

YANNICK MONNET
DÉPUTÉ DE L'ALLIER -
1ÈRE CIRCONSCRIPTION

JEAN-FRANÇOIS ROUSSET
DÉPUTÉ DE L'AVEYRON -
3ÈME CIRCONSCRIPTION

LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

10 propositions pour en sortir

AVEC L'APPUI DE
THIERRY BRETON,
INSPECTEUR GÉNÉRAL DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE VALENTINE TIZON

REMERCIEMENTS

Alors que nous arrivons au terme de cette mission consacrée aux dépassements d'honoraires, nous tenons à remercier Monsieur le Premier ministre pour la confiance qu'il nous a accordée en nous confiant ce travail d'évaluation et de proposition.

Nous remercions également Mesdames et Messieurs les ministres ainsi que leurs services et tout particulièrement le ministère de la Santé, ainsi que l'ensemble des administrations et organismes publics qui ont accompagné nos travaux.

Nos remerciements vont également à l'ensemble des personnalités auditionnées, représentants des professionnels de santé, des organismes complémentaires, des associations d'usagers et des institutions du secteur, dont les contributions ont permis d'enrichir nos réflexions et de nourrir des propositions équilibrées.

Nous souhaitons adresser tout particulièrement nos remerciements à nos collaborateurs parlementaires — Mélanie Carrere-Fontana, Nathalie de Grossouvre et Anaïs David — pour la qualité de leur engagement, leur rigueur et leur investissement constant tout au long de cette mission.

Nous exprimons également notre gratitude à Thierry Breton, inspecteur général des affaires sociales, et à Valentine Tizon, pour la qualité de leur appui, leurs analyses précieuses et leur accompagnement attentif.

Enfin, nous tenons à souligner le caractère pleinement transparent de cette mission, conduite dans un esprit de coopération et de responsabilité partagée. Ce travail collectif illustre notre volonté commune de dépasser les clivages pour renforcer l'équité, la transparence et la confiance dans notre système de santé.

Yannick Monnet
Député de l'Allier
1ère circonscription



Jean-François Rousset
Député de l'Aveyron
3ème circonscription



RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	RECOMMANDATIONS
1	Réduire les dépassements d'honoraires en les plafonnant
2	Rendre obligatoire l'OPTAM pour toute nouvelle inscription en secteur 2, et le réformer en profondeur pour le rendre plus efficace selon les principes suivants : 1. Instaurer un parcours pour les jeunes médecins qui devront, les 5 premières années, réaliser à minima 50% de leur d'activité à tarif opposable, et souscrire un engagement plus fort de modération des dépassements d'honoraires ; 2. L'OPTAM doit devenir un engagement pris par contrat, renouvelable tous les 5 ans sur décision du Directeur général de l'ARS. Le non-renouvellement se traduit par une inscription immédiate en secteur 1. Un professionnel de santé non renouvelé peut de nouveau demander le bénéfice du secteur 2 OPTAM dans un délai à fixer ; 3. Intégrer dans le calcul de la prime le taux de dépassements d'honoraires ; 4. Supprimer le partage de gains ; 5. Retenir le principe d'un euro d'OPTAM pour un euro de dépassement d'honoraires en moins.
3	Renforcer les obligations d'informations, en indiquant sur le site Ameli ainsi que sur les sites de prise de rendez-vous en ligne les dépassements pratiqués par chaque professionnel
4	Demander aux professionnels de santé exerçant en secteur 2 des contreparties en termes de participation à une démarche qualité, de réalisation de consultations avancées, de participation à la permanence des soins en cohérence avec leur spécialité et d'engagement en formation continue. Développer des indicateurs qualité permettant de mesurer les résultats obtenus par chaque professionnel de santé
5	Appliquer les sanctions en cas de dépassement excessif. A cet effet mettre en place une campagne annuelle visant à contrôler chaque médecin exerçant en secteur 2, et la faire connaître.
6	Finaliser la révision de la CCAM, puis la traduire dans la négociation conventionnelle, dans les conditions prévues actuellement. En complément, il convient : • En cas d'échec de la négociation dans un délai de 6 mois fixer les tarifs par la voie réglementaire ; • Simplifier la procédure d'adaptation de la CCAM pour inscrire un nouvel acte, supprimer un acte devenu caduque, ou réviser le tarif d'un acte ou d'un groupe d'actes dès lors que les conditions de production auraient changé, et prévoir un avenant annuel à la convention pour faire traduire ces évolutions dans les tarifs ; • Dès lors que la révision de la CCAM aura permis d'adapter les tarifs, baisser, voire supprimer, les primes de l'OPTAM versées aux professionnels de santé.
7	Ne plus rembourser les prescriptions en secteur 3
8	Envisager le relèvement des seuils de l'accès à la C2S, ainsi que la mise en place d'une procédure d'attribution automatique de la C2S gratuite à tous les bénéficiaires.

9	Réduire voire supprimer les dépassements d'honoraires sur les actes importants pour la santé des Français : 1. Forfaitiser les dépassements d'honoraires, voire les interdire, en cas d'actes et de consultation répétés dans le cadre d'un épisode de soins, ou pour certaines pathologies (type cancer par exemple) sur proposition de la HAS ; 2. Interdire les dépassements d'honoraires pour les actes et examens de prévention figurant dans une liste établie par la négociation conventionnelle, sur proposition de la HAS ; Conclure des accords avec les 4 spécialités (chirurgie, anesthésie, ophtalmologie, radiologie) qui représentent plus des deux tiers des dépassements d'honoraires afin de supprimer les dépassements d'honoraires pour les actes les plus importants, notamment dans la prise en charge des cancers.
10	Imposer aux organismes complémentaires de proposer deux options à leurs assurés, une sans prise en charge des dépassements d'honoraires, l'autre permettant à l'inverse de les prendre en charge complètement

