

La protection financière apportée par l'assurance maladie publique ou privée réduit considérablement le montant que les personnes paient directement pour les soins médicaux ; toutefois, dans certains pays, le poids de ces dépenses directes peut créer des barrières à l'accès aux soins de santé et à leur utilisation. Les ménages qui ont des difficultés à payer leurs factures médicales peuvent reporter à plus tard voire renoncer à des soins de santé dont ils ont besoin (Hoffman *et al.*, 2005; May et Cunningham, in Banthin *et al.*, 2008). En moyenne dans les pays de l'OCDE, 19 % des dépenses de santé sont réglées directement par les patients (voir l'indicateur 7.5 « Financement des soins de santé »).

Contrairement aux soins financés par des fonds publics, les dépenses directement supportées par les ménages reposent sur leur capacité à payer. Si le financement de ces soins devient plus dépendant des débours des patients, son poids se reporte, en théorie, sur ceux qui utilisent le plus ces services, éventuellement des personnes à hauts revenus vers les personnes à bas revenus si les besoins en soins sont plus grands dans cette dernière catégorie. Dans la pratique, de nombreux pays ont des exemptions et des plafonds pour les paiements directs au bénéfice des catégories à bas revenus afin de protéger l'accès aux soins. En Suisse, par exemple, la part des paiements directs est élevée mais il existe des exemptions de participation aux coûts pour les familles nombreuses, les bénéficiaires de l'aide sociale et autres catégories. Il existe un plafond annuel sur les franchises et sur la participation proportionnelle (Paris *et al.*, 2010).

On peut mesurer le poids des dépenses directes de santé soit en proportion du revenu total des ménages, soit en proportion de leur consommation totale. En 2010, la part moyenne a varié considérablement dans les pays de l'OCDE, représentant moins de 2 % de la consommation totale des ménages dans des pays comme la Turquie, les Pays-Bas, la France et le Royaume-Uni, mais plus de 5 % en Grèce et en Suisse (graphique 6.3.1). Les États-Unis, où près de 3.1 % de la consommation des ménages sont consacrés aux dépenses directes pour les services de santé, sont proches de la moyenne.

Les personnes plus âgées ou ayant des revenus plus modestes tendent à être plus malades et sont plus susceptibles d'avoir besoin de soins ; il est donc important de déterminer si la répartition des dépenses directes dans la population varie. Une étude transnationale réalisée dans onze pays de l'OCDE a montré qu'un niveau élevé de dépenses directes (défini par un montant supérieur à USD 1 000 par an) était inhabituel pour les personnes à bas revenus comme pour les personnes à revenus élevés au Royaume-Uni, en Suède et en France (Schoen *et al.*, 2010). Dans d'autres pays, les adultes ayant des revenus supérieurs à la moyenne sont plus susceptibles de faire état de dépenses directes élevées. En Suisse et aux États-Unis, les proportions d'adultes pauvres ayant un niveau élevé de dépenses directes sont importantes, s'établissant respectivement à 20 % et 29 % (graphique 6.3.2).

D'après une analyse des données de l'enquête Medical Expenditure Panel Survey aux États-Unis, 28 % des Américains vivant dans une famille pauvre (définie par un revenu familial au-dessous du niveau de pauvreté fédéral) dépensaient plus de 10 % de leur revenu familial après impôts en services de santé et en primes d'assurance maladie en 2004, contre 10 % des Américains vivant dans une famille à haut revenu (Banthin *et al.*, 2008). Parmi les personnes âgées aux États-Unis, les personnes à bas revenus paient le montant le plus élevé par rapport à leurs revenus, de dépenses directes composées pour l'essentiel de médicaments vendus sur ordonnance (Corrieri *et al.*, 2010).

En 2007, les ménages de la catégorie à faible revenu aux Pays-Bas consacraient 6.5 % de leur revenu disponible aux dépenses directes, alors que dans la catégorie des ménages à très haut revenu, la proportion était de 1.5 % (Westert *et al.*, 2010). En Turquie, les résultats de l'enquête sur le budget des ménages de 2006 soulignent le caractère assez progressif des dépenses directes, les familles pauvres consacrant 3.4 % de leur consommation finale pour des soins de santé alors que cette proportion est de 4.2 % pour les familles à hauts revenus (OCDE et Banque mondiale, 2008).

