

**« *De chacun selon ses moyens,
à chacun selon ses besoins* » :
Ce principe est-il encore pleinement respecté ?**

Fanny MIKOL
intervention co-préparée avec Odran BONNET

De chacun **selon ses moyens**, à chacun **selon ses besoins**

Code de la sécurité sociale (art. L111-2-1, I)

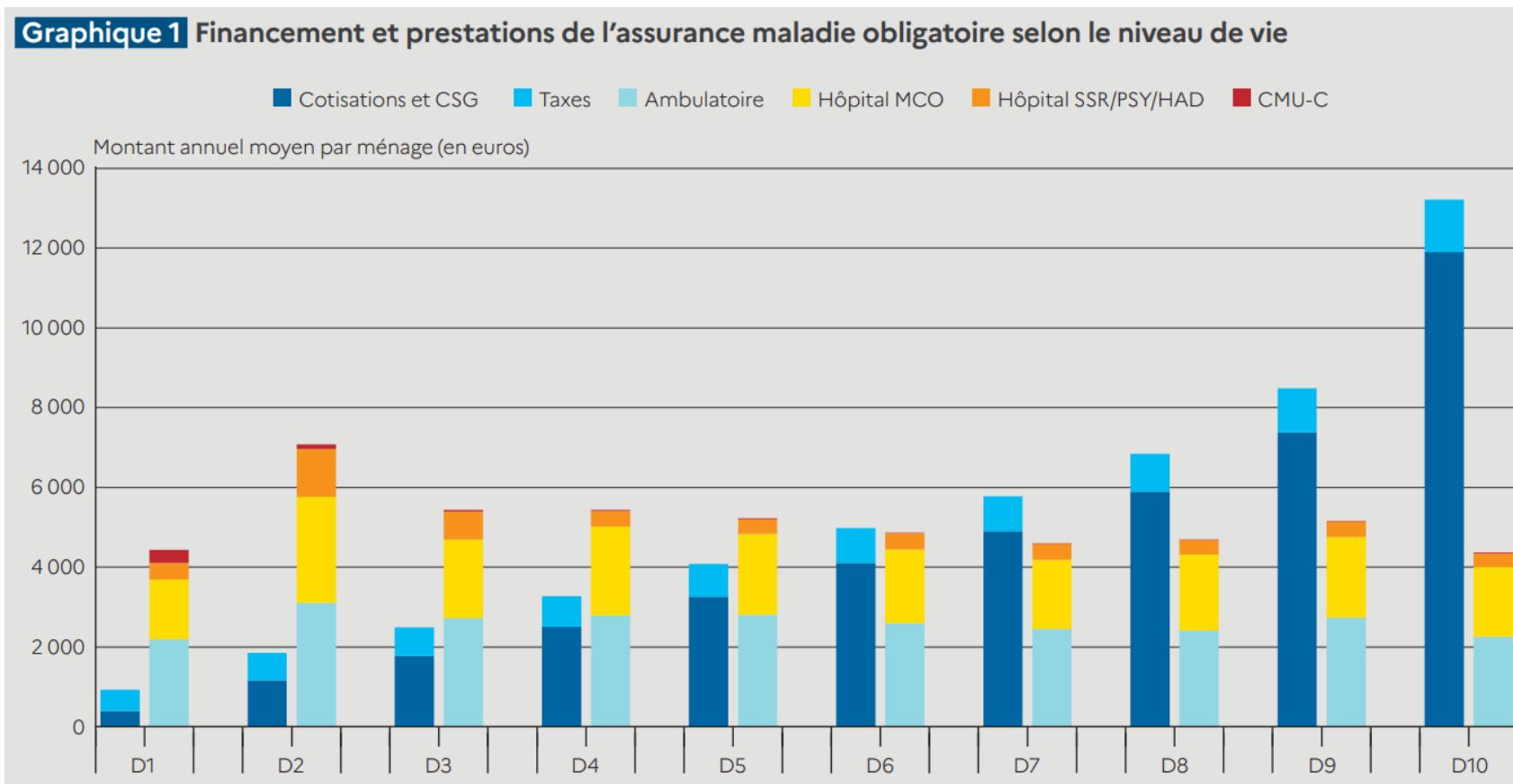
« *La protection contre le risque et les conséquences de la maladie est assurée à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. Chacun contribue, en fonction de ses ressources, au financement de cette protection* »