SOMMAIRE

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
.....	3
.....	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	4
SOMMAIRE	6
SYNTHESE.....	8
PARTIE 1 : CONTEXTE.....	9
1.1 LA TARIFICATION DES MEDECINS ET LES CONDITIONS DE PRISES EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE S'ORGANISENT AUJOURD'HUI AUTOUR DE TROIS SECTEURS.....	9
1.2 AU CŒUR DES REVENDICATIONS DES MEDECINS, CE N'EST QU'EN 1971 QUE LA PREMIERE CONVENTION MEDICALE NATIONALE VIENDRA ENCADRER LA LIBERTE TARIFAIRE	10
1.3 EN 1990, FACE A SON DEVELOPPEMENT ET A SES EFFETS POTENTIELS SUR L'ACCES AUX SOINS LES AUTORITES CHERCHENT A LIMITER L'ACCES AU SECTEUR 2 ET COMMENCENT A POSER DES INTERDICTIONS.....	11
1.4 A PARTIR DE LA CONVENTION DE 2011, L'ORIENTATION PRISE EST CELLE D'OBTENIR MODERATION DES PRATIQUES TARIFAIRES GRACE A DES INCITATIONS FINANCIERES.....	12
1.4.1 La convention signée le 26 juillet 2011, et son avenant numéro 8, viennent poser quelques interdictions, mais surtout développer une stratégie de réduction des dépassements d'honoraires par les incitations financières	12
1.5 LA CONVENTION MEDICALE DE 2016 VIENT REMPLACER LE CONTRAT D'ACCES AUX SOINS PAR L'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE	16
1.5.1 L'OPTAM reprenant les engagements du contrat d'accès aux soins introduit un nouveau mode d'incitation des médecins.....	16
1.5.2 L'OPTAM CO est une option particulière seulement ouverte aux chirurgiens et aux gynécologies obstétriciens.....	18
1.6 LA CONVENTION MEDICALE 2024-2029 APPORTE QUELQUES EVOLUTIONS A L'OPTAM ET FIXE UN OBJECTIF D'AUGMENTATION DU NOMBRE DE MEDECINS AYANT CHOISI L'OPTION	18
PARTIE 2 : LES CONSTATS MONTRENT UNE AUGMENTATION DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES ET UN ESSOUFLEMENT DES DISPOSITIF DE MODERATION	20
2.1 L'AUGMENTATION DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES DEVIENT STRUCTURELLE	20
2.1.1 Elle résulte principalement d'une augmentation du nombre d'installations en secteur 2.....	20
2.1.2 Les dépassements d'honoraires sur les actes techniques sont les plus importants.....	22
2.2 CETTE AUGMENTATION RESULTE AUSSI DU NIVEAU DE REMUNERATION SOUHAITE PAR LES MEDECINS	22
2.2.1 Les médecins considèrent que les dépassements d'honoraires sont des compléments de revenu	22
2.2.2 Les dépassements d'honoraires créent des inégalités entre des médecins de même spécialité	23
2.2.3 Les dépassements d'honoraires sont très variables d'un territoire à l'autre	25
2.3 QUATRE SPECIALITES CONCENTRENT L'ESSENTIEL DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES.....	26
2.4 LES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES A L'HOPITAL NE REPRESENTENT QUE 2% DU TOTAL.....	26
2.5 LES MECANISMES DE REGULATION PEINENT A CONTENIR LES DEPASSEMENTS.....	27
2.5.1 Le tact et mesure est une notion floue	27
2.5.2 Les procédures pour dépassement excessif ne sont pas effectives.....	28
2.5.3 L'OPTAM est un dispositif utile mais dont les effets sont limités et semblent s'atténuer.....	28
2.6 UN IMPACT PROBABLEMENT SIGNIFICATIF SUR L'ACCES AUX SOINS	32
2.6.1 Les dépassements d'honoraires varient selon la situation des patients.....	32
2.7 LES INEGALITES TERRITORIALES DANS L'ACCES SONT REELLES.....	34
2.7.1 La répartition des spécialistes diffère d'un territoire à l'autre	34
2.7.2 Les inégalités territoriales marquent aussi les taux de dépassement	35
2.8 LA C2S EST UN DISPOSITIF PROTECTEUR MAIS QUI EST AFFAIBLI PAR LE TAUX DE NON-RECOURS ET LE MANQUE DE SANCTIONS	37

2.9	LA COUVERTURE DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES PAR LES COMPLEMENTAIRES DE SANTE EST INEGALE ET PARTIELLE	37
PARTIE 3 : AGIR EN 10 PROPOSITIONS		38
3.1	IL FAUT PLAFONNER LES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES	38
3.1.1	<i>L'impact sur le reste à charge, l'accès aux soins, l'attractivité et la rémunération des médecins impose d'agir sans supprimer les dépassements d'honoraires.....</i>	38
3.1.2	<i>L'inaction comme la suppression pure et simple des dépassements d'honoraires doivent être évitées</i>	38
3.2	C'EST AU PLAFONNEMENT DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES QUE NOUS APPELONS.....	39
3.2.1	<i>Un socle de mesures incontournables doit être mis en œuvre dans les meilleurs délais.....</i>	39
3.3	IL CONVIENT DE COMPLETER CE SOCLE PAR DES MESURES COMPLEMENTAIRES	43
ANNEXE 1 : LETTRES DE MISSION		45
.....		45
ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES		49
ANNEXE 3 : PART DU SECTEUR 2 PAR SPECIALITE		52
ANNEXE 4 : CONDITIONS D'ENTREE EN SECTEUR 2		54
ANNEXE 5 : REVUE DE LITTERATURE		57
1 LES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES EN FRANCE : ORIGINES, FONCTIONNEMENT ET EVOLUTIONS RECENTES		57
1.1	NAISSANCE ET CADRE REGLEMENTAIRE DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES.....	57
1.2	LE FONCTIONNEMENT TARIFAIRE DES SOINS MEDICAUX	58
1.2.1	<i>Globalement, le comportement tarifaire des médecins en secteur 2 semble à la fois influencé par des déterminants économiques et sociaux.....</i>	58
1.3	L'EVOLUTION QUANTITATIVE DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES	59
1.3.1	<i>La répartition selon les spécialités</i>	59
1.3.2	<i>La répartition territoriale</i>	60
1.3.3	<i>La répartition selon le type d'établissement.....</i>	61
2 LES IMPACTS DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES SUR TOUTES LES PARTIES PRENANTES.....		61
2.1	SUR LES PATIENTS	61
2.1.1	<i>Reste à charge et rôle des complémentaires santé</i>	61
2.1.2	<i>Le cas spécial des patients bénéficiaires de la C2S.....</i>	62
2.1.3	<i>Inégalités d'accès aux soins voire renoncement aux soins</i>	63
2.2	SUR LES MEDECINS	64
2.2.1	<i>Leur rémunération</i>	64
2.2.2	<i>L'exercice de leur activité.....</i>	66
2.2.3	<i>Les étudiants en médecine</i>	67
2.3	SUR LES COMPLEMENTAIRES SANTE	68
2.3.1	<i>Un acteur incontournable dans le financement de soins de médecins spécialistes.....</i>	68
2.3.2	<i>Un acteur aux dynamiques qui creusent des inégalités entre les patients.....</i>	69
3 LES MECANISMES ET REACTIONS POLITIQUES FACE AUX DEPASSEMENTS D'HONORAIRES		70
3.1	DES DISPOSITIFS ET PRINCIPES HISTORIQUES.....	70
3.2	DES DISPOSITIFS PLUS RECENTS MAIS LIMITES	70
3.2.1	<i>Le secteur optionnel, un projet abandonné.....</i>	70
3.2.2	<i>L'OPTAM, le dispositif de régulation principal</i>	71
4 BIBLIOGRAPHIE.....		72
ANNEXE 6 : ECARTS DE TAUX DEPASSEMENTS D'HONORAIRES AU SEIN DES SPECIALITES		74
ANNEXE 7 : REPARTITIONS DEPARTEMENTALES DES SPECIALITES SELON LE SECTEUR CONVENTIONNEL.....		75
ANNEXE 8 : EVOLUTIONS DE LA REPARTITION SECTORIELLE PAR SPECIALITE		81

SYNTHESE

Les dépassements d'honoraires, pratiqués dans le cadre du secteur 2 créé en 1980, sont un élément d'équilibre du fonctionnement du système d'assurance maladie français : ils ont permis d'alléger les dépenses de l'Assurance maladie tout en revalorisant la rémunération des médecins.

Toutefois, leur généralisation progressive chez les médecins spécialistes, engendre des effets délétères sur l'accès aux soins. Ils deviennent difficilement supportables pour une partie de la population qui ne les comprend pas, agissant comme un frein voire un facteur de renoncement aux soins, en accentuant les inégalités sociales et territoriales. Ils creusent aussi les écarts de revenus entre les spécialités et entre praticiens d'une même spécialité.

