est supérieure à la moyenne nationale en Corse (Haute-Corse et Corse-du-Sud, respectivement +29 % et +27 %), dans plusieurs départements ruraux du centre (Cantal et Creuse en tête, respectivement +21 % et +19 %) et du nord-est de la France métropolitaine (Meuse, Haute-Marne, Haute-Saône), ainsi qu'en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), en Martinique et en Guadeloupe (carte 1). À l'inverse, les dépenses les plus faibles s'observent dans le quart nord-ouest de la France métropolitaine (notamment en Loire-Atlantique et

en Ile-et-Vilaine, -17 %), en Rhône-Alpes (notamment en Haute-Savoie, -16 %), en Guyane (-16 %) et en Île-de-France (-12 % dans le Val-d'Oise par exemple).

Ces contrastes sont en partie liés à des structures démographiques différentes. En effet, avec l'avancée en âge, l'état de santé est susceptible de se détériorer, augmentant ainsi le recours aux soins et donc les dépenses pour les patients. Un département « jeune » a donc structurellement plus de chances de présenter de moindres dépenses, dans la mesure où les dépenses de santé augmentent avec l'âge (Adjrad, Courtejoie, 2020). À certains âges, les dépenses ne sont pas du même montant pour les hommes ou pour les femmes : celles-ci recourent généralement plus aux soins que les hommes (notamment entre 20 et 50 ans), mais aux âges avancés (80 ans ou plus), leurs dépenses de santé sont plus faibles (Cometx, Pierre, 2022 ; Fourcade, 2013). Pour prendre en compte les spécificités démographiques, les dépenses de chaque département sont standardisées par âge et par sexe (encadré 2).

Avec les dépenses de santé standardisées, les écarts liés aux différences démographiques d'âge et de sexe des départements sont neutralisés. Ainsi, dans les départements ruraux du centre de la France métropolitaine, du Cantal et de la Creuse, qui présentent des dépenses de santé par patient particulièrement élevées et une moyenne d'âge parmi les plus élevées du pays, les dépenses de santé, une fois standardisées, s'avèrent proches de la moyenne nationale (carte 1). Leur structure démographique apparaît donc comme le principal facteur d'explication du surcroît de dépenses par rapport aux autres départements. À l'inverse, le département le plus jeune de France (hors Mayotte), la Guyane, a un niveau de dépenses particulièrement bas, mais nettement supérieur à la

Encadré 1 Sources

• Les dépenses de santé de cette étude sont issues de la base Restes à charge (RAC) 2018, constituée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) à partir des données de consommation interrégime (DCIR) et du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du Système national de données de santé (SNDS). Ces données sont antérieures à la réforme du 100 % santé, qui propose progressivement, à partir de 2019, des paniers de soins avec des restes à charge nuls en audiologie, optique et soins dentaires pour les bénéficiaires de contrats de complémentaire santé.

La base RAC renseigne les dépenses de santé exhaustives engagées par les individus. Les dépenses non individualisables (par exemple celles associées à la rémunération des médecins libéraux sur objectif de santé publique) sont exclues de l'analyse. Le champ est la population affiliée à l'ensemble des régimes (hors Sénat et Assemblée nationale) et résidant en France. Les sources mobilisées n'ont pas permis d'obtenir une validation des données concernant Mayotte, ce qui a conduit à exclure ce département de l'analyse.

La population d'étude est limitée aux assurés ayant consommé au moins une fois des soins sur le territoire français en 2018 : les « consommateurs ». Les montants moyens présentés ne prennent donc pas en compte les individus qui n'ont pas consommé de soins au cours de l'année.

Les dépenses étudiées sont celles qui appartiennent au champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO). Elles intègrent les soins de santé effectués en ville, au cours d'un séjour à

l'hôpital public (incluant médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO], hospitalisation à domicile [HAD], soins de suite et de réadaptation [SSR] et psychiatrie [PSY], mais hors médico-social) ou en établissement de santé privé. Néanmoins, ce champ exclut par exemple les médicaments non remboursables ou les consultations chez un médecin non conventionné. Le champ un peu plus restreint de cette étude explique que les données agrégées ne correspondent pas exactement à celles des comptes de la santé (Gonzalez, *et al.*, 2019) ; en particulier, la part des dépenses prises en charge par l'AMO est un peu plus élevée dans cette étude que sur le champ complet de la CSBM (82 % contre 78 %).

• Les indicateurs départementaux sur les niveaux de vie pour l'année 2018 proviennent de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Le niveau de vie correspond au revenu disponible d'un ménage divisé par son nombre d'unités de consommation. Le taux de pauvreté est la part de personnes vivant sous le seuil de pauvreté monétaire, fixé à 60 % du niveau de vie médian. Le 9^e décile de niveau de vie correspond au niveau de vie au-dessus duquel se situent les 10 % des personnes les plus aisées (43 520 euros annuels en France métropolitaine en 2018).