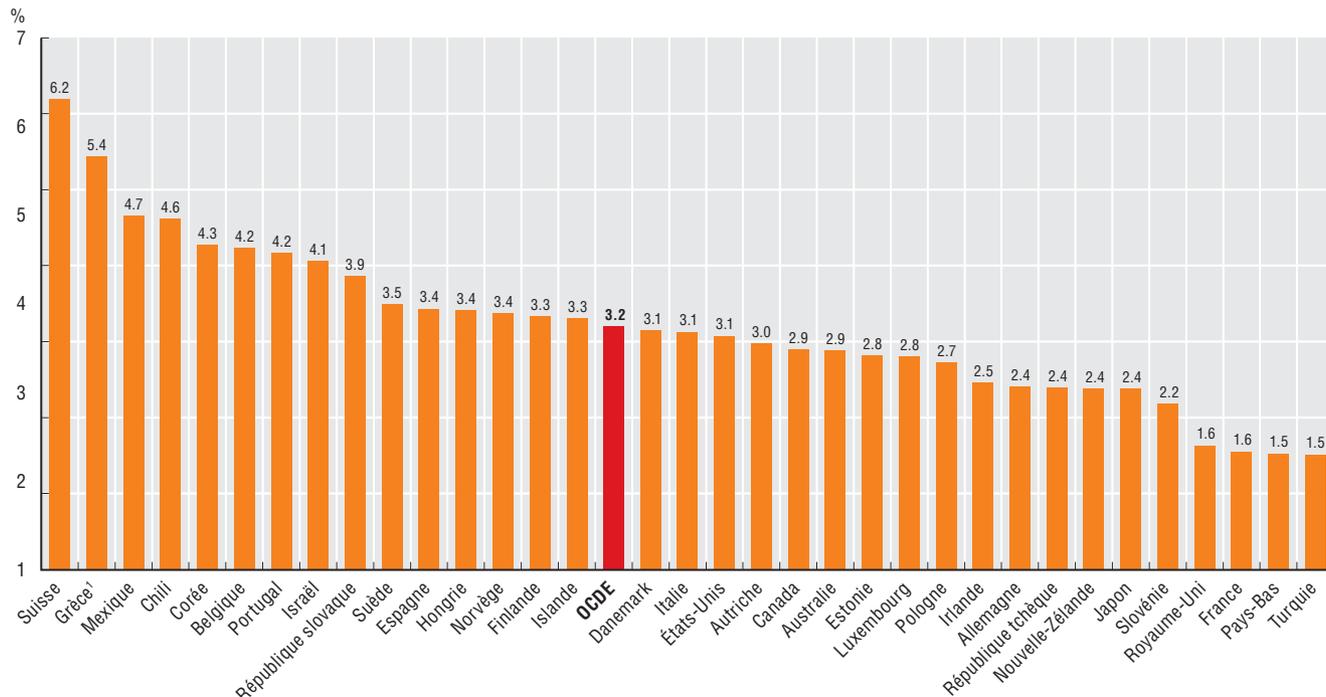
Dans les pays de l'OCDE, une petite proportion de ménages est confrontée chaque année à des dépenses de santé très élevées ou « catastrophiques » pouvant résulter d'une grave maladie ou d'un accident (WHO, 2010c). Les pays où les dépenses directes des patients représentent une proportion relativement forte des dépenses de santé tendent aussi à avoir une proportion relativement élevée de ménages frappés par des dépenses catastrophiques. Dans certains pays, la contribution imposée aux usagers peut avoir pour conséquence que les ménages à bas revenus renoncent aux soins de santé et, de ce fait, n'utilisent pas assez de services pour que leurs dépenses soient catastrophiques.

#### Définition et comparabilité

Les dépenses directes sont celles supportées directement par les patients quand l'assurance ne couvre pas du tout ou pas en totalité le coût d'un produit ou d'un service de santé. Cela inclut la participation du patient aux coûts, l'automédication et autres dépenses directes des ménages. Cela inclut également, dans certains pays, les estimations des paiements non officiels aux prestataires de soins.