Devant leur augmentation inexorable, il y a eu plusieurs tentatives de régulation de ces dépassements depuis trente ans : la création du secteur 2 s'est accompagné de la formulation du principe du tact et mesure, le « gel » du secteur 2 en 1990, la mise en place du Contrat d'Accès aux Soins puis de l'Option de pratique tarifaire maîtrisée en 2016.

Ces efforts n'ont pas suffi à enrayer une augmentation qui est devenue structurelle. Le montant total des dépassements d'honoraires augmente d'année en année (4,5 Milliards d'euros en 2024) et les médecins sont toujours de plus en plus nombreux à s'installer en secteur 2 (3/4 des primo-installations en 2024). À ce rythme, nous pouvons craindre la disparition à terme du secteur 1, et la réduction très forte de l'offre de soins à tarif opposable, accentuant les difficultés d'accès au système de santé et les inégalités territoriales et sociales de santé.

Il est urgent d'enrayer cette dégradation.

C'est dans cette perspective que nous formulons les propositions suivantes. Après avoir examiné plusieurs scénarios, dont celui de l'interdiction totale des dépassements d'honoraires, nous privilégions in fine une approche pragmatique et centrée sur les difficultés rencontrées par les Français. L'objectif de réduction ne fait pas de doute, son atteinte passe le plafonnement de ces dépassements.

Nos propositions visent à développer l'offre à tarifs opposables pour les patients, quelle que soient la spécialité et le territoire. Nous considérons que l'avantage accordé d'exercer dans le secteur 2, d'y pratiquer des dépassements d'honoraires, doit être assorti de contreparties plus exigeantes pour répondre aux besoins de la population. Tous les professionnels doivent y participer. L'octroi de cet avantage doit être évocable.

La révision de la CCAM est essentielle. Les conditions qui ont été définies pour le faire n'appellent pas de commentaires de notre part. En revanche la traduction de cette révision dans les tarifs devra être faite sans délai, si nécessaire par la voie réglementaire.

A ces mesures systémiques, générales, dont nous ne doutons pas de l'efficacité, nous souhaitons ajouter des mesures spécifiques qui permettront de répondre encore plus précisément aux difficultés rencontrées par nos compatriotes. La forfaitisation des dépassements pour les maladies chroniques, leur interdiction pour les actes de prévention ou encore leur réduction voire leur suppression pour les actes importants pour la santé des Français, par exemple, dans la prise en charge des cancers nous paraissent essentielles pour améliorer l'accès aux soins et lutter contre les inégalités.

Enfin, la couverture complémentaire de santé, dont les bénéficiaires sont protégés des dépassements d'honoraires pourraient voir ses seuils de ressources, aujourd'hui assez bas (moins de 900 euros par mois pour une personne seule), relevés et son bénéfice étendu à de nouvelles catégories de personnes. De fait, une partie de la population en est exclue alors qu'elle n'est guère mieux lotie et connaît probablement les mêmes difficultés d'accès aux soins.

C'est donc à une réforme d'ampleur que nous appelons, pragmatique, ciblée, déterminée et s'appuyant sur la force de notre système de santé, la mobilisation de ses acteurs, de ses professionnels de santé, en donnant à la négociation toute sa place.

PARTIE 1 : CONTEXTE

En mai 2025, en raison de leur augmentation régulière, et de leur impact en particulier sur l'accès aux soins et le pouvoir d'achat des Français le Premier Ministre, M. François Bayrou, a souhaité engager une mission parlementaire sur les dépassements d'honoraires.

Par une lettre en date du 19 mai 2025 le Premier ministre nous a confié cette mission visant à « dresser un état des lieux précis et formuler des recommandations pour repositionner cette pratique dans le cadre actuel de notre système de santé, dans un contexte où les enjeux d'accès aux soins et d'équilibre financier sont au cœur des priorités du Gouvernement ».

Cette mission s'inscrit dans un calendrier resserré puisque le Premier ministre souhaitait que les propositions que nous serions amenés à formuler soient débattues à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

1.1 La tarification des médecins et les conditions de prises en charge par l'assurance maladie s'organisent aujourd'hui autour de trois secteurs

Trois secteurs qui définissent les tarifs que peuvent pratiquer les médecins, et les remboursements que les patients peuvent obtenir. Ainsi :

- Un médecin conventionné secteur 1 (près de 50 000 généralistes hors médecine à expertise particulière, environ 25 000 spécialistes), généraliste comme spécialiste, applique les tarifs de convention fixés par la Sécurité sociale et ne pratique pas de dépassements d'honoraires. Des majorations sont néanmoins applicables (visite au domicile par exemple). En contrepartie une partie des cotisations de sécurité sociale dont sont redevables les médecins sont prises en charge par l'assurance maladie ;
- Un médecin conventionné secteur 2 (plus de 30 000 spécialistes, et 1600 généralistes hors médecine à expertise particulière) fixe librement ses tarifs, « avec tact et mesure » et peut donc pratiquer les dépassements d'honoraires. Il a l'obligation d'afficher ses tarifs dans la salle d'attente ;
- Un médecin de secteur 3 (environ 800), médecin généraliste comme spécialiste, est dit non conventionné car il applique ses honoraires de façon entièrement libre et les dépassements peuvent être conséquents. Les médecins de secteur 3 accordent souvent des consultations longues. C'est le cas par exemple des psychiatres.

La Sécurité sociale ne rembourse que 70% du tarif conventionnel. Les dépassements d'honoraires facturés par un médecin de secteur 2 ne sont donc pas pris en charge par la Sécurité sociale, laissant un reste à charge plus ou moins important à l'assuré.

En secteur 1, la consultation d'un médecin généraliste est fixée à 30 € par la dernière convention, le remboursement par l'Assurance maladie est de 70 % (médecin traitant). Le remboursement par l'Assurance maladie est donc de 19 € une fois déduit le forfait de 2 €.

En secteur 2, la situation varie selon que le médecin est adhérent, ou non, à l'OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée, anciennement contrat d'accès aux soins). Adhérent à l'OPTAM, les dépassements d'honoraires sont autorisés mais limités à 100% du tarif conventionnel. L'Assurance maladie rembourse les patients sur la base des tarifs fixés dans la convention médicale (tarifs applicables aux médecins de secteur 1).

Le médecin de secteur 2 non adhérent à l'OPTAM fixe librement ses tarifs et peut donc pratiquer les dépassements d'honoraires de son choix, mais dans le respect du principe de « tact et mesure » inscrit dans le code de déontologie médicale

En secteur 3 le médecin n'adhère pas à la convention médicale. Il définit ses tarifs librement, sans aucun encadrement particulier. L'Assurance maladie rembourse les consultations et les actes sur la base d'un tarif dit d'autorité (de 0,43 euro à 0,61 euro pour une consultation de médecine générale, de 0,85 euro à 1,22 euro pour une consultation chez un spécialiste).

Il existe des exceptions à ces prises en charge par la sécurité sociale. En cas d'affection de longue durée (ALD) exonérante l'assurance maladie prend en charge l'intégralité du tarif conventionnel avec une exonération du ticket modérateur, mais pas des forfaits de participation. Mais, la couverture ne concerne pas les dépassements d'honoraires. Pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (qui remplace la Couverture maladie universelle – complémentaire (CMU-C) et l'Aide à la complémentaire santé (ACS)) il n'y a pas de reste à charge et les médecins ont interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires pour les patients concernés.