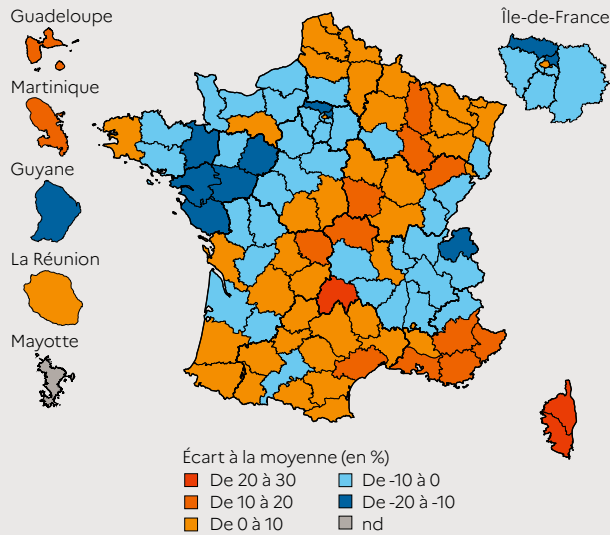
• L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) permet d'évaluer localement l'adéquation de l'offre de soins avec la demande de soins. Il est calculé par la DREES, et disponible à l'adresse suivante : <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>. Les quatre indicateurs APL disponibles pour 2018 (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes) ont été utilisés dans cette étude en étant pondérés par la part de dépenses associées à chaque profession dans la dépense moyenne totale.

2. Les tableaux complémentaires sont disponibles dans les données associées à l'étude sur le site internet de la DREES (lien en fin de document).

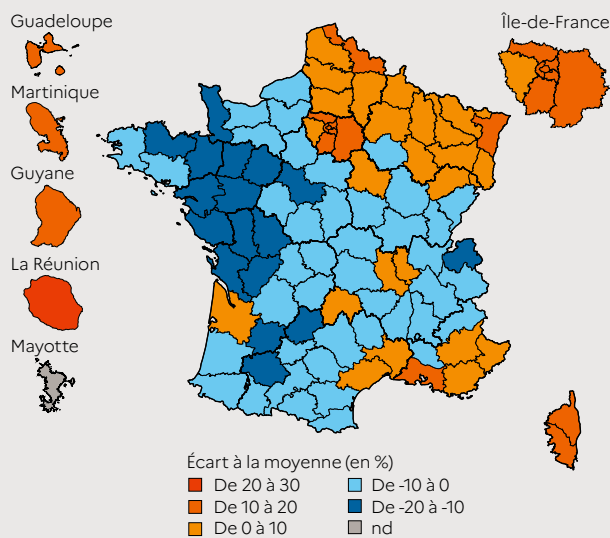
moyenne nationale (+19 %) une fois standardisé. Autrement dit, même si le niveau moyen de dépenses est faible en Guyane, il demeure élevé compte tenu de la démographie du département. Une fois neutralisés les écarts de dépenses liés aux différences démographiques, des contrastes demeurent et la cartographie

Carte 1 Dépenses de santé moyennes par patient, par département

Carte 1a. Dépenses brutes



Carte 1b. Dépenses standardisées



Note > Les moyennes de dépenses de santé sont présentées en valeur brute sur la carte 1a et sont standardisées par structure d'âge et de sexe des départements sur la carte 1b.

Lecture > Dans le Cantal, la dépense moyenne par patient est supérieure de 21 % à la moyenne nationale. Une fois prise en compte la structure démographique du département, cette dépense est supérieure de 3 % à la moyenne nationale standardisée.

Champ > Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS) affiliés à l'ensemble des régimes (hors Sénat et Assemblée nationale) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement. France entière, hors Mayotte.

Source > SNDS, données 2018.

> *Études et Résultats* n° 1265 © DREES

des dépenses standardisées fait apparaître une géographie différente (carte 1). Les dépenses standardisées sont plus basses que la moyenne dans tout le quart nord-ouest de la France métropolitaine (-17 % en Vendée, -16 % en Charente, dans la Sarthe et dans les Deux-Sèvres) et, dans une moindre mesure, dans le quart sud-ouest (-12 % dans le Lot et dans le Lot-et-Garonne), le Centre (-11 % dans le Loir-et-Cher) et dans les Alpes (-11 % en Haute-Savoie). À l'inverse, elles sont particulièrement élevées dans les départements d'outre-mer (DOM) [+25 % à La Réunion], en Corse (+19 %), dans le quart nord-est métropolitain (+11 % dans le Nord et +10 % dans le Bas-Rhin) et le pourtour méditerranéen (+16 % dans les Bouches-du-Rhône). Ainsi, des écarts significatifs entre départements persistent après standardisation, la dispersion selon les départements n'étant que légèrement plus faible qu'en dépenses brutes. Cette dispersion met en évidence la présence de facteurs d'explication des écarts départementaux initialement masqués par l'effet prégnant de la démographie.

Des écarts de dépenses accentués par des échelles tarifaires différentes, notamment dans les DOM

La modulation du tarif de certains soins et biens médicaux dans certaines zones géographiques peut expliquer une partie des écarts de dépenses dans ces zones. Bien que le coût des prestations remboursables par l'Assurance maladie soit réglementé, leur assurant une grande homogénéité sur tout le territoire, une modulation géographique s'applique aux séjours hospitaliers (à la hausse dans certains départements³), ainsi que sur les soins de ville dans les DOM⁴.

Dans les DOM, cette majoration des tarifs des séjours hospitaliers et des soins de ville pourrait à elle seule, par son ordre de grandeur, expliquer le surcroît de dépenses de santé standardisées (carte 1). Autrement dit, on ne peut donc pas conclure à un volume de consommation de soins plus élevé dans ces départements, le niveau de dépenses pouvant être un effet pur des prix.

