



## 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.



### Les franchises et participations forfaitaires

Dépenses	Montant	Maximum	
		Par jour	Par an
Boîte de médicaments	1 € <sup>(1)</sup> depuis le 31 mars 2024	Aucun	Aucun
Acte paramédical (consultation chez un kinésithérapeute...)	1 € <sup>(1)</sup> depuis le 31 mars 2024	4 €	50 €
Transport sanitaire	1 € <sup>(1)</sup> depuis le 31 mars 2024	8 €	Aucun
Consultation chez un médecin (généraliste et spécialiste)	2 € <sup>(1)</sup> depuis le 15 mai 2024	4 €	50 €
Examen radiologique et analyse de biologie médicale	2 € <sup>(1)</sup> depuis le 15 mai 2024	4 €	Aucun
Forfait hospitalier journalier	15 ou 20 € <sup>(1)</sup> depuis le 1 <sup>er</sup> janvier 2018	Aucun	Aucun
Participation forfaitaire pour certains actes lourds <sup>(2)</sup>	2 € depuis le 1 <sup>er</sup> janvier 2019	Aucun	Aucun
Forfait patient urgences	155 € <sup>(1)</sup> depuis le 1 <sup>er</sup> janvier 2022	Aucun	Aucun

(1) Si sont respectés les critères de bilan, les bénéficiaires de la complémentaire complémentaire ou de l'acte médical effectif, les bénéficiaires de 67 mois d'assurance maladie et les bénéficiaires de la complémentaire complémentaire ou de l'acte médical effectif et des personnes de moins de 16 ans qui ont un acte de médecine pour un forfait forfaitaire engagement (2) 23 14 pour un forfait forfaitaire engagement. 20 en hôpital ou à domicile. Certains actes lourds sont soumis aux conditions de l'Assurance Maladie (1) 1214. Certains actes lourds sont soumis aux conditions (1) 1014 pour un forfait forfaitaire. Certains autres sont soumis aux conditions, sous conditions.



Concrètement, elle est directement déduite du montant remboursé par l'Assurance maladie. Pour une consultation, ce remboursement dépend de plusieurs paramètres : le médecin (généraliste ou spécialiste), son conventionnement (secteur 1 ou 2) et le respect ou non du parcours de soins coordonnés. Par exemple, si vous consultez votre médecin traitant (généraliste de secteur 1), la Sécurité sociale prend en charge 70 % de la consultation à 26,50 €, soit 18,55 €. Mais avec la participation forfaitaire de 2 €, elle ne vous rembourse désormais que 16,55 €. Le solde (7,95 €), aussi appelé ticket modérateur, est assumé en partie ou en totalité par votre complémentaire santé, en fonction de son niveau de garantie.

C'est le même fonctionnement pour la franchise médicale. Créée en 2008, elle s'applique aux boîtes de médicaments

prescrits (allopathiques et préparations magistrales), aux actes rendus par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et podologues) ou encore aux transports sanitaires. Elle est plafonnée à 4 € par jour (8 € pour les transports) et à 50 € par an et par personne, toutes prestations confondues. Elle est payée par tous les assurés, sauf exceptions (voir tableau p. 63). En pratique, elle est directement déduite de vos remboursements. Par exemple, si vous achetez une boîte de médicaments à 10 € prise en charge par la Sécu à hauteur de 65 %, l'Assurance maladie vous réglera 5,50 € (soit 6,50 € - 1 €). La franchise médicale n'est jamais prélevée sur les médicaments qui ne sont pas remboursés. Son montant s'élève à 1 € par boîte ou toute autre unité de conditionnement (flacon, par exemple). Sachez que si le pharmacien vous délivre une boîte pour un traitement d'une durée de 3 mois, vous devrez régler 3 € de franchise s'il existe des conditionnements pour un mois.

### Gare aux délais si vous êtes au tiers payant

En pratique, les franchises médicales et participations forfaitaires sont déduites de vos remboursements. Mais si vous bénéficiez du tiers payant, c'est-à-dire si vous n'avancez pas les frais (ce qui est fréquent en cas d'affection de longue durée), elles seront déduites ultérieurement, lors d'un prochain remboursement quel qu'il soit (consultation,

examen radiologique...), pour vous-même ou l'un de vos ayants droit (enfant, conjoint...). Les franchises et participations forfaitaires peuvent aussi être récupérées sur les prestations d'assurance maladie (indemnités journalières, pension d'invalidité...). Il risque donc d'y avoir un décalage entre la date de l'acte et le moment où apparaît la déduction de la participation sur votre relevé de remboursements.

« L'Assurance maladie a 5 ans pour recouvrer les sommes, avertit Gérard Raymond. Si, malgré ce délai, elle ne parvient pas à le faire, elle vous enverra un courrier vous indiquant comment payer. » Ainsi, certains assurés peuvent se retrouver avec un montant élevé à régler en une seule fois. Pour éviter cela, France Assos Santé plaide pour que la possibilité de récupérer les franchises et les participations soit ramenée à 2 ans au maximum par l'Assurance maladie, et que le recouvrement non prélevé, en cas de dispense d'avance des frais, se fasse dès que le plafond de 50 € est atteint.

### Les soins dentaires moins bien remboursés

En plus de devoir supporter des restes à charge plus élevés, les assurés font face à de moindres remboursements pour certaines de leurs dépenses de santé. C'est le cas notamment pour les soins dentaires depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2023. Les frais d'honoraires des chirurgiens-dentistes et certains actes sont remboursés à hauteur de 65 ou de 55 % du

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

