



12/05/2009

# Le Sénat renonce à limiter les dépassements d'honoraires

**La limitation des dépassements d'honoraires des médecins prévue par la loi "Hôpital, patients, santé, territoire" (HPST) ne verra pas le jour. Les sénateurs ont renoncé à cette disposition lors de sa discussion le 12 mai. La Mutualité française rappelle que "les garanties des complémentaires santé des patients ne doivent pas justifier le montant des honoraires des médecins".**

Le projet de loi "Hôpital, patients, santé, territoires" (HPST) qui arrive le 12 mai au Sénat abandonne la limitation des dépassements d'honoraires des médecins. Après la levée de boucliers des blouses blanches contre cette mesure, les sénateurs font marche arrière.

Lors du débat à l'Assemblée nationale qui s'est tenu le 18 mars, les députés avaient voté un article qui permettait d'imposer à un établissement de santé privé de garantir aux patients une "proportion minimale d'actes facturés sans dépassement d'honoraires pour certaines disciplines ou spécialités".

Mais la réaction des médecins a été si vive que le gouvernement a renoncé à faire passer cette mesure par la loi, préférant "s'en remettre aux négociations entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins".

## "Avez-vous une bonne mutuelle ?"

Face à ce recul, la Mutualité française met en garde les patients contre une pratique visiblement de plus en plus courante des médecins. Au moment de payer la consultation, de nombreux praticiens demandent à leurs patients s'ils ont une bonne mutuelle. Ils ajustent ensuite le montant de leurs honoraires en fonction des garanties de la complémentaire santé de leurs patients.

"Le fait qu'un patient bénéficie d'une mutuelle qui couvrirait entièrement les dépassements ne saurait justifier à lui-seul une majoration d'honoraires", met en garde Daniel Lenoir. Le directeur général de la Mutualité française s'appuie sur un arrêt du Conseil d'Etat du 30 septembre 2005.

"Ce texte rappelle la notion de tact et mesure qui doit être pratiquée par le médecin au cas par cas", précise-t-il. Cette notion figure à l'article R 4127-53 du Code de la santé publique, qui stipule que "les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières".

Un récent décret du 30 décembre 2008 du Code de la Sécurité sociale vient préciser cette notion de "tact et mesure". Elle repose sur cinq critères : la situation financière de l'assuré, la notoriété du praticien, l'importance de l'acte médical, le service rendu au patient le pourcentage d'actes avec dépassement pratiqués pour une activité comparable par les professionnels exerçant dans le même département. Mais ce décret ne prévoit en aucun cas la prise en compte des garanties de la complémentaire santé des patients.

Ghislaine Trabacchi