En France métropolitaine, la modulation géographique s'applique aux séjours hospitaliers d'Île-de-France et de Corse. La région de résidence des patients coïncidant le plus souvent avec celle de leurs séjours hospitaliers, il est possible de corriger les dépenses des patients des coefficients géographiques correspondants, afin de tenir compte de cet effet des prix. Ainsi, en Île-de-France, alors que la dépense hospitalière est en moyenne plus élevée qu'au niveau national (+8 %), elle s'avère nettement moins divergente après prise en compte du coefficient géographique de +7 %. En revanche, en Corse, les dépenses moyennes de santé demeurent élevées même après correction, car elles le sont surtout du fait des dépenses de soins de ville.

Des dépenses aussi influencées par les disparités de revenus et par l'accessibilité de l'offre de soins

D'autres facteurs peuvent contribuer aux disparités géographiques des dépenses de santé. Le premier groupe de facteurs concerne les caractéristiques socio-économiques de la population. D'une part, les patients plus précaires sont susceptibles d'avoir un besoin plus important de soins (Allain, 2022, concernant le gradient social des soins liés aux maladies chroniques).

3. En 2018, par rapport aux autres départements, la réglementation instaure une majoration des séjours hospitaliers (« coefficients géographiques »), à hauteur de +31 % à La Réunion, +29 % en Guyane, +27 % en Guadeloupe et en Martinique, +11 % en Corse et +7 % dans les départements d'Île-de-France.

4. Par exemple, en 2018, une consultation de médecin généraliste coûte 29,60 euros contre 25,00 euros dans le reste de la France, soit +18 %. Un coefficient de majoration s'applique sur le prix des médicaments, comme sur celui de la plupart des dispositifs médicaux de la liste des produits de prestations (LPP) ; ces coefficients varient fortement selon les départements et les produits mais sont souvent compris entre +15 % et +35 %.

De manière générale, la précarité entraîne des besoins accrus en soins et biens médicaux en raison d'un état de santé en moyenne plus dégradé (Fouquet, Pollak, 2022), ce qui se traduit par des dépenses sensiblement plus importantes (Jusot, *et al.*, 2017). D'autre part, à besoin égal, le recours réel aux soins peut varier, les personnes les plus précaires étant aussi les plus concernées par le renoncement aux soins. *A contrario*, un niveau de vie plus élevé est lié à un meilleur accès financier au système de soins, voire à une plus grande propension à payer pour de meilleurs délais ou un choix plus sélectif de professionnels, menant potentiellement à davantage de dépassements d'honoraires. L'un et l'autre de ces aspects socio-économiques sont abordés dans cette étude par deux indicateurs de revenus synthétisés au niveau départemental : le taux de pauvreté et le niveau de vie des plus aisés⁵ (encadré 1). Ces deux indicateurs sont choisis pour leur caractère « polaire » (aux extrémités de l'éventail des niveaux de vie), mais le lien entre revenus et dépenses de santé est plus progressif.

Un deuxième groupe de facteurs peut contribuer aux disparités territoriales de dépenses de santé, à structure démographique équivalente : l'offre de soins, en particulier l'accessibilité et la disponibilité des professionnels de santé. La faible densité médicale, l'éloignement géographique des patients par rapport aux professionnels de santé et l'importance des délais d'attente pour avoir un rendez-vous sont des freins majeurs à l'accès aux soins (Lapinte, Legendre, 2021). Une offre de soins relativement faible peut mener à une diminution du recours aux professionnels et, probablement, à une dépense moyenne par habitant moins importante. À l'inverse, dans les territoires avec une offre de soins plus dense, la demande peut être mieux satisfaite et les dépenses probablement plus élevées. L'influence de la densité de l'offre de soins passe aussi par les prix. En effet, quand la concurrence s'accroît, les dépassements d'honoraires diminuent (Pla, *et al.*, 2020). Tout comme le type de conventionnement des médecins implantés sur un territoire (secteur 1, secteur 2 avec ou sans option de pratique tarifaire maîtrisée [OPTAM], ou encore non-conventionnement), la densité peut donc aussi faire varier le prix de l'offre locale par les dépassements d'honoraires facturés. Cet effet de prix peut jouer à la hausse sur les dépenses, à demande constante, ou à la baisse, par un effet de renoncement aux soins. L'accessibilité et la densité de l'offre locale de soins sont ici mesurées par les indicateurs d'accessibilité potentielle localisée (APL) [encadré 1] disponibles pour quatre professions de santé : les médecins généralistes, les infirmiers, les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes⁶.

Les revenus et l'offre de soins de ville expliquent pour moitié l'hétérogénéité des dépenses départementales standardisées

Après prise en compte des structures démographiques par la standardisation, près de la moitié des différences de dépenses de santé standardisées s'expliquent par des facteurs de revenus ou d'offre de soins, d'après une modélisation statistique⁷ au niveau départemental (tableau complémentaire B). Le taux de pauvreté est le premier facteur explicatif de l'hétérogénéité des dépenses de santé standardisées. Dans les départements où il est plus élevé, les dépenses de santé standardisées sont en moyenne aussi plus

Encadré 2 Méthode de standardisation de la dépense moyenne par département

Pour tenir compte des disparités départementales de démographie, la dépense moyenne par département est standardisée selon l'âge et le sexe, en étant rapportée à la dépense « attendue », définie comme la dépense qu'aurait chaque département avec sa structure de patients par âge et sexe mais avec la dépense moyenne par âge et sexe des patients de France entière.