Une difficulté de prime abord : la définition des termes :

- « *selon ses moyens* » : contribution en proportion du revenu ? progressive ? en-deçà d'un certain seuil ?
- « *selon ses besoins* » : comment mesure-t-on le vrai « besoin » ?

Les dépenses de santé sont globalement proches selon les niveaux de revenus

Graphique 1 Financement et prestations de l'assurance maladie obligatoire selon le niveau de vie



DREES,
Etudes &
Résultats
n°1220, 2022.

Un renoncement aux soins qui reste cependant significatif

- Le **renoncement aux soins pour raisons financières** est plus fréquent parmi les 20% de personnes les plus modestes :
 - **3,2%** pour les examens et traitements médicaux (vs **1,8%** sur l'ensemble de la population)
 - **9,1%** pour les soins dentaires (vs **5,1%** sur l'ensemble de la population)
- ... sachant que le renoncement aux soins est **multifactoriel** : raisons financières, distance géographique, obligations familiales ou professionnelles, absence de couverture complémentaire, contraintes de mobilité, etc.)
- Dans les zones **très sous-dotées** en médecins généralistes, le renoncement aux soins des personnes les plus modestes est **huit fois plus élevé** que pour le reste de la population de ces zones.

Source : Drees, Etudes&Résultats n°1200, 2021

La C2S : un dispositif protecteur pour les plus démunis

- Un dispositif qui fusionne la CMU-C (C2S « gratuite ») et l'ACS (C2S « payante »)
- Des dépenses de santé prises en charge jusqu'au tarif de base Sécu
- Des dépassements en théorie interdits (sauf exigence particulière du patient)
- Dispositifs médicaux (prothèses dentaires, auditives et optiques) : un « panier C2S » au moins aussi large que le « panier 100% santé »

➔ ... un **dispositif qui remplit son rôle**, sans pour autant éviter le **renoncement aux soins des plus modestes** :

- un **non-recours** important (44% des personnes éligibles en 2021) [source : DSS]
- un **seuil d'éligibilité** relativement bas

➔ **en 2019, 12% des 10% les plus modestes n'ont pas de couverture complémentaire !**
[source : Drees, *Panorama de la complémentaire santé*, 2024]