Dans tous les cas les dépassements d'honoraires restent à la charge des patients, qui peuvent le cas échéant en obtenir le remboursement par leurs assurances complémentaires selon des conditions contractuelles qui leur sont proposées.

1.2 Au cœur des revendications des médecins, ce n'est qu'en 1971 que la première convention médicale nationale viendra encadrer la liberté tarifaire

La liberté tarifaire est des un des éléments constitutifs de la médecine libérale française, et reste un élément de confrontation récurrent avec l'assurance maladie et l'État.

Très tôt les représentants des médecins ont fait du paiement à l'acte et de l'entente directe (liberté tarifaire) entre le médecin et son patient, un des principes majeurs, sans être le seul, de la médecine libérale. La mise en place d'un système d'assurance sociale couvrant les soins médicaux, qui vient prendre en charge tout ou partie des honoraires des médecins, fait émerger un troisième acteur, le financeur, et la question de leur régulation.

L'entente directe est justifiée par le corps médical comme la garantie pour le patient que le médecin n'agit que dans son intérêt. L'État ou l'assureur sont ainsi, implicitement, considérés, par les représentants des médecins, comme perturbant la relation médecin-patient et cherchant à faire jouer un primat économique sur les intérêts du patient.

C'est dans un contexte de défiance quant à la régulation naissante, et en défense du principe de l'entente directe, que la CSMF, principal syndicat des médecins, se constitue, en 1928, pour faire échec à la première loi d'assurance sociale.

Pour autant, la question de l'attitude à adopter face aux organismes de sécurité sociale n'est pas allée pas sans débat au sein du corps médical. La liberté tarifaire présente moins d'intérêt pour un médecin en contact régulier avec une clientèle modeste que pour la frange supérieure de la profession qui soigne une clientèle plus aisée. Même si le principe de liberté tarifaire continuera de prévaloir, ce débat sera à l'origine de plusieurs scissions avec la création de l'Union syndicale des médecins de France en 1961, devenue Fédération des médecins de France [FMF] en 1968, du SML en 1981, puis du Bloc en 2010.

S'il existait des conventions départementales auparavant, ce n'est qu'en 1971 que le principe de liberté tarifaire se voit encadrer dans un texte de portée nationale, notamment grâce à une intervention plus forte de l'État. En effet, c'est de la longue négociation engagée avant-guerre, profondément renouvelée par la création de la sécurité sociale au sortir de la deuxième guerre mondiale, que naît la première convention nationale qui prévoyait des tarifs conventionnels.

Mais, déjà, cette convention permettait deux types de dépassements d'honoraires quel que soit le secteur :

- Des dépassements, ponctuels, pour circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade. Ce dépassement qui ne peut être lié à un motif médical, est toujours possible ;

- Un droit à dépassement permanent (DP), fermé depuis, tenant à la qualité du praticien à du fait de ses titres universitaires ou hospitaliers, de son autorité médicale (à raison de ses fonctions hospitalières, de travaux personnels, soit de la durée d'exercice liée à la fréquentation d'un établissement hospitalier jouant un rôle d'enseignement, ou à l'appel habituel en consultation par des confrères de même discipline).

La question des dépassements d'honoraires est donc dès le début un des éléments de la négociation conventionnelle.

La création du secteur 2, à honoraires dits « différents », en 1980, intervient en réponse à une pression croissante des médecins pour obtenir l'augmentation des tarifs conventionnels. Sans effet sur les comptes de l'assurance maladie, mais au risque d'une dégradation de l'accès aux soins pour les patients, elle va ouvrir une brèche qui va permettre à un nombre croissant de professionnels de pratiquer des dépassements d'honoraires. Il est alors possible d'adhérer au secteur 2 tous les deux ans.

L'inscription au secteur 2 fait perdre l'avantage que représente la prise en charge des cotisations sociales par la sécurité sociale qui reste réservé au secteur 1, mais bien entendu les gains liés aux dépassements peuvent lui être supérieurs.

Aussi les dépassements d'honoraires jouent-ils un rôle important pour la médecine libérale, et dans ses relations de celle-ci avec le régulateur, comme un élément du compromis qui a permis de faire vivre le dispositif conventionnel.

La notion de tact et mesure

Lorsqu'il pratique des tarifs différents le praticien doit le faire avec tact et mesure, comme le prévoit le code de déontologie (art. 53). Selon l'ordre des médecins, le professionnel doit veiller à ce que la liberté tarifaire ne soit pas utilisée au détriment de l'accès aux soins. Le médecin pourra notamment invoquer le temps qu'il a consacré au patient, la complexité de l'acte voire sa propre notoriété. L'appréciation du bon respect du principe de la tarification avec tact et mesure relève de la justice ordinale. Les sanctions susceptibles d'être prononcées sont les sanctions disciplinaires habituelles, à l'exclusion de toute sanction financière.

On notera de ces deux premiers mouvements, que l'acceptation de la liberté tarifaire, d'une rémunération différente d'un médecin à l'autre, n'a qu'un rapport éloigné, en tout cas non explicite, avec la qualité des prestations délivrées.

1.3 En 1990, face à son développement et à ses effets potentiels sur l'accès aux soins les autorités cherchent à limiter l'accès au secteur 2 et commencent à poser des interdictions

- Des conditions de titre et d'expérience deviennent nécessaires pour pouvoir s'installer dans le secteur 2

Depuis, la réforme de 1990 introduisant des conditions d'expérience et de titre pour accéder au secteur 2 établit un lien, indirect mais réel, entre cette pratique et la qualité des soins dispensés.

En effet, dans les années 90, face à l'augmentation régulière des médecins inscrits en secteur 2, une première restriction est apportée. Ainsi, la convention médicale de 1990 prévoit le « gel » du secteur 2 : les médecins qui avaient déjà adhéré au secteur 2 continuent à bénéficier de la liberté tarifaire, mais désormais seuls les anciens chefs de clinique et anciens assistants des hôpitaux, notamment (cf. annexe 2) pourront, lors de leur première installation, opter pour le secteur 2.

Cette réforme a un impact très fort pour les médecins généralistes qui ne peuvent plus dorénavant adhérer au secteur 2, en raison de leur formation et de leur parcours qui ne supposent pas une telle expérience et l'obtention de tels titres.

Désormais le nombre de médecins généralistes en secteur 2 est résiduel. La question du secteur 2 devient avant tout la question des spécialistes, les médecins généralistes s'inscrivant massivement dans les tarifs conventionnels.

Plus largement, cette réforme a pu aussi créer un sentiment d'iniquité parmi les médecins entre ceux qui ont pu opter pour le secteur 2 et ceux qui ne le peuvent plus après 1990.

- La création de la CMU-C s'accompagne d'une interdiction, quel que soit le secteur, de pratiquer des dépassements d'honoraires.

En 1999, la loi relative à la CMU-C, vient restreindre la liberté tarifaire en interdisant aux professionnels du secteur 2 de pratiquer les dépassements d'honoraires pour les patients qui en bénéficient, sauf si la prise en charge des patients concernés est caractérisée par des exigences particulières.

