



VIE PERSO

Dépenses de santé : votre reste à charge s'alourdit

Après les médicaments, ce sont les frais de consultation de médecins et de certains actes médicaux qui augmentent au mois de mai. Voici comment ils sont facturés et quels assurés en sont exonérés. PAR pauline janicot

Il y a de petites dépenses qui finissent par peser lourd dans le budget des patients. Depuis le 15 mai, la participation forfaitaire, c'est-à-dire la contribution que paie chaque assuré lorsqu'il consulte un généraliste ou un spécialiste (voir le lexique p. 65), est passée de 1 à 2 € (*décret 2024-113 du 16.2.24, JO du 17 ; décision Uncam du 21.3.24, JO du 24*). Cette majoration s'ajoute au doublement de la franchise médicale (passée de 50 centimes à 1 €) sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires entrés en vigueur le 31 mars dernier.

Les remboursements par l'Assurance maladie se multiplient ces dernières décennies, avec l'objectif avoué de réaliser des économies. « Doubler les franchises médicales et les participations forfaitaires peut sembler insignifiant pour certains, mais ce sont des restes à charge qui s'ajoutent aux restes à charge », déplore Gérard Raymond, président de France Assos Santé, qui défend les droits des assurés. De plus, ces frais ne peuvent pas être pris en charge par les complémentaires santé (sauf dans de rares cas). Selon un sondage réalisé en avril 2024 par OpinionWay, 45 % des Français considèrent que ce n'est pas

aux patients de les payer. « Les patients y voient, logiquement, un effort financier supplémentaire pour eux dans un contexte de baisse de pouvoir d'achat, relève Pauline d'Orgeval, cofondatrice de Deuxiemeavis.fr, société permettant d'obtenir l'avis complémentaire d'un médecin spécialisé sur sa pathologie. Peut-être devrait-on leur indiquer le coût de leur prise en charge, non pas pour les culpabiliser, mais pour faire de la pédagogie, afin qu'ils aient conscience du système vertueux qui existe en France. » Ainsi, même s'il demeure le plus faible au monde, le reste à charge des Français (8,7 % des dépenses de santé en 2021, selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) augmente lentement mais sûrement.

Les patients davantage mis à contribution

Instaurée en 2004, la participation forfaitaire s'applique à tous les actes et consultations chez un médecin de ville, dans un établissement ou dans un centre de santé, ainsi qu'aux analyses de biologie médicale et aux examens radiologiques. En revanche, elle n'a pas à être payée en cas d'hospitalisation

ou lors d'une consultation chez un dentiste notamment. Elle concerne tous les patients âgés de plus de 18 ans, y compris ceux en arrêt de travail, les personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD) ou titulaires d'une pension d'invalidité. Certains assurés en sont toutefois exonérés, comme les mineurs (voir tableau ci-dessus). Cette participation est plafonnée à 4 € par jour et par professionnel de santé et à 50 € par an et par personne, toutes prestations confondues.

tarif conventionnel, alors qu'ils l'étaient à hauteur de 70 % auparavant (*décret n° 2023-701 du 31.7.23*). Le reste à charge est ainsi passé à 35 % ou 45 % pour le traitement d'une carie ou d'un détartrage.

Cette hausse des frais peut être assumée par votre complémentaire santé, si vous en détenez une. En revanche, ceux qui n'ont pas de mutuelle doivent payer la différence de leur poche.

Une offre de base sans reste à charge

Néanmoins, l'accès à certains appareils et équipements coûteux a été facilité par les pouvoirs publics. Le dispositif du 100 % santé, déployé progressivement entre 2019 et 2021, permet aux assurés de choisir parmi une gamme de lunettes, de prothèses dentaires et d'appareils auditifs sans reste à charge. Et ils sont globalement, de « bonne qualité », selon les professionnels et les associations d'usagers (voir le n° 1191 du *Particulier*, p. 70). Seule condition pour en bénéfi-

cier : détenir une complémentaire santé dite « responsable », c'est-à-dire qui respecte un cahier des charges fixé par décret (planchers et plafonds de remboursement), ce qui est le cas pour 95 % des offres. Notez que ce dispositif 100 % santé devrait être élargi à d'autres équipements onéreux comme les fauteuils roulants, fin 2024.