Le *taux d'effort* d'un ménage

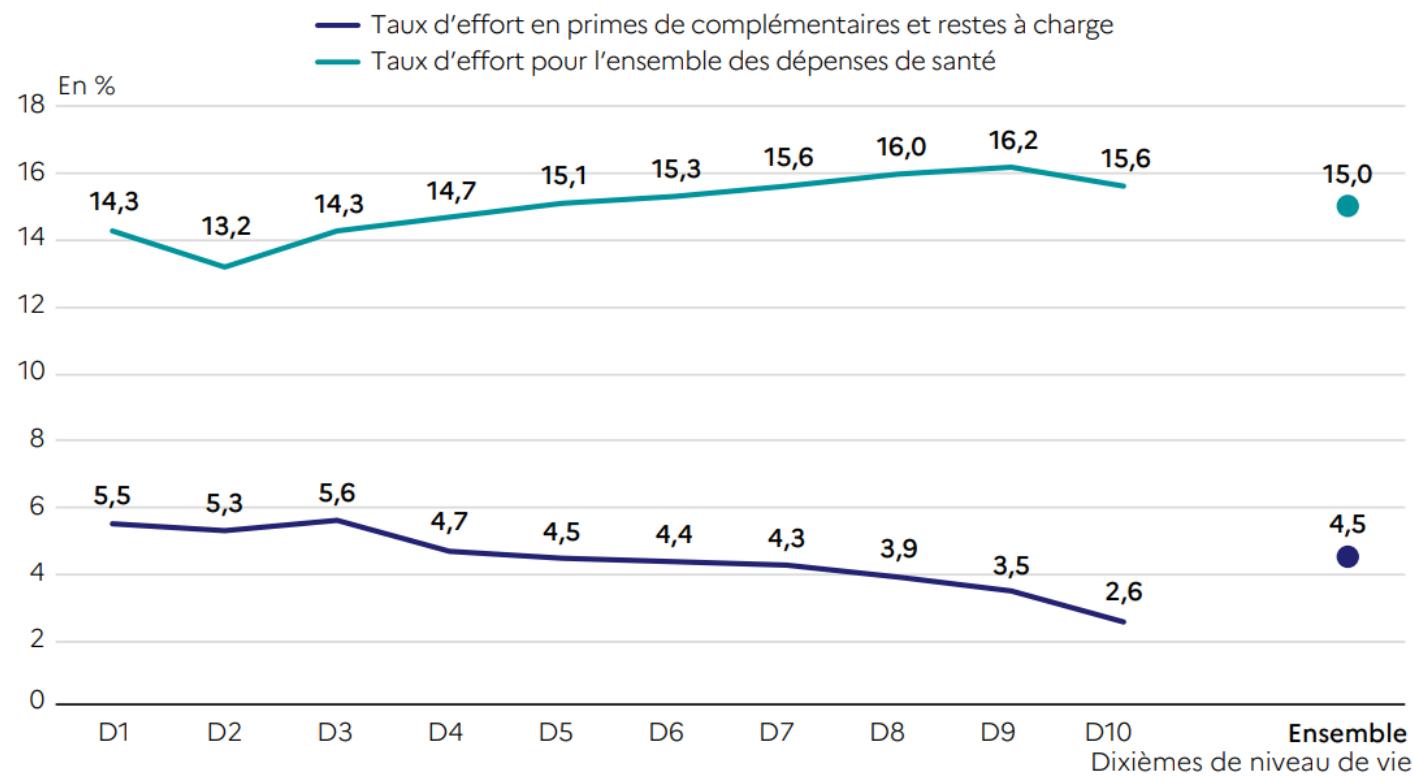
Dans sa **définition extensive**, il rapporte la contribution des ménages au financement des dépenses de soins (sous ses différentes formes, i.e. **direct** et **indirect**), à leurs ressources :

Taxes et cotisations permettant de financer l'AMO
+ Primes d'assurance versées aux complémentaires santé
+ Restes à charge "finaux"