1.4 A partir de la convention de 2011, l'orientation prise est celle d'obtenir modération des pratiques tarifaires grâce à des incitations financières

1.4.1 La convention signée le 26 juillet 2011, et son avenant numéro 8, viennent poser quelques interdictions, mais surtout développer une stratégie de réduction des dépassements d'honoraires par les incitations financières

Si la réforme de 1990 avait clairement cherché, et réussi s'agissant des médecins généralistes, à restreindre l'accès au secteur 2, à partir de 2011 l'action du régulateur ne vise plus à contenir le secteur 2 mais à limiter les pratiques de DH des médecins grâce à des incitations financières.

La logique d'interdiction est néanmoins complétée s'agissant des bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C, et cherche à encadrer les dépassements dits excessifs.

1.4.1.1 Elle prohibe les dépassements dits excessifs et protège les bénéficiaires de l'ACS

La convention de 2011 introduit un nouveau renforcement des dispositions conventionnelles autour des dépassements d'honoraires afin d'en limiter le développement.

Ainsi, elle introduit une nouvelle notion, celle des dépassements dits excessifs, pour couper court à des pratiques exagérées que les patients et leurs associations ont critiquées.

Elle prohibe ainsi les dépassements dits excessifs et les rend sanctionnables par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, mais dont la mise en œuvre n'a pas débouché sur des actions.

L'avenant numéro 8, conclu en octobre 2012, à la convention dispose ainsi dans son introduction que « si elles sont le fait d'une minorité de médecins libéraux, ces pratiques tarifaires atypiques nuisent à l'exercice libéral et doivent donc faire l'objet d'un dispositif conventionnel de régulation efficace comportant des sanctions suffisamment dissuasives ».

Dans le cadre d'une démarche visant à la disparition rapide des pratiques tarifaires excessives, les commissions paritaires régionales auront à leur disposition un ensemble de critères de sélection au sein desquels le taux de dépassement à 150 % du tarif opposable pourra servir de « repère ». Ainsi, sans fixer un taux précis, la convention fixe un repère, 150%, autour duquel il est possible d'apprécier le caractère excessif d'une pratique tarifaire.

Une pratique tarifaire excessive des médecins exerçant en secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent correspond à un manquement qui est sanctionnable.

La convention indique également que le caractère excessif des pratiques tarifaires s'apprécie au regard des critères suivants :

- Le rapport entre la somme des honoraires facturés aux assurés sociaux au-delà du tarif opposable et la somme des tarifs opposables des soins délivrés par le médecin (taux de dépassement) ;
- Le taux de croissance annuel du rapport ci-dessus ;
- La fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués ;
- Le dépassement moyen annuel par patient ;
- L'appréciation tient compte de la fréquence des actes par patient, du volume global de l'activité du professionnel de santé ainsi que du lieu d'implantation du cabinet et de la spécialité. Elle tient également compte des niveaux d'expertise et de compétences.

La CPAM qui constate, de la part d'un médecin exerçant en secteur à honoraires différents ou titulaire d'un droit à dépassement permanent, des dépassements potentiellement excessifs, lui adresse un avertissement.

Les sanctions peuvent consister en la suppression de la possibilité de pratiquer des tarifs différents, des dépassements permanents, ou la suppression de la participation des caisses aux avantages sociaux pour le secteur 1, ou d'un montant équivalent pour ceux qui exerceraient en secteur 2.

Le directeur général de l'UNCAM définit les principes de la sélection des médecins susceptibles de relever de la procédure de sanction applicable aux pratiques tarifaires excessives au sens de l'article 75 de la convention. Dans ce cadre, il recueille l'avis de la commission paritaire nationale (CPN) visée à l'article 70 de la convention. Cette commission rend son avis dans un délai d'un mois à compter de sa saisine. A défaut d'avis dans ce délai, l'avis de la CPN est réputé rendu.

Par ailleurs, la convention interdit, sous peine de sanctions, la pratique des dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) nouvellement créée. En outre le non-respect du droit à la dispense d'avance des frais au profit des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS y est aussi déclaré sanctionnable.

1.4.1.2 Des dépassements plafonnés sont autorisés en cas d'exercice non coordonné y compris pour le secteur 1

La convention autorise des dépassements en cas d'exercice non coordonné. Le médecin spécialiste conventionné en secteur à honoraires opposables peut pratiquer un dépassement autorisé plafonné (DA) dans le cas où un patient le consulte sans avoir été orienté par son médecin traitant. Il informe le malade du montant du dépassement autorisé, non remboursé par l'assurance maladie, et lui en explique le motif. Ce dépassement ne peut se cumuler avec un dépassement pour exigence particulière du patient (DE).

Ces dépassements sont plafonnés, pour les actes cliniques et techniques, de manière que le montant facturé n'excède pas de plus de 17,5 % la valeur des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

1.4.1.3 Un secteur optionnel était envisagé, autorisant les médecins à pratiquer des honoraires différents sous certaines conditions, mais il n'a pas été mis en œuvre

Ce secteur optionnel devait être ouvert, à la date d'entrée en vigueur de la convention, aux médecins titulaires du droit à dépassement permanent, aux médecins titulaires des titres permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral. Il était prévu que le médecin qui y adhère au secteur optionnel s'engage :

- à réaliser au moins 30 % de ses actes au tarif opposable;

- à facturer les autres actes uniquement avec des compléments d'honoraires inférieurs ou égaux à 50 % de la base de remboursement de l'acte ;
- à remettre au patient une information détaillée préalable à l'intervention;
- à réaliser un volume annuel d'actes suffisant, permettant d'assurer un niveau raisonnable de sécurité des soins;
- à mettre en œuvre lorsqu'ils seront définis par la Haute Autorité de Santé les référentiels et les outils de suivi sur la pertinence des indications et la qualité des actes ;
- à s'engager dans un processus d'accréditation.

En contrepartie, les caisses d'assurance maladie participaient au financement des cotisations sociales dues par le médecin adhérent au secteur optionnel au titre de ses honoraires sans dépassements.

Les soins réalisés par les médecins adhérents bénéficieraient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

Les partenaires conventionnels se fixaient pour objectif d'atteindre à l'issue des trois ans de durée de l'option une offre à tarif opposable et maîtrisé à hauteur de 80 % pour l'anesthésie et de 55 % pour la chirurgie. Le taux pour l'obstétrique devait être complété plus tard.

L'avenant qui devait venir préciser la mise en œuvre de ce secteur ne semble pas avoir été pris, et l'option qui était ouverte pour trois ans n'a pas été reconduite lors des négociations ultérieures.

1.4.1.4 Un contrat d'accès aux soins est créé pour encourager la modération dans les dépassements d'honoraires et le développement de l'activité à tarif opposable

Se fixant pour objectif de développer l'activité à tarifs opposables, afin de réduire le reste à charge des patients, l'assurance maladie s'engage, dans ce contrat, d'une part, à aligner les tarifs de remboursement de ces médecins sur ceux exerçant en secteur à honoraires opposables et, d'autre part, à faire bénéficier les médecins souscrivant au contrat d'accès aux soins des revalorisations des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur 1.

Le contrat d'accès aux soins s'applique aux nouveaux installés comme aux anciens, dès lorsqu'ils disposent des titres conditionnant l'accès au secteur 2 tels qu'introduit par la réforme de 1990.