Plus précisément, la standardisation vise à comparer une population d'étude et une population de référence. Ici, il s'agit de comparer des patients d'un département (noté d) et de la France entière (F). On dispose pour ce département et pour la France entière de la valeur v de la dépense moyenne en santé par tranche d'âge quinquennale et par sexe (soit autant de catégories c). Si on note n_c l'effectif de patients de la catégorie c , la structure par âge et sexe de la population du département d (ou de la France entière F) est donnée par les pondérations n_c^d/N^d (ou n_c^F/N^F), N^d et N^F étant les effectifs toutes catégories confondues. v^d et v^F , les valeurs moyennes sur les populations d'étude et de référence, peuvent s'écrire :

$$v^d = \frac{\sum_c n_c^d v_c^d}{N^d} \quad \text{et} \quad v^F = \frac{\sum_c n_c^F v_c^F}{N^F}$$

Dans cette optique, les effectifs n_c/N sont mathématiquement des pondérations appliquées aux dépenses v_c .

La « valeur attendue » résulte de la structure démographique départementale avec les valeurs nationales de la dépense en santé :

$$\check{v}^d = \frac{\sum_c n_c^d v_c^F}{N^d}$$

Il s'agit de la valeur « attendue » dans la population d'étude au vu de sa structure démographique en matière d'âge et de sexe, avec le comportement de dépense en santé moyen national. La dépense standardisée est le rapport de la valeur réellement observée à cette valeur attendue, et elle prend donc la forme d'un indice (1,00 = valeur observée parfaitement cohérente avec la valeur attendue à partir des dépenses observées au niveau national et de la structure démographique du département) :

$$\frac{\sum_c n_c^d v_c^d}{N^d} / \frac{\sum_c n_c^d v_c^F}{N^d} = v^d / \check{v}^d$$

L'indicateur de chaque département est calculé avec des pondérations particulières, reflétant sa propre démographie. La comparaison directe entre deux départements sur la base de leurs indices n'est donc pas possible.

élevées. La Seine-Saint-Denis, qui présente le plus fort taux de pauvreté (encadré 1) en France métropolitaine en 2018 (28,4 %), a ainsi un niveau de dépenses plus élevé que la moyenne (+6 %). *A contrario*, le faible taux de pauvreté observé en Haute-Savoie (8,9 %) explique en partie la faiblesse des dépenses standardisées dans ce département (-11 %).

Le niveau de vie des ménages les plus aisés explique aussi de façon significative les différences de dépenses, à taux de pauvreté et densité d'offre locale donnés. Les départements où il est le plus important présentent en moyenne des dépenses standardisées plus élevées. Ce lien est moins fort que celui observé pour le taux

5. En pratique, on retient le 9^e décile de niveau de vie des ménages, c'est-à-dire de leurs revenus disponibles par unité de consommation.

6. Les indicateurs APL 2018 n'ont pas été produits pour les médecins spécialistes. Cela ne semble toutefois pas préjudiciable, car la corrélation entre niveau de dépense et densité de spécialistes est limitée (Lê, Tallet, 2012).

7. Une régression linéaire réalisée sur des données départementales pour la France métropolitaine, expliquant la dépense de santé standardisée corrigée des coefficients géographiques sur les séjours hospitaliers par le taux de pauvreté, le niveau de vie des ménages les plus aisés (9^e décile de niveau de vie) et l'indicateur synthétique APL. Les DOM sont exclus de l'analyse en raison des différences d'échelle tarifaire.

de pauvreté et s'explique surtout par le niveau de dépassements (dépassements d'honoraires, tarifs libres sur certains produits ou actes) pratiqués par les professionnels de santé (*encadré 3*). La corrélation entre niveau de dépassements et niveau de richesse sur un territoire a d'ailleurs déjà été mise en évidence (Baillot, 2012). Plusieurs hypothèses peuvent l'expliquer. Les professionnels de santé sont susceptibles de fixer des tarifs plus élevés dans les zones où les patients ont une plus grande capacité à payer. Les zones de résidence des patients les plus aisés peuvent aussi être des zones où les coûts de la vie et de l'immobilier sont plus importants ; les professionnels de santé répercuteraient ainsi ces surcoûts *via* des dépassements d'honoraires.

Une meilleure accessibilité de l'offre de soins (mesurée par les APL, voir *supra*) contribue aussi significativement aux dépenses de santé standardisées, ce qui confirme de précédents résultats (Lê, Tallet, 2012). Dans certains départements du pourtour méditerranéen (Hérault, Alpes-Maritimes, Var), la densité médicale élevée est ainsi liée à un niveau important de dépenses standardisées. Au contraire, une offre de soins moins dense va de pair avec un niveau plus faible de dépenses standardisées, comme dans certains départements de l'ouest de la France métropolitaine (Sarthe, Tarn, Ille-et-Vilaine, Manche).