Revenu du ménage

Un taux d'effort globalement constant sur l'échelle des revenus

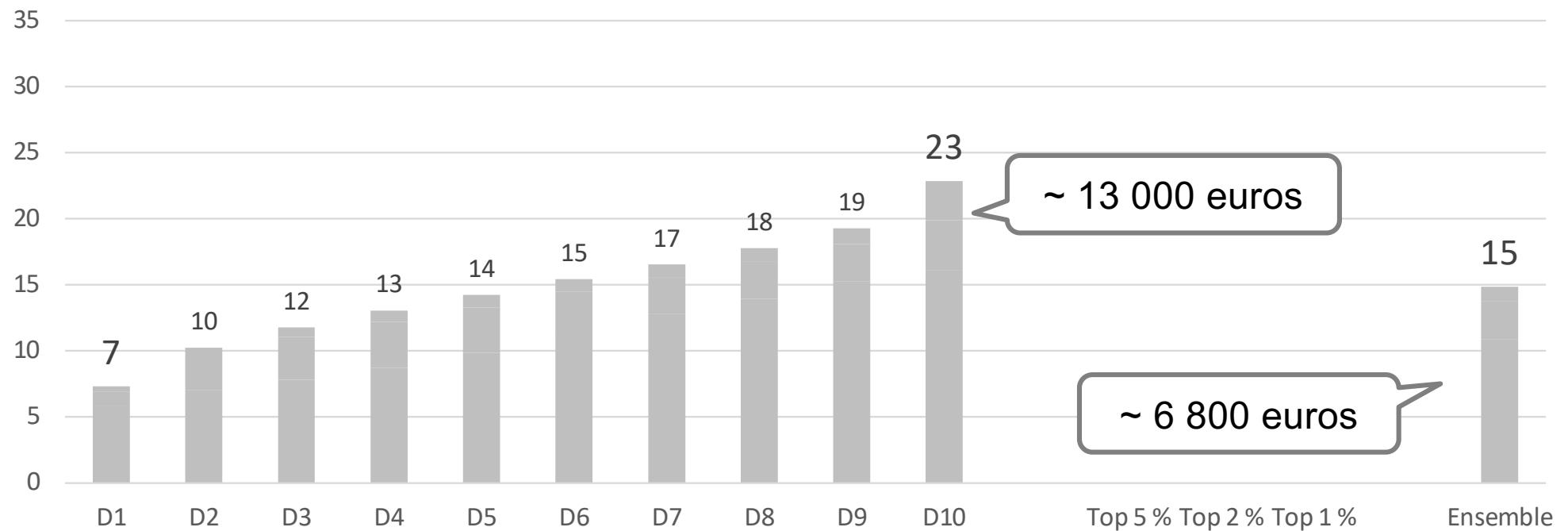
Graphique 3 Taux d'effort des ménages pour l'ensemble de leurs dépenses de santé selon leur niveau de vie, en 2019



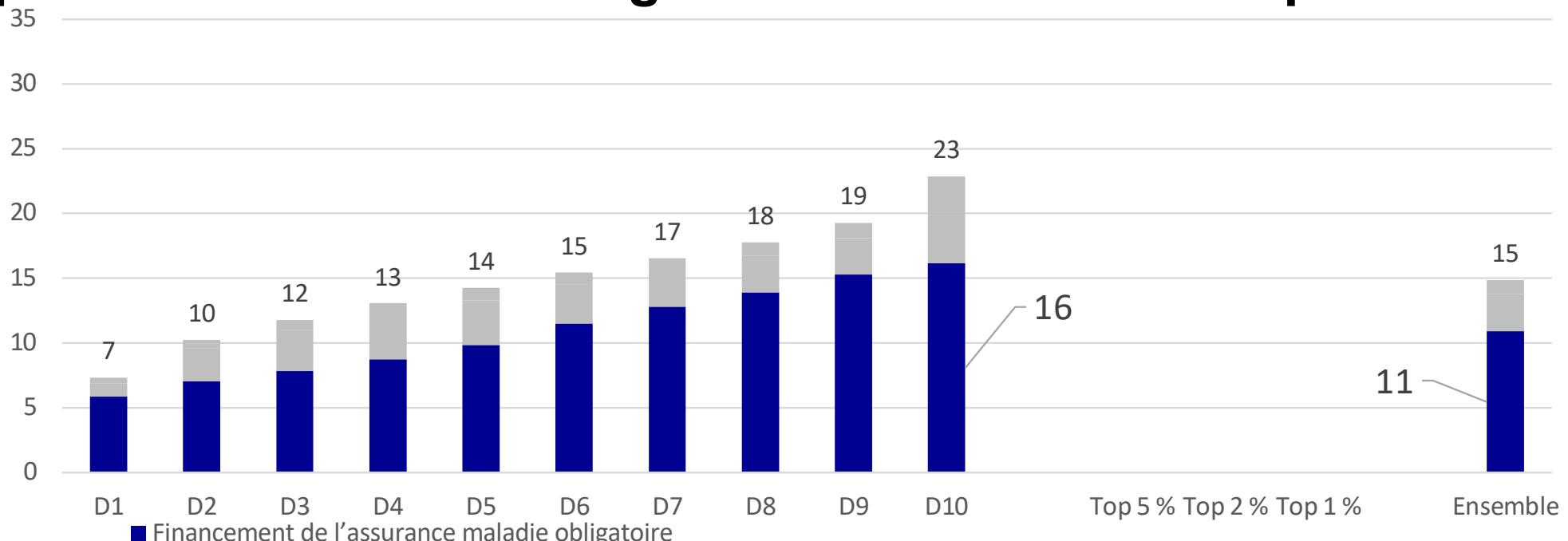
Drees, Panorama de
la Complémentaire
santé 2024, fiche 25