En adhérant au contrat d'accès aux soins, le médecin s'engage à ne pas augmenter sa pratique tarifaire et à respecter le taux de dépassement moyen qui ne peut pas être supérieur à 100 %.

Le contrat comporte, par ailleurs, dans un souci d'amélioration d'accès aux soins, le pourcentage d'activité aux tarifs opposables que le praticien s'engage à respecter qui doit être supérieur ou égal à celui constaté pour l'année 2012.

En contrepartie, la CNAM participe aux cotisations à hauteur de 9,7% concernant l'assurance maladie, la maternité et le décès, 5% concernant les allocations familiales dans limite du plafond de la sécurité sociale, puis 2,9% ; et concernant la vieillesse 2/3 de la cotisation forfaitaire du médecin concernant la cotisation annuelle obligatoire, et 2/3 de la cotisation fixée par décret dans la limite de 5 fois le plafond de la sécurité sociale.

Pour accompagner ce mouvement, une action est engagée auprès des complémentaires pour assurer la prise en charge des dépassements d'honoraires

L'UNOCAM s'engage à inciter les organismes complémentaires d'assurance maladie, lorsque les garanties ou les contrats le prévoient, à prendre en charge de façon privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérant au contrat d'accès aux soins pendant la durée de celui-ci.

Le décret du 21 mars 2012 impose aussi une prise en charge des dépassements dans les contrats d'assurance maladie complémentaire. Ainsi pour bénéficier des aides fiscales et sociales afférentes aux contrats « responsables », les contrats d'assurance maladie complémentaire doivent prendre en charge l'intégralité des dépassements d'honoraires encadrés des médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation ayant opté pour l'option de coordination (parcours de soins coordonnés) prévue par la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 26 juillet 2011 dans sa version résultant de l'arrêté du 21 mars 2012 ayant porté à 50 % du tarif opposable de la sécurité sociale le montant des dépassements autorisés pour ces trois spécialités concernant les actes techniques.

A noter que les médecins du secteur 1, dit bloqués car n'ayant pas pu faire le choix du secteur 2 avant la réforme de 1990, peuvent opter pour le contrat d'accès aux soins, et donc pratiquer des dépassements d'honoraires. Leur taux de dépassement ne doit pas être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatés pour les médecins éligibles au contrat d'accès aux soins de la même spécialité et de la même région ; leur part d'activité à tarif opposable obéit aux mêmes règles sans pouvoir être inférieure à 30 %.

- Les hausses de tarifs ne doivent bénéficier qu'aux patients

Enfin, le contrat d'accès aux soins prévoit que le taux de dépassement constaté sur l'année 2012 est recalculé sur la base des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables. En adhérant au contrat d'accès de soins, le médecin s'engage à respecter ce taux recalculé. Pendant la durée du contrat, ce taux est recalculé en fonction des évolutions des tarifs de remboursement. Compte tenu de l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins, les hausses tarifaires applicables au tarif opposable bénéficient intégralement au patient par l'amélioration de sa base de remboursement, le patient profitant alors d'une diminution équivalente du dépassement. Dans ce cas, un avenant au contrat d'accès aux soins est soumis au médecin adhérent, dans lequel figure le taux de dépassement recalculé avec les nouveaux tarifs de remboursement.

Un second dispositif de sanction a été mis en place par voie réglementaire (décret n° 2020-1215 du 2 octobre 2020), en complément des sanctions ordinales déjà évoquées. Désormais le directeur de la CPAM a, à la suite de la réunion d'une commission de conciliation avec le professionnel de santé et le plaignant où les ordres sont présents, le pouvoir de prononcer des pénalités financières contre un médecin en cas de dépassements d'honoraires contraires au principe du tact et de la mesure. Le décret prévoit « Le respect du tact et de la mesure s'apprécie notamment, dans le cadre du présent article, au regard de la prise en compte dans la fixation des honoraires de la complexité de l'acte réalisé et du temps consacré, du service rendu au patient, de la notoriété du praticien, du pourcentage d'actes avec dépassement ou du montant moyen de dépassement pratiqués, pour une activité comparable, par les professionnels de santé exerçant dans le même département ou dans la même région administrative ».

1.5 La convention médicale de 2016 vient remplacer le contrat d'accès aux soins par l'option pratique tarifaire maîtrisée

Le contrat d'accès aux soins est désormais remplacé par deux options, une option dénommée option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) applicable à l'ensemble des médecins et une option dénommée option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) applicable aux médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou une spécialité de gynécologie-obstétrique.

Peuvent adhérer à l'option :

- les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ;
- les médecins titulaires des titres permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral en secteur à honoraires différents ;
- les médecins titulaires du droit à dépassement permanent.

Par dérogation, les médecins titulaires des titres nécessaires et installés antérieurement au 1er janvier 2013 en secteur à honoraires opposables peuvent adhérer à l'option pratique tarifaire maîtrisée.

1.5.1 L'OPTAM reprenant les engagements du contrat d'accès aux soins introduit un nouveau mode d'incitation des médecins

Le médecin qui souscrit l'option s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins.

En adhérant à l'option, le médecin s'engage à respecter le taux de dépassement moyen qu'il a pratiqué pendant la période de référence (2013, 2014, 2015, à l'époque ; 2022-2023 depuis la dernière convention), et qui ne peut être supérieur à 100 %, reprenant ici les engagements du contrat d'accès aux soins.

Les médecins nouvellement installés depuis moins d'un an qui ne disposent pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention peuvent adhérer à l'option. Dans ce cas, le taux de dépassement applicable ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatés pour les médecins éligibles à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés sur la période de référence de la même spécialité et de la même région, à l'exception des spécialités d'anatomie-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux national est retenu.

L'option comporte, dans un souci d'amélioration d'accès aux soins, le pourcentage recalculé d'activité aux tarifs opposables que le praticien s'engage à respecter qui doit être supérieur ou égal à celui constaté.

- Cas particulier des médecins ayant une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Par dérogation, pour la fixation des taux d'engagement dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable réalisée au sein de ces structures.

Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures dans lesquelles il exerce précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours des trois années civiles précédant l'entrée en vigueur de la présente convention.

Les taux d'engagement dans l'option sont fixés en tenant compte à la fois de la pratique tarifaire, de l'activité réalisée en cabinet de ville libéral, au cours des trois dernières années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention et de l'activité au sein des structures sur la même période.

- Cas particulier des médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 n'exerçant pas dans le secteur à honoraires différents ou non titulaire du droit permanent à dépassement et installés en secteur à honoraires opposables avant le 1er janvier 2013

Le taux de dépassement applicable à ces médecins ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement, constatée pour les médecins éligibles à l'option de la même spécialité et de la même région sur la période de référence à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie et de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux national est retenu.

La part d'activité à tarif opposable est fixée selon les mêmes règles sans pouvoir être inférieure à 30%.

Comme pour le contrat d'accès aux soins, les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

Mais, afin de valoriser l'activité à tarif opposable réalisée par les médecins adhérant à l'option, est mise en place une rémunération spécifique au profit des médecins du secteur à honoraires différents ayant respecté les engagements de leur option souscrite.