La prise en charge différenciée par l'Assurance maladie atténue les écarts de restes à charge

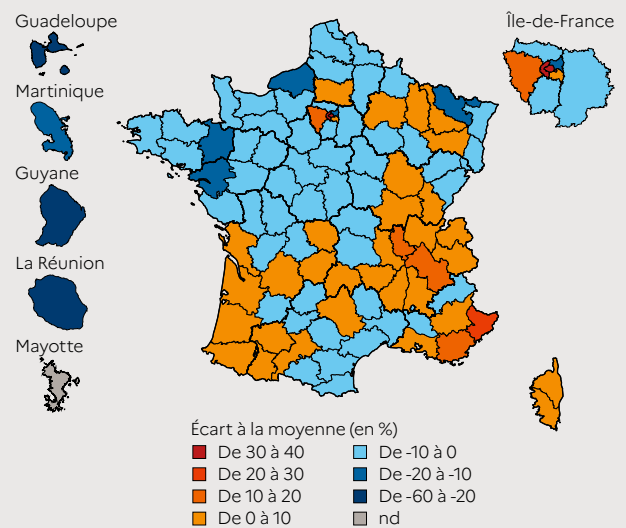
Les disparités territoriales de dépenses ne sont pas aussi importantes concernant les restes à charge (*carte 2*). L'AMO prend en charge en moyenne 82 % des dépenses de santé en France en 2018 (*graphique 1*) et finance plus particulièrement les dépenses des patients ayant une consommation de soins élevée. Cette prise en charge réduit les disparités territoriales de reste à charge après AMO (RAC AMO) au niveau départemental. Si le RAC AMO est, en 2018, de 490 euros en moyenne nationale, il est inférieur à 440 euros en moyenne par patient dans les 10 % des départements où il est le plus faible, et il est supérieur à 530 euros dans les 10 % des départements où il est le plus élevé, soit 19 % de plus (+90 euros). Le principal constat est donc celui d'une forte réduction des disparités en valeur absolue après AMO (de 680 euros à 90 euros) mais dont l'ampleur en pourcentage du montant est limitée (de 27 % à 19 %).

Parmi les départements présentant des RAC AMO nettement supérieurs à la moyenne nationale, on trouve une partie de ceux d'Île-de-France (+30 % pour Paris et les Hauts-de-Seine, +16 % pour les Yvelines), de Paca (Alpes-Maritimes à +21 %, Var à +11 %) et d'Auvergne-Rhône-Alpes (Rhône à +13 %, Isère à +12 %) (*carte 2*). Ces départements concentrent aussi davantage de patients avec

des restes à charge très élevés. Si, au niveau national, seul 1 % des patients ont un RAC AMO supérieur à 7 700 euros, ils sont 2 % et 3 % dans les Hauts-de-Seine et à Paris ; autrement dit, ces départements concentrent deux à trois fois plus de patients aux RAC très élevés que la population nationale.

La prise en charge au titre de la part légale (*encadré 3*) couvre en moyenne 81 % des dépenses au niveau national et varie selon le type de dépense, mais aussi selon le statut du patient reconnu par l'Assurance maladie, comme l'affection de longue durée (ALD) ou l'incapacité au travail. Ces dispositifs induisent une redistribution horizontale des dépenses entre individus (Adjerad, Courtejoie, 2021) qui se traduit aussi, de fait, par une prise en charge accrue des dépenses sur les territoires où la population est en moins bonne santé. Les parts supplémentaires (*encadré 3*) complètent cette prise en charge, surtout pour les foyers aux ressources modestes, mais aussi pour les affiliés des régimes spéciaux. Ce supplément de prise en charge, principalement celui de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C⁸), est important au niveau

Carte 2 RAC AMO moyen par département



RAC : reste à charge ; AMO : assurance maladie obligatoire.

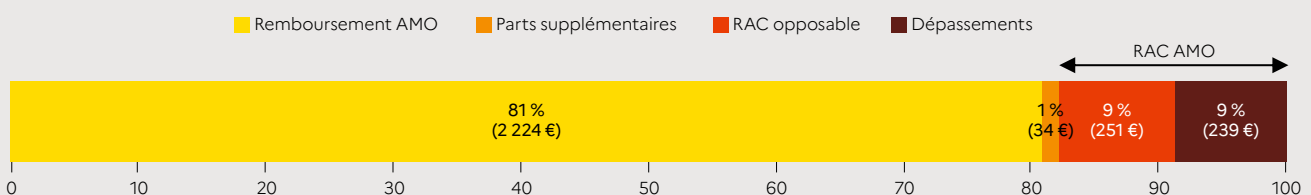
Note > Les moyennes de RAC AMO sont présentées en valeur brute.
Lecture > Dans le Nord, le RAC AMO est en moyenne inférieur de -6 % à la moyenne nationale.

Champ > Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS) affiliés à l'ensemble des régimes (hors Sénat et Assemblée nationale) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement. France entière, hors Mayotte.

Source > SNDS, données 2018.

> *Études et Résultats* n° 1265 © DREES

Graphique 1 Décomposition moyenne des dépenses de santé



RAC : reste à charge ; AMO : assurance maladie obligatoire.

Lecture > 81 % du total des dépenses de santé sont remboursées par l'AMO, soit 2 224 euros en moyenne par patient.

Champ > Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS) affiliés à l'ensemble des régimes (hors Sénat et Assemblée nationale) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement. France entière, hors Mayotte.