Informations sur les données concernant Israël : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

### 6.3.1 Versements nets des ménages pour des soins de santé en pourcentage de leur consommation finale, 2009 (ou année la plus proche)

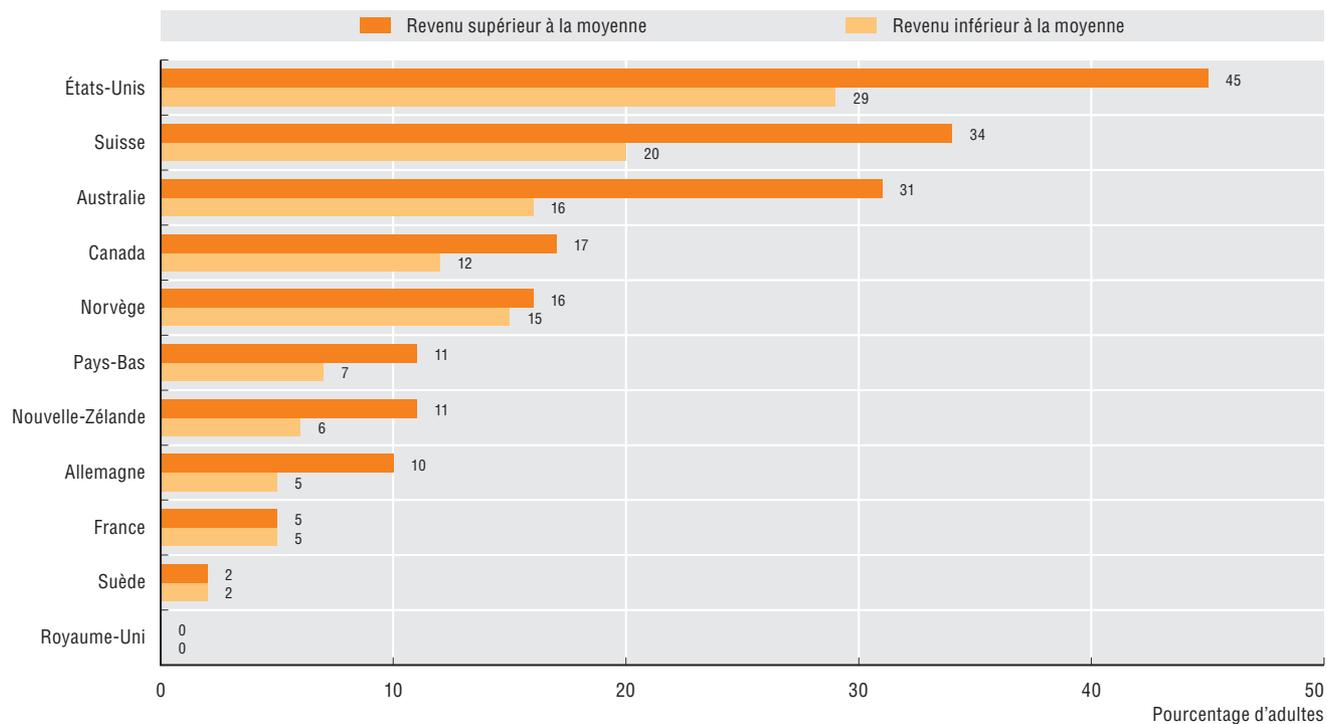


1. Total du secteur privé.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

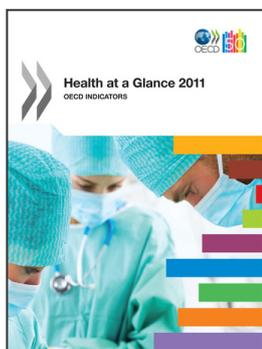
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932530245>

### 6.3.2 Coûts médicaux pour les ménages de 1 000 USD ou plus durant la dernière année, par niveau de revenu, dans onze pays de l'OCDE, 2010



Source : Schoen et al. (2010).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932530264>



Extrait de :  
**Health at a Glance 2011**  
OECD Indicators

Accéder à cette publication :  
[https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)

**Merci de citer ce chapitre comme suit :**

OCDE (2011), « Dépenses de santé à la charge des patients », dans *Health at a Glance 2011 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-54-fr](https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-54-fr)

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org). Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) [info@copyright.com](mailto:info@copyright.com) ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).