Cette rémunération est calculée de la manière suivante :

- Est appliqué un taux sur les honoraires réalisés à tarifs opposables correspondant au taux de cotisations moyen sur les trois risques, maladie maternité décès, allocations familiales et allocation supplémentaire vieillesse. Ce taux varie en fonction de chaque spécialité ;
- Le montant résultant de l'application de ces taux sur le montant total des honoraires à tarifs opposables réalisé annuellement (année N) par le médecin est versé chaque année au médecin au moment de la vérification du respect de ses engagements contractuels (en juillet de l'année N+1);
- La rémunération est dégressive en fonction du niveau de respect des engagements. Les médecins pour lesquels il y a un faible écart entre le taux réel et leurs engagements contractuels bénéficient d'une rémunération mais minorée de 10% pour un écart de 1 à 2 points entre l'objectif et le taux constaté, voire supprimée pour un écart supérieur à 5 points.

La convention de 2016 et l'OPTAM rompent dans le principe avec le contrat d'accès aux soins. Alors que le contrat d'accès aux soins prévoyait que les augmentations bénéficiaient totalement au patient pour réduire son dépassement, désormais les revalorisations sont partagées à part égale avec les professionnels de santé.

Les hausses des tarifs sont désormais partagées entre les patients et les professionnels de santé

Ainsi, la convention prévoit que « l'augmentation des tarifs de remboursement bénéficie à la fois aux patients en améliorant la prise en charge des soins et aux médecins qui, tout en réduisant leur taux de dépassement, doivent pouvoir conserver une certaine latitude dans la fixation de leurs tarifs, un avenant à l'option est soumis aux médecins adhérant à chaque hausse de tarifs de remboursement pendant la durée de la convention ».

Ainsi, les médecins qui respectant strictement leurs engagements pourront désormais réintégrer 50% du montant de la revalorisation de la base de remboursement dans le tarif total de l'acte facturé au patient tout en respectant leurs nouveaux engagements, (40% pour un non-respect entre 1 et 5 points). Les médecins qui ne respectent pas leurs objectifs avec un écart de plus de 5 points ne pourront pas revaloriser leur tarif.

Ce mécanisme revient ainsi à permettre au médecin de secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM de reporter une partie des augmentations de tarifs opposables sur leurs propres tarifs.

1.5.2 L'OPTAM CO est une option particulière seulement ouverte aux chirurgiens et aux gynécologies obstétriciens

L'option est ouverte aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique ayant réalisé au moins 50 actes inscrits sous l'appellation "acte de chirurgie" ou "acte d'obstétrique" sur la liste mentionnée aux articles L. 162-1-7 et R. 162-52 du code de la sécurité sociale durant l'année précédant leur demande d'adhésion à l'option.

En sus des dispositions applicables à l'OPTAM, l'OPTAM-CO prévoit la possibilité pour les professionnels concernés de relever à 20% le niveau de la majoration forfaits modulables (modificateur K) applicable aux actes de chirurgie et aux actes d'accouchements, à l'instar de ce qui est pratiqué pour les médecins exerçant en secteur à tarif opposable, mais avec un modificateur inférieur.

1.6 La convention médicale 2024-2029 apporte quelques évolutions à l'OPTAM et fixe un objectif d'augmentation du nombre de médecins ayant choisi l'option

Les taux d'engagement de l'option sont désormais calculés sur la base de l'activité réalisée sur la période 2022 et 2023. Cette période constitue la nouvelle période de référence pour toute la durée de la nouvelle convention. Pour mémoire, la précédente période de référence couvrait les années 2013, 2014 et 2015.

Le partage de gains, qui consiste à faire bénéficier les professionnels de santé adhérents à l'OPTAM d'une partie des revalorisations tarifaires des actes lorsque ceux-ci voient leur base de remboursement évoluer, est maintenu. Les médecins dont les derniers résultats connus témoignent d'un niveau de respect strict bénéficieront d'un partage de gains de 60 % (contre 50 % dans la convention précédente), 40% pour un non-respect entre 1 et 5 points, et pas de partage pour un non-respect supérieur à 5 points.

La convention médicale fixe un objectif d'augmentation du nombre de médecins affiliés à l'OPTAM de 5% par an.

La nouvelle convention précise néanmoins que pour chacun des deux taux d'engagements (taux de dépassement et taux d'activité à tarifs opposables), le taux constaté est comparé au taux d'engagement. Lorsque le médecin n'a atteint aucun de ses deux taux d'engagements, alors le respect est mesuré en additionnant les deux écarts. Lorsque le médecin n'a atteint qu'un des deux taux d'engagements de son option, alors le respect est mesuré uniquement sur le taux d'engagement qui n'a pas été respecté, sans que le taux d'engagement qui a été atteint ne puisse venir compenser le taux non atteint.

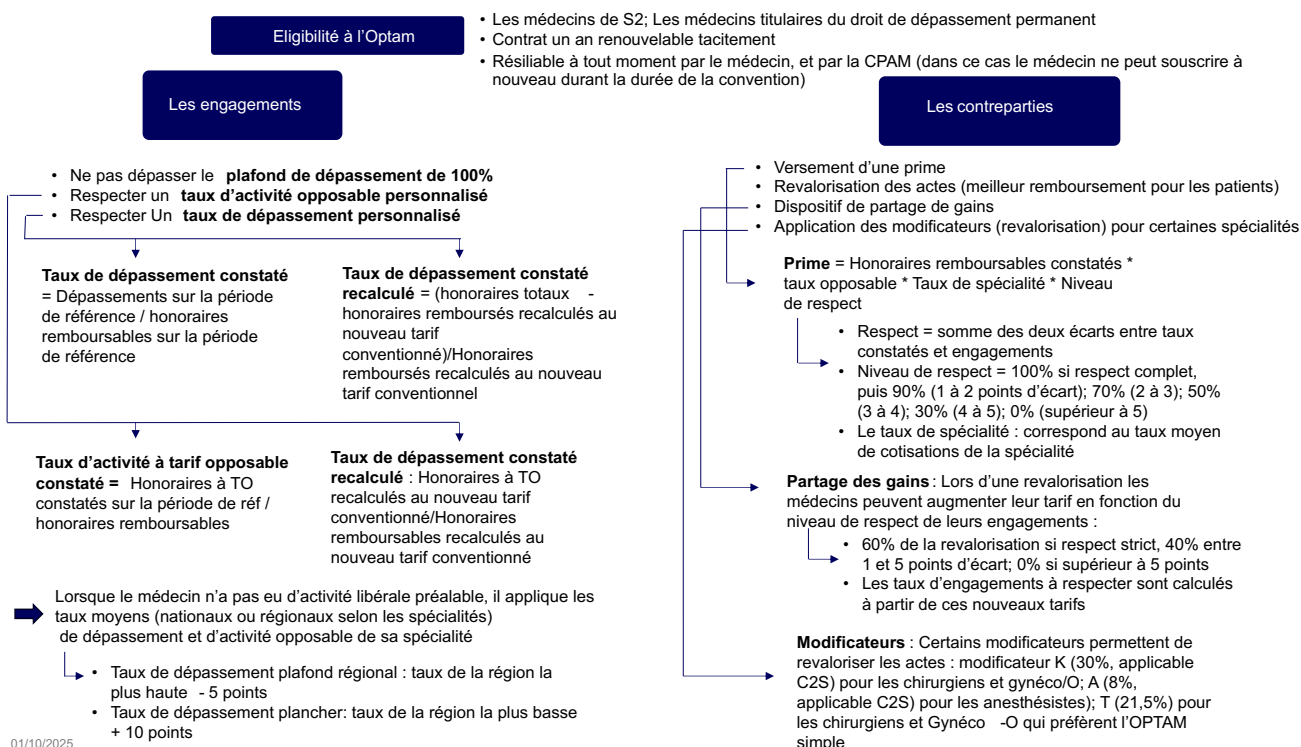
- Création d'un modificateur pour les anesthésistes adhérents à l'OPTAM-ACO

À compter du 1er janvier 2025, pour les médecins anesthésistes, un modificateur applicable à leurs actes d'anesthésie est prévu. Il est fixé à 8% pour les anesthésistes en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM-ACO et à 12% pour les anesthésistes exerçant en secteur à honoraires opposables.