... Mais des disparités très fortes entre ménages

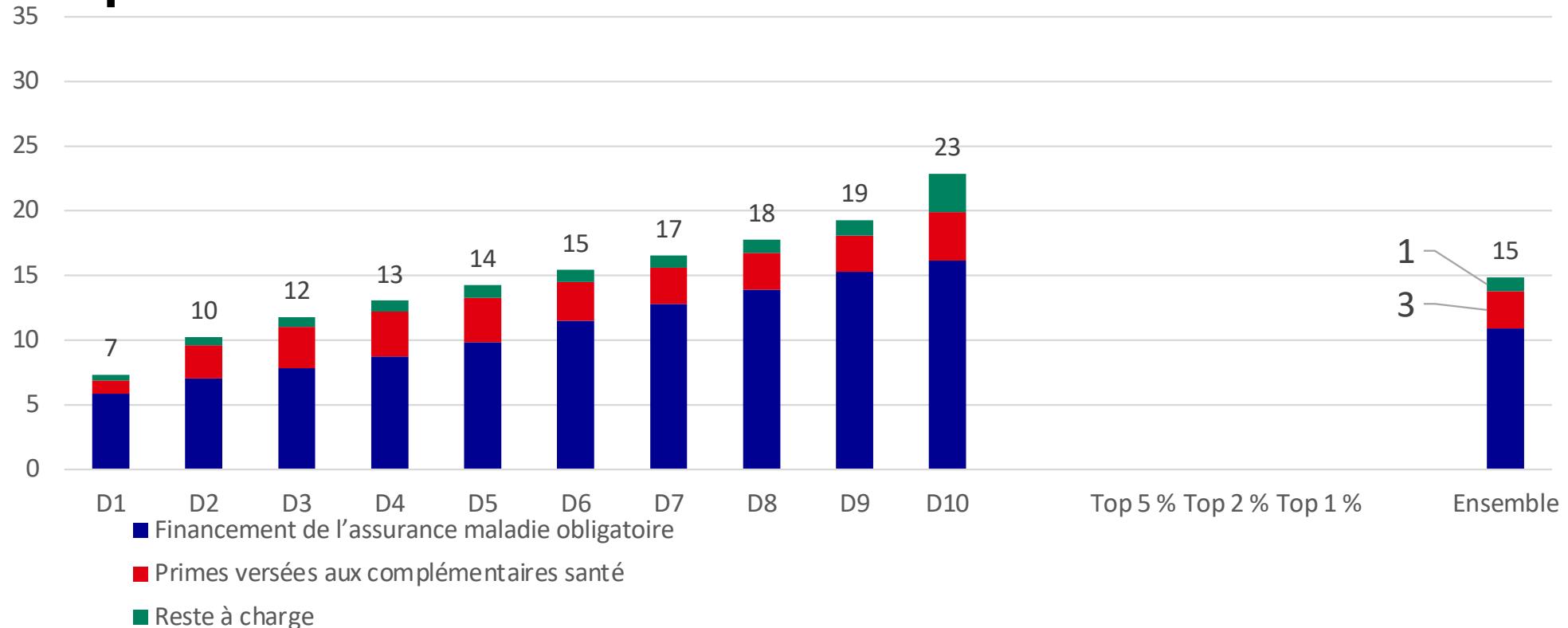
- Près d'un quart du revenu consacré au financement des dépenses de santé, pour 10 % des ménages...