Source > SNDS, données 2018.

> *Études et Résultats* n° 1265 © DREES

Encadré 3 Définitions

Les dépenses de santé considérées dans cette étude sont uniquement les dépenses individuelles, remboursables et présentées au remboursement à l'assurance maladie obligatoire (AMO).

Ces dépenses se composent d'une part remboursée par l'AMO et d'un reste à charge après AMO (RAC AMO).

• **La part remboursée par l'AMO** est la somme de deux composantes :

- **la part dite « légale »**, calculée à partir d'une base de remboursement et d'un taux de remboursement différents selon les types de soins mais communs à l'ensemble des patients ;
- **les éventuelles parts supplémentaires**, relevant de dispositifs publics financés par l'État ou par des régimes spéciaux d'assurance maladie. D'une part, ce sont des aides aux foyers aux ressources modestes ou en difficulté, comme la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), remplacée par la complémentaire santé solidaire (CSS) depuis 2019, l'aide médicale d'État (AME) ou le dispositif soins urgents. D'autre part, il s'agit du supplément de remboursement apporté par trois régimes d'assurance maladie obligatoire : le régime d'Alsace-Moselle, la Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines (CANSSM) et le régime de la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN). Enfin, le dispositif

particulier de prise en charge des soins des détenus est, dans cette étude, aussi considéré comme une part supplémentaire.

• **Le reste à charge AMO (RAC AMO)** peut lui aussi se décomposer en deux parts :

- **le « RAC opposable »**, composé majoritairement du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier, mais aussi des participations forfaitaires et des franchises. Cette part correspond à l'écart entre la base de remboursement reconnue par l'AMO et le montant qu'elle prend en charge. Les contrats responsables des organismes complémentaires prennent en charge le RAC opposable, à l'exception des participations forfaitaires et des franchises. La CMU-C prend en charge l'ensemble du RAC opposable.
- **la liberté tarifaire dite « de dépassements »**, composée des dépassements d'honoraires et des tarifs libres sur certains produits ou actes (notamment en optique, pour les aides auditives et pour les soins prothétiques dentaires). Les dépassements d'honoraires sont nuls pour les patients consultant un médecin exerçant en secteur 1 dans le cadre du parcours de soins coordonnés, ou pour ceux bénéficiant de la CMU-C ou de l'AME. La liberté tarifaire est diversement prise en charge par les organismes complémentaires.

individuel pour les personnes qui en bénéficient, mais il apparaît réduit lorsqu'on le rapporte au montant total des dépenses de santé en raison du nombre limité de bénéficiaires au regard de l'ensemble de la population⁸ : en moyenne au niveau national, les parts supplémentaires représentent 1 % de l'ensemble des dépenses. Cette part supplémentaire est relativement plus élevée en Alsace-Moselle (3,9 %) et dans les DOM (3,7 %). En Alsace-Moselle, cela s'explique par la couverture accrue du régime local d'assurance maladie. Dans les DOM, cette part accrue s'explique par une précarité plus élevée ; c'est le cas aussi dans les départements de France métropolitaine présentant des taux de pauvreté élevés, en Seine-Saint-Denis notamment (2,1 %). Il y a là une forme de redistribution verticale, par une prise en charge plus importante des dépenses sur les territoires où la population est plus précaire, ces territoires étant potentiellement ceux où la dépense est plus élevée.

Des départements aux restes à charge élevés du fait des dépassements

Certains départements présentent un RAC AMO élevé alors que leurs dépenses de santé ne le sont pas particulièrement. Ce phénomène s'explique par la composition du RAC AMO, constitué d'une partie « opposable » et d'une partie « dépassements » (encadré 3). Comme pour la dépense totale, le montant moyen de RAC opposable dépend beaucoup de la structure démographique de la population. C'est sur cette partie du RAC AMO que jouent les dispositifs redistributifs cités plus haut. À l'inverse, le lien entre structure démographique et dépassements est plus complexe. En particulier, certains départements avec des populations jeunes ont des niveaux de dépassements par patient très élevés (Paris, Hauts-de-Seine, Yvelines, Rhône et Isère), contrairement au lien établi entre l'âge et la dépense totale. C'est le niveau de vie des plus aisés (voir *supra*) qui apparaît en réalité comme le premier

