



GENEROSITE DU SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS, UN FANTASME ?

Mémo N°49

Largement décriées par certains médias et responsables politiques, la supposée générosité de notre système de santé serait l'un des maux de notre protection sociale. Qui ne se souvient du « *pognon de dingue* » du président Macron évoquant alors les prestations sociales et leur inefficacité sur la pauvreté ?

Le [Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie a publié très récemment une note](#) de décryptage sur la question de la générosité ou non du système de santé de la France par rapport aux autres pays de l'UE.

Cette note traite du reste à charge (RAC) des patientes lors du remboursement de leurs soins.

Concrètement, si la France apparaît à première vue en tête des pays de l'UE pour le niveau de dépenses de santé, celui-ci cache des disparités importantes. Finalement, la France ne semble pas réellement au-dessus des autres notamment pour les dépenses par tête.

Aussi, le niveau de reste à charge n'est pas déterminant pour comprendre la supposée ou non générosité d'un système de santé. L'analyse du système de santé et de son financement est plus pertinente pour comprendre le niveau de couverture qu'assure notre système et dissiper les discours critiques sur cette « générosité ».

Les points importants à retenir

- En 2023, ce RAC représente 10,2 % de la dépense de santé en France soit le 3eme niveau le plus faible de l'UE, mais ce n'est qu'une moyenne
- Le taux d'effort des ménages est très différent selon le niveau de vie : 5,6% du revenu disponible des 10% des ménages les plus pauvres contre 2,5% pour les 10% les plus riches.
- Le RAC moyen baisse depuis quelques années c'est le fait d'une hausse plus rapide des dépenses sur les pathologies chroniques régulièrement prise en charges par le régime de l'ALD.

Qu'est-ce que cache la faiblesse du Reste à Charge (RAC) ?

Si le RAC des patient-es français est parmi les plus faibles par rapport à la moyenne européenne, il est important de préciser d'emblée qu'il existe des disparités importantes. Situé à 4,5% du revenu disponible en moyenne, le taux d'effort des ménages varie du simple au double selon que l'on appartient aux 10% des ménages les plus riches ou les plus pauvres.

Pour un même taux de RAC, l'accessibilité au système de santé et les inégalités d'accès dépendent principalement du mode de financement des dépenses de santé. Le HCAAM précise notamment que dans le cas des USA, si le RAC moyen est faible, les inégalités de RAC sont très fortes. L'accès à une couverture santé de qualité est très complexe aux Etats Unis, 8% de la population n'ayant aucune couverture et bon nombre de citoyens Etats-Uniens devant faire face à des franchises très élevées.

En France, si le RAC moyen est faible et inégalitaire, c'est principalement du fait de la structure de l'assurance maladie complémentaire. En effet, la France fait partie des pays qui maintiennent une part complémentaire entre 10 et 15% pour laquelle 96% de la population est couverte. Si seul 4% de la population n'est donc pas couverte, ce chiffre monte à 7% pour les 20% des plus pauvres. Par ailleurs, les couvertures complémentaires peuvent être très inégalitaires notamment sur les dépassements d'honoraires, les frais optiques ou dentaires par exemple. Une part du reste à charge est principalement le fait des forfaits et participations forfaitaires au-delà du ticket modérateur pris en charge par l'AMC ([Mémo Sécu n°41 : Franchises médicales et participation forfaitaire ou comment faire payer les plus malades](#)).

Une baisse de long terme du RAC doit toutefois être notée. L'évolution sur une longue période du financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) montre que la part à la charge des patients a diminué de façon quasi-ininterrompue entre 2010 et 2023, passant de 10,1 % à 7,7 %. Elle est légèrement remontée en 2024 à 7,8 %, du fait du doublement des franchises et de la poursuite de la hausse des dépassements d'honoraires.

Il faut toutefois noter que cette baisse s'articule à une concentration des dépenses sur les maladies chroniques dont une grande part donne le droit au statut d'ALD. Ce phénomène accroît donc structurellement la concentration des dépenses sur l'AMO mais n'est pas issue d'une modification réglementaire qui ferait baisser le RAC sur un même soin. En somme, les dépenses augmentent plus vite sur les maladies chroniques que sur le reste et celles-ci sont soumises à un régime dérogatoire avec un RAC plus faible.

Une hausse du reste à charge qui impact directement les plus fragiles

Si la tendance est à la baisse du RAC, l'année 2024 a été marquée par une très légère remontée de celui-ci, passant de 7,7% à 7,8%. Cette remontée est le fruit d'une conception très particulière de la place du patient dans le système de protection sociale. Parce qu'il est considéré par les pouvoirs publics comme un individu calculateur et individualiste, le patient est appréhendé avant tout comme un consommateur de soin ([Mémo Sécu n°46 : Construire la fable du patient « consommateur » au détriment du patient malade](#)) qu'il faut inciter ou désinciter à consommer. Il serait le seul décideur et la contrainte financière serait l'outil pertinent pour guider ses choix.

Le HCAAM donne notamment quelques exemples de l'incohérence d'une telle conception et montre précisément que les patients ne consomment pas par plaisir mais par besoin :

- La mise en place des tiers payants en officine n'a pas entraîné de hausse de consommation sauf pour les revenus les plus bas qui ont rattrapé le niveau moyen de consommation. Le tiers payant a juste permis un meilleur accès aux droits ;
- L'absence de complémentaire entraîne un renoncement aux soins. L'accès à la complémentaire accroît la probabilité de consommer mais lorsqu'il y a consultation, la dépense est déterminée par le prescripteur. Le-la patient-e ne décide donc pas de son niveau de consommation.
- La création des franchises n'a fait baisser la consommation de médicaments que pour 12% des personnes interrogées mais principalement pour les ménages les plus pauvres (40%) et pour les personnes ayant un moins bon état de santé.

Enfin, le HCAAM précise même que les études les plus récentes indiquent qu'une participation financière sur les soins de ville peut se traduire par une hausse des hospitalisations.

Il faut donc comprendre que le niveau de reste à charge n'est pas totalement déterminant pour analyser la supposée générosité ou non des régimes de protection sociale. En France, si le reste à charge est plutôt faible, il voile des inégalités importantes et une croissance récurrente des inégalités d'accès aux soins. Pour seule réponse, les pouvoirs publics proposent une politique publique centrée sur la responsabilisation financière des patients, l'augmentation du RAC.

On pourrait la résumer ainsi : « plutôt que d'améliorer la situation de toutes et tous, dégradons la prise en charge de l'ensemble de la population et faisons porter principalement cette charge sur les plus pauvres »

Défendre la réponse aux besoins comme ligne directrice pour une [Sécurité sociale Intégrale](#), en commençant par annuler et empêcher les transferts de l'AMO vers l'AMC, et par sortir les entités lucratives de l'AMC, c'est s'opposer frontalement aux fondements de cette politique. C'est aujourd'hui la position que défend la CGT.

Retrouvez l'ensemble des propositions et analyses CGT sur le site :
<https://analyses-propositions.cgt.fr/>

L'intégralité des Mémo Sécu est disponible à l'adresse suivante :
<https://analyses-propositions.cgt.fr/les-memos-secu>

Mémo SECU

Montreuil, juin 2026