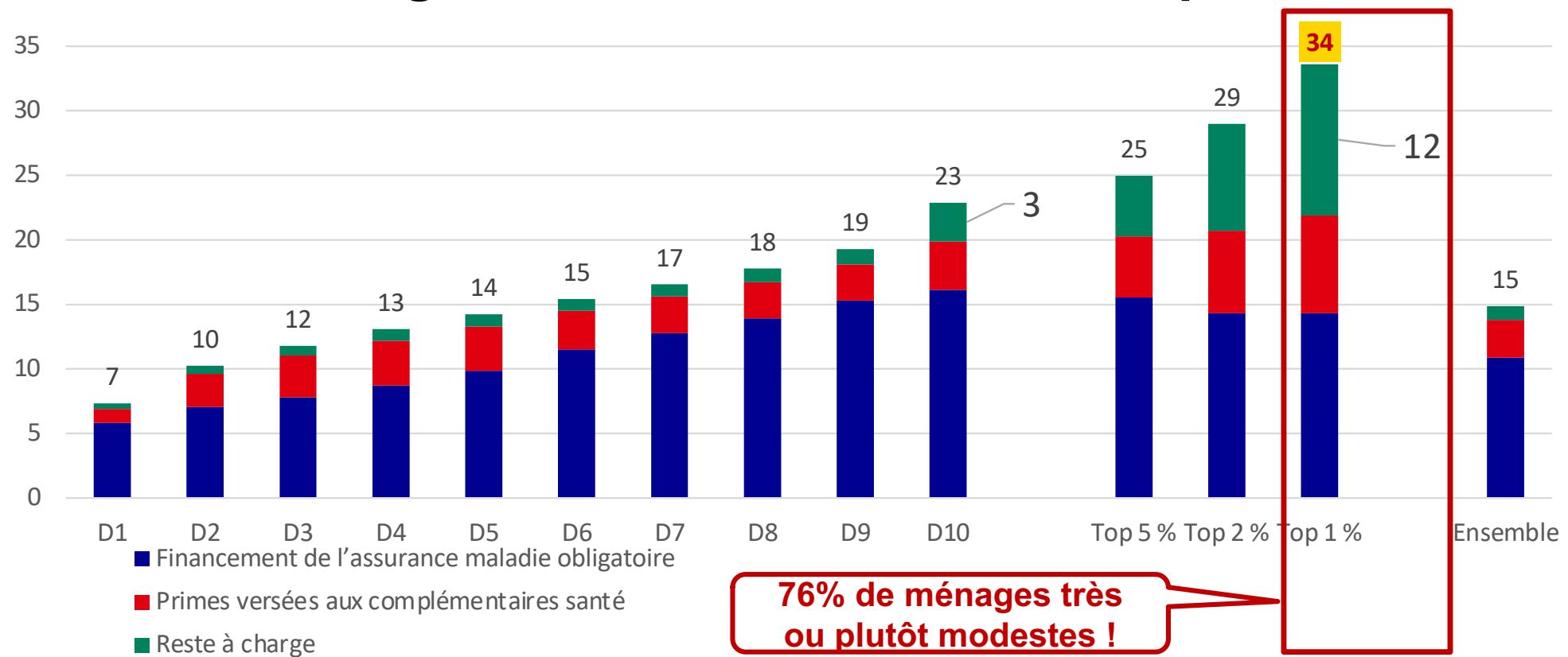
16 % du revenu consacré à l'assurance maladie obligatoire pour les 10 % des ménages aux taux d'effort les plus élevés