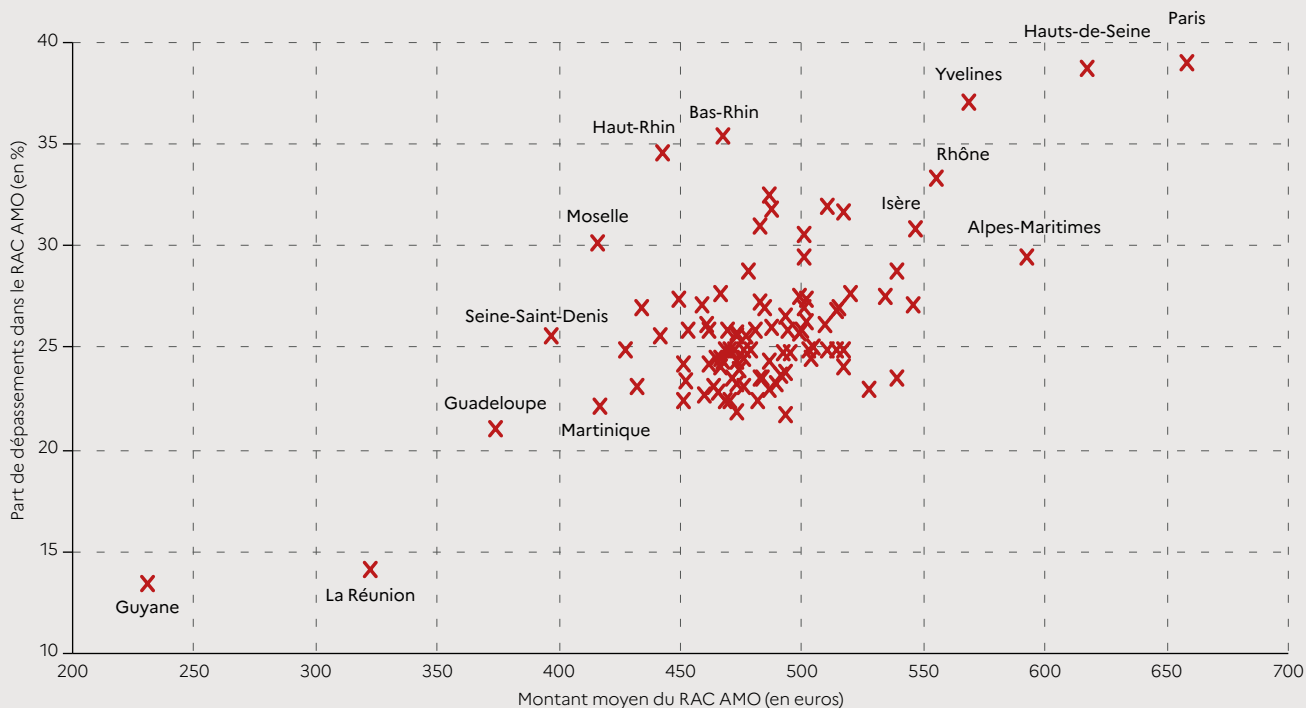
facteur d'explication des écarts départementaux de niveau de dépassements.

Au niveau macroéconomique, le montant total des dépassements représente 50 % du montant total des RAC AMO (graphique 1). Mais cet agrégat est surtout élevé du fait d'une minorité de patients qui concentrent beaucoup de dépassements. Au niveau individuel, un patient moyen ne paie en fait des dépassements qu'à hauteur de 27 % de son RAC AMO. Cette part est beaucoup plus importante dans les départements aux RAC AMO moyens très élevés (graphique 2). Le RAC AMO est ainsi composé, au niveau individuel, de près de 40 % de dépassements à Paris, dans les Hauts-de-Seine et les Yvelines, et de plus de 30 % dans l'Essonne, la Seine-et-Marne, le Val-de-Marne et le Val-d'Oise. Les départements du Rhône et de l'Isère présentent eux aussi une part importante de dépassements (entre 30 % et 35 % au sein du RAC AMO). Ce sont les dépassements chez les médecins spécialistes, dans les cliniques et le dentaire qui dévient le plus des moyennes nationales (graphique 3). Les départements de Paris, des Hauts-de-Seine et des Yvelines présentent par ailleurs des dépassements moyens notables chez les auxiliaires médicaux¹⁰. Dans les autres départements ayant des dépassements élevés, leur répartition par poste de soins est relativement proche de la moyenne nationale. Dans le Bas-Rhin et le Haut-Rhin, la part importante de dépassements (35 %) ne s'accompagne pas d'un RAC AMO très supérieur à la moyenne nationale (graphique 2). En effet, les taux de remboursement du régime local, supérieurs à ceux du régime national, diminuent *de facto* la part opposable du RAC AMO. Cela limite le RAC AMO, même avec des montants moyens de dépassements par patient plus élevés qu'au niveau national (respectivement 290 euros et 270 euros, contre 240 euros au niveau national). En Moselle, aussi concernée par ce régime local, le RAC AMO y est d'autant plus bas que le niveau des dépassements est limité (230 euros par patient).

8. La CMU-C a été remplacée par la complémentaire santé solidaire (CSS) depuis le 1^{er} novembre 2019.

9. Fin 2018, 5,63 millions de personnes bénéficient de la CMU-C.

10. La catégorie d'auxiliaires médicaux regroupe les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes et orthoptistes. Les dépassements moyens liés à ces professionnels de santé sont respectivement de 20 euros, 13 euros et 5 euros à Paris, dans les Hauts-de-Seine et les Yvelines, alors qu'ils sont de 2 euros en moyenne en France.

Graphique 2 Montant du RAC AMO en fonction de la part moyenne de dépassements, par département

RAC : reste à charge ; AMO : assurance maladie obligatoire.

Note > Les données détaillées pour l'ensemble des départements sont disponibles dans le tableau complémentaire A.

Lecture > À Paris, le montant moyen de RAC AMO par patient s'élève à 658 euros. Au niveau individuel, les dépassements représentent en moyenne 39 % du RAC AMO.

Champ > Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS) affiliés à l'ensemble des régimes (hors Sénat et Assemblée nationale) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement. France entière, hors Mayotte.

Source > SNDS, données 2018.