Par dérogation, les anesthésistes autorisés à pratiquer des honoraires différents et ceux ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée pourront coder ce modificateur à 8 % pour les actes dispensés à tarifs opposables aux bénéficiaires de la couverture santé solidaire (C2S), sans ou avec participation financière, ou pour les actes dispensés en urgence.

Pendant la durée des options, les hausses des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin. Cet avenant comporte le taux de dépassement et le taux d'activité réalisée à tarif opposable recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement modifiés conformément aux dispositions ci-dessous.

Synthèse du dispositif OPTAM en 2025



01/10/2025

23

Source : convention médicale, FAQ CNAM, présentation mission

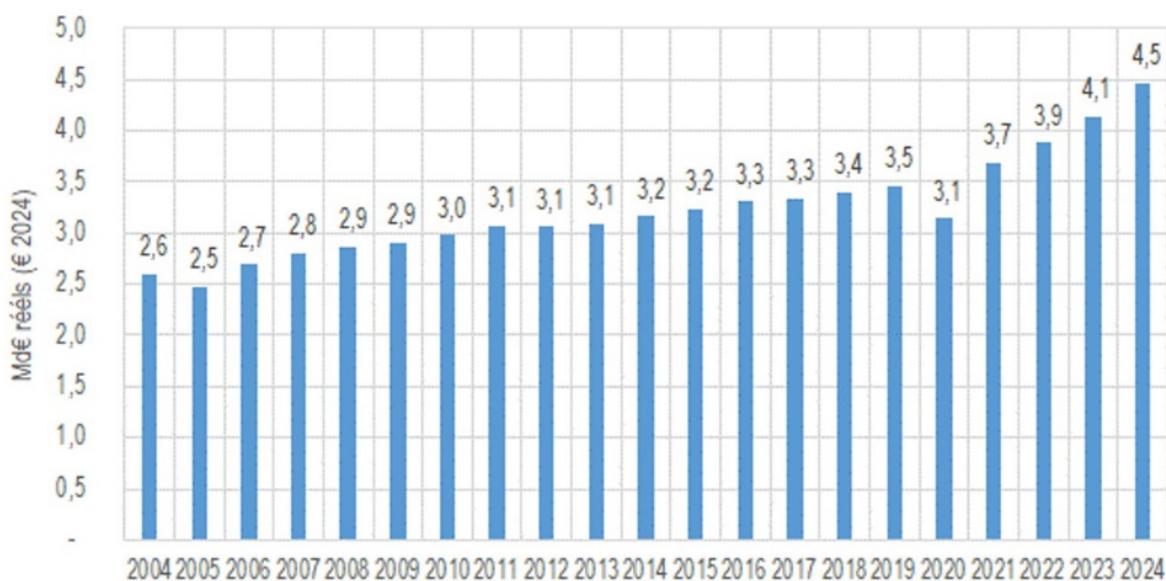
PARTIE 2 : LES CONSTATS MONTRENT UNE AUGMENTATION DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES ET UN ESSOUFLEMENT DES DISPOSITIF DE MODERATION

2.1 L'augmentation des dépassements d'honoraires devient structurelle

2.1.1 Elle résulte principalement d'une augmentation du nombre d'installations en secteur 2

En 2024, le montant total des dépassements d'honoraires atteint 4,5 Mds d'euros avec une rupture marquée depuis la crise sanitaire du COVID-19. Alors que le montant avait modérément évolué entre 2010 et 2019 (+2% par an), on assiste à une hausse très significative depuis 2021 (+7%/an).

Figure 21 : Montant total des dépassements d'honoraires depuis 2003 (Md€ réels, €2024)



Source : SNIIRAM

L'augmentation du volume des dépassements d'honoraires est principalement tirée par celle du nombre d'installations en secteur 2, qui a été permise par l'élargissement progressif des titres d'accès à ce secteur.

Aujourd'hui, les jeunes médecins privilégient une primo-installation en secteur 2 au détriment du secteur 1 qui perd en attractivité. A titre d'exemple, 87 % des chirurgiens, 85 % des anesthésistes et 89 % des gynécologues-obstétriciens s'installent en secteur 2. Cette dynamique s'étend à d'autres spécialités puisque la part des médecins, toutes spécialités confondues, choisissant le secteur 2 pour leur première installation est passée de 64% à 75% entre 2000 et 2024.

Par conséquent, la répartition des médecins par secteur de conventionnement a évolué en faveur du secteur 2 : la part de médecins spécialistes en secteur 2 est passée de 37% en 2000 à 56% en 2024, avec une nette accélération de ce taux depuis 2017 puisqu'il a augmenté de 10 points entre 2017 et 2024. C'est donc à une hausse continue des installations en secteur 2 que nous assistons dont nous pouvons craindre qu'il devienne la norme chez les spécialistes, et que le secteur 1 disparaisse progressivement.

Répartition des médecins spécialistes selon le secteur de conventionnement en 2023

	Part secteur 1	Part secteur 2		Part non conventionnée
		Avec OPTAM	Sans OPTAM	
Allergologues	72,62%	9,13%	17,49%	0,76%
Anesthésistes	35,91%	30,04%	33,97%	0,08%
Cardiologues	70,69%	18,59%	10,68%	0,04%
Chirurgiens	13,99%	45,36%	39,91%	0,74%
Dermatologues	49,92%	15,21%	33,54%	1,34%
Endocrinologues	33,61%	35,97%	29,72%	0,71%
Gynécologues	24,49%	40,43%	34,86%	0,23%
Hépto-gastro-entérologues	47,97%	30,32%	21,66%	0,05%
Médecins généralistes hors MEP	96,02%	2,15%	0,97%	0,85%
Médecins nucléaires	90,81%	7,48%	1,71%	0,00%
Médecins pathologistes	71,20%	22,78%	6,01%	0,00%
Médecins vasculaires	73,22%	17,01%	9,53%	0,24%
Néphrologues	93,83%	2,62%	3,55%	0,00%
Neurologues	52,55%	32,05%	15,11%	0,29%
Ophthalmologues	29,74%	19,18%	50,57%	0,51%
ORL	28,86%	29,27%	41,67%	0,20%
Pédiatres	46,77%	31,50%	21,47%	0,26%
Pneumologues	71,82%	17,98%	10,20%	0,00%
Psychiatres	52,62%	17,58%	29,01%	0,80%
Radiologues	67,96%	17,13%	14,91%	0,00%
Radiothérapeutes	82,38%	14,85%	2,77%	0,00%
Rhumatologