



MARCHÉS

Comment limiter les dépassements d'honoraires ?

Savez-vous à quelle hauteur l'Assurance-maladie vous rembourse pour une consultation de médecin ? Ce montant dépend de plusieurs critères, comme le respect du parcours de soins coordonnés ou le secteur d'activité du praticien. Pour bénéficier d'un remboursement optimal, vous pouvez agir sur ces paramètres. C'est même fortement conseillé face à un reste à charge qui va encore s'alourdir puisque de nombreuses mesures sont désormais sur la table pour réduire le déficit de la Sécu (22 milliards d'euros estimés en 2025). Plusieurs rapports alertent aussi sur la hausse du nombre de spécialistes qui pratiquent des dépassements d'honoraires (56 % en 2024, contre 37 % en 2000, selon l'Assurance-maladie).

1 Pourquoi faut-il respecter le parcours de soins ?

C'est la première chose à faire pour être remboursé. « *Le parcours de soins coordonnés a été mis en place en 2004 dans le but de rationaliser les dépenses de santé et de lutter contre le nomadisme médical. Il prévoit le recours systématique à un médecin traitant que le patient doit choisir et déclarer à la Sécurité sociale* », explique Féreuze Aziza, conseillère à la mission assurance-maladie de France Assos Santé. Pour respecter ce parcours, vous devez consulter

d'abord votre médecin traitant. C'est lui qui va vous orienter vers un autre généraliste ou un spécialiste. Dans ce cas, l'Assurance-maladie prend en charge 70 % du tarif conventionnel, autrement dit la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale. Si vous souffrez d'une affection de longue durée (ALD) exonérante, vos consultations sont prises en charge à 100 %, dans le cadre de cette maladie uniquement.

Sans médecin traitant déclaré, l'Assurance-maladie applique une pénalité de 10,60 euros à chaque consultation. Le reste à charge est donc plus élevé, d'autant que la complémentaire santé ne rembourse pas cette différence si votre contrat est dit « responsable » (95 % des cas). « *Il n'y a aucune majoration si vous consultez un autre médecin pour une urgence, lors d'un déplacement ou si votre médecin traitant est remplacé* », précise Kilian Thomas, président de Reagjir, un syndicat de jeunes généralistes installés et remplaçants. Vous pouvez aussi consulter certains spécialistes sans passer par votre médecin traitant : ophtalmologue, gynécologue, stomatologue, chirurgien dentaire, ou psychiatre (pour les patients de 16 à 25 ans). Les moins de 16 ans peuvent consulter en accès direct un spécialiste sans majoration.

2 Quels médecins faut-il privilégier ?

Pour être remboursé le mieux possible, préférez un médecin conventionné de secteur 1 qui applique les tarifs de convention fixés par la Sécurité sociale et ne pratique pas de dépassements d'honoraires. Mais vous pouvez aussi vous tourner vers un médecin de secteur 2 adhérent à l'Option pratique tarifaire maîtrisée (Optam). Ce dispositif permet d'encadrer les dépassements d'honoraires. Le professionnel s'engage (sur la base du volontariat, moyennant des avantages fiscaux et sociaux) à ce que le tarif de sa consultation ne dépasse pas le double du tarif de convention fixé par la Sécu. « *Cela permet de limiter les dépassements tout en offrant des remboursements similaires à ceux des médecins de secteur 1* », souligne David Trohel, directeur de la communication du courtier Santiane.

Il est rare que les généralistes pratiquent les dépassements d'honoraires (95 % sont déclarés en secteur 1). Mais de plus en plus de spécialistes (cardiologues, gynécologues...), de chirurgiens ou d'anesthésistes y ont recours. Plus de la moitié des médecins de secteur 2 n'adhèrent d'ailleurs pas non plus à l'Optam. Ils fixent librement leurs tarifs et dépassements d'honoraires. « *Dans ce cas, la Sécu rembourse sur un*

tarif de base plus faible que si la consultation avait été réalisée chez un médecin de secteur 1 ou de secteur 2 signataire de l'Optam », avertit Féreuze Aziza.

3 Quelle prise en charge par sa mutuelle ?

Ils seront pris en charge par votre complémentaire santé si son taux de remboursement est

protecteur (200 % au minimum). Sinon, vous devrez payer la différence. Attention : une prise en charge à 100 % du tarif de convention ne signifie pas une prise en charge intégrale des dépenses réelles. Sachez à quoi vous attendre, enfin, si vous vous rendez chez un médecin de secteur 3, qui n'est pas conventionné. Ce professionnel peut appliquer des honoraires libres et facturer

des dépassements très élevés pour lesquels les remboursements de l'Assurance-maladie sont minimes (de 0,85 à 1,22 € pour une visite chez un spécialiste) et qui sont rarement pris en charge par la mutuelle.

PAULINE JANICOT ■

par Pauline Janicot