> Études et Résultats n° 1265 © DREES

Graphique 3 Décomposition des dépassements des dix départements ayant les dépassements les plus élevés

	Total	Spécialistes	Dentaire	Cliniques	Auxiliaires médicaux	Audioprothèses et optique
Paris	413	101	118	41	20	106
Hauts-de-Seine	381	82	118	37	13	107
Yvelines	339	63	112	33	5	106
Rhône	307	40	96	46	1	109
Alpes-Maritimes	300	42	106	42	1	94
Bas-Rhin	288	49	104	12	1	103
Isère	287	26	99	33		114
Val-de-Marne	283	48	99	22	4	96
Ain	279	29	95	36		107
Savoie	274	20	105	23		112
France entière	239	25	82	19	2	99

En euros

Notes > Les dépassements d'honoraires liés aux dépenses réalisées chez les généralistes, les laboratoires, en médicaments, à l'hôpital ou en cures thermales ne sont pas détaillés sur le graphique mais sont compris dans le total des dépassements. Ils contribuent peu aux écarts avec la moyenne nationale.

Les auxiliaires médicaux regroupent les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes et orthoptistes.

Lecture > En moyenne en France, les dépassements d'honoraires sont de 239 euros par patient par an, dont 25 euros de dépassements chez des médecins spécialistes.

Champ > Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS) affiliés à l'ensemble des régimes (hors Sénat et Assemblée nationale) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement. France entière, hors Mayotte.

Source > SNDS, données 2018.

> Études et Résultats n° 1265 © DREES

Les RAC AMO moyens les plus faibles en comparaison de la moyenne nationale se trouvent dans les DOM et en Seine-Saint-Denis. En dépit de tarifs plus élevés (voir *supra*), le RAC est ainsi moins élevé dans les départements d'outre-mer que dans le reste du pays. Cela s'explique principalement par le niveau particulièrement bas des dépassements : leur montant moyen par patient s'élève à 90 euros en Guyane, à 110 euros à La Réunion, à 170 euros en Guadeloupe et à 180 euros en Martinique. Dans une moindre

mesure, dans certains de ces départements, cela s'explique aussi par une réduction du RAC opposable en raison de la part importante de patients bénéficiant de la CMU-C. Il est en moyenne de 9 % des dépenses hors dépassements en Guadeloupe et de 10 % en Martinique (contre 11 % au niveau national). ●



Télécharger les données associées à l'étude

Mots clés : **Dépense de santé** **Reste à charge** **Assurance maladie** **Disparités et inégalités territoriales**

Pour en savoir plus

- > **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2020). Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels. DREES, *Études et Résultats*, 1171.
- > **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2021). Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures. DREES, *Études et Résultats*, 1180.
- > **Allain, S.** (2022). Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie. DREES, *Études et Résultats*, 1243.
- > **Baillet, A.** (2012). Disparités territoriales des consommations de soins de spécialistes et de dentistes : le poids des dépassements. Dans F. von Lennep (dir.), *Comptes nationaux de la santé 2011*. Paris : France, DREES, coll. Études et Statistiques.
- > **Barlet, M., Gaini, M., Gonzalez, L., Legal, R.** (2019). *La complémentaire santé : Acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2019*. Paris : France, DREES, coll. Panoramas de la DREES-Social.
- > **Bricard, D., Dourgnon, P., Poucineau, J.** (2021). Effets attendus sur la pauvreté de huit politiques de santé introduites dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté ? IRDES, *Questions d'économie de la santé*, 259.
- > **Cometx, R., Pierre, A.** (2022). 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.
- > **Fourcade, N.** (2013). La santé des femmes en France. DREES, *Études et Résultats*, 834.
- > **Gonzalez, L., Héam, J.-C., Mikou, M., Ferretti, C.** (2019). *Les dépenses de santé en 2018. Résultats des comptes de la santé – Édition 2019*. Paris : France, DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Jusot, F., Legal, R., Louvel, A., Pollak, C., Shmueli, A.** (2017). Assurance maladie et complémentaires santé : Comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ? DREES, *Études et Résultats*, 1005.
- > **Lapinte, A., Legendre, B.** (2021). Renoncement aux soins : La faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres. DREES, *Études et Résultats*, 1200.
- > **Lê, F., Tallet, F.** (2012). Disparités territoriales des dépenses de santé : Le rôle des facteurs de demande et d'offre de soins. Dans Brocas, A.-M. (dir.) *Comptes nationaux de la santé en 2009*. Paris : France, DREES, coll. Études et Statistiques.
- > **Pierre, A.** (2022). L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne (EHIS). Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 259.
- > **Pla, A., Choné, P., Coudin, E.** (2020). Médecins en secteur 2 : Les dépassements d'honoraires diminuent quand la concurrence s'accroît. DREES, *Études et Résultats*, 1137.
- > *Stratégie nationale de santé 2018-2022* (2017).

> **Publications**
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Open Data**
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Nous contacter**
DREES-INFO@santer.gouv.fr

> **Contact presse**
DREES-PRESSE@santer.gouv.fr

Directeur de la publication : Fabrice Lenglard
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Rédactrice en chef technique : Céline Roux
Chargée d'édition : Élisabeth Castaing
Composition et mise en pages : Drapeau Blanc
Conception graphique : DREES
 Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
 ISSN électronique 1146-9129 • AJP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@santer.gouv.fr