Les mutuelles revoient leurs tarifs

La montée en puissance du 100 % santé (plus de 10 millions d'assurés en ont bénéficié en 2022, selon le ministère de la Santé) et la prise en charge moins importante des soins dentaires par l'Assurance maladie pèsent sur les dépenses des assureurs et des mutuelles. Ces derniers ont répercuté ces coûts sur leurs cotisations, notamment celles des retraités qui ont parfois augmenté de 25 ou 30 % par an. « *Certains seniors renoncent à une complémentaire* », constate Myriam Saada, directrice de l'offre de l'assureur Solly Azar. Ces assurances couvrent pourtant tout ou partie des restes à charge

liés aux dépassements d'honoraires ou aux dépenses d'hospitalisation (forfait hospitalier, chambre individuelle...).

Selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, la différenciation des primes selon l'âge de l'assuré s'est creusée au fil des ans. « *C'est dû à la mise en place de l'accord national interprofessionnel, en 2013, qui a rendu obligatoire une complémentaire collective pour tous les salariés. Pour les contrats individuels, le risque est aujourd'hui mutualisé entre les seuls retraités* », note David Trohel, directeur communication du courtier Santiane. Pour offrir des tarifs plus compétitifs, certains assureurs proposent des contrats non responsables, dans lesquels ils définissent leurs règles de remboursements sans être contraints par la loi. Ils sont parfois plus abordables et mieux adaptés, mais étudiez bien les garanties. | ■

PAR PAULINE JANICOT

“ 2 750 € C'est le montant annuel moyen des dépenses médicales des Français. L'Assurance maladie en rembourse 82 %, le solde (490 €) est pris en charge par les complémentaires santé et les patients. Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

“ L'Assurance maladie a 5 ans pour récupérer les participations et les franchises médicales

Repères Bien comprendre les différents restes à charge



Ticket modérateur
C'est la partie de vos dépenses de santé qui reste à votre charge une fois que l'Assurance maladie a remboursé sa part. Il concerne tous les frais remboursables (consultation chez un médecin, analyses médicales, médicaments prescrits...). Dans certains cas,

vous n'avez pas à le régler (soins liés à une affection de longue durée, accident du travail ou maladie professionnelle...).

Remboursement possible par les complémentaires santé

Franchise médicale Montant forfaitaire de 1 € déduit des remboursements de la caisse d'assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (excepté dans le cadre d'une hospitalisation). Certains assurés en sont exonérés (les mineurs notamment).

Non remboursable par les complémentaires responsables

Participation forfaitaire

Montant de 2 € prélevé sur toutes les consultations ou les actes réalisés par un médecin, les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. Certains assurés en sont exonérés (les mineurs notamment). Non remboursable par les complémentaires responsables

Forfait hospitalier C'est la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien lors d'une hospitalisation. Elle s'élève à 20 € par jour (en hôpital ou clinique) ou 15 € par jour (dans un service psychiatrique d'un établissement de santé). Certains assurés n'ont pas à le payer (les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale d'État, notamment).

Remboursement possible par les complémentaires santé

Forfait patient urgences Toute personne qui se rend aux urgences sans être hospitalisée doit régler un forfait de 19,61 €. Il s'élève à 8,49 € pour certains assurés (en cas d'affection de longue durée, d'accident du travail ou de maladie professionnelle avec une incapacité inférieure aux deux tiers). D'autres en sont dispensés (femmes enceintes, donneurs d'organe, victimes d'actes de terrorisme...).

Remboursement possible par les complémentaires santé