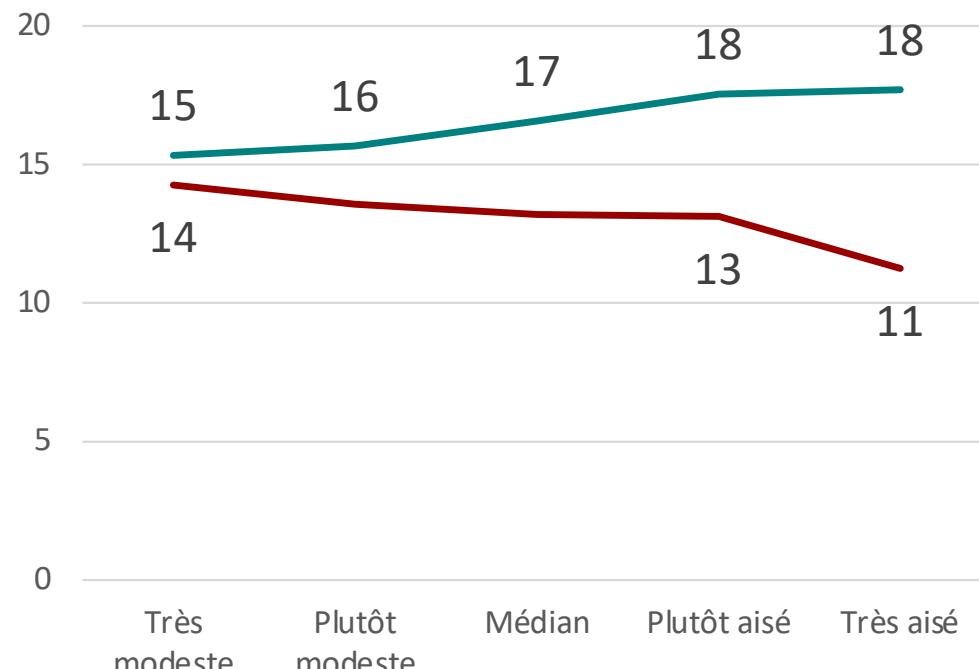
Des primes et restes à charge de l'ordre de 4 % du revenu quelque soit le taux d'effort



Les restes à charge représentent un tiers de l'effort pour les 1 % de ménages avec les taux d'effort les plus élevés



Un système progressif pour les actifs, dégressif pour les retraités



Actifs en emploi

Retraités

Drees, Etudes & Résultats,
n°1345, 2025

Les dépenses non couvertes par l'assurance publique fragilisent ce pacte

- **Le ticket modérateur**
- **Les dépassements d'honoraires**
- **La liberté tarifaire** (optique, dentaire, audioprothèses)
- **Les franchises et participations forfaitaires**
- **Les soins non remboursables** (orthodontie après 16 ans, lentilles correctrices...)

Les dépenses non couvertes par l'assurance publique fragilisent ce pacte → Quelle prise en charge par l'AMC ?

→ Source : Drees, enquête OC, opendata

- **Le ticket modérateur**
 - *couvert par la quasi-totalité des contrats responsables*
- **Les dépassements d'honoraires**
 - *spécialistes OPTAM : en individuel, 40% ne remboursent rien au-delà du TM (14% en collectif)*
 - *hors OPTAM : en individuel, 45% ne remboursent rien au-delà du TM (20% en collectif)*
 - *dépassements non autorisés pour les bénéficiaires de la C2S => bien vérifié en pratique* (étude Drees à venir)
- **La liberté tarifaire** (optique, dentaire, audioprothèses)
 - *la réforme du 100% santé a rendu ces dispositifs accessibles à la quasi-totalité des individus*
 - *... mais sur le panier libre, de très fortes disparités de garanties selon les contrats*
- **Les franchises et participations forfaitaires**
 - *non couvertes par les contrats responsables (hors C2S) / couvertes par la C2S*
- **Les soins non remboursables** (orthodontie après 16 ans, lentilles correctrices...)
 - *couverture très variable entre organismes complémentaires*



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Drees 
Statistique publique
de la santé et des solidarités

Merci pour votre attention !

Conférence thématique du CES - 80 ans de la Sécurité sociale

Le modèle Ines-Omar 2019

Système national des données de santé
Dépenses de santé
Remboursements par l'AMO et la C2S

Enquête Organismes complémentaires
Garanties et tarification détaillées des contrats

Enquête ménage « socle » (EHIS 2019)

Données socio-démographiques

Type de complémentaire santé

Modèle Ines

Cotisations sociales, CSG

Taxes indirectes acquittées par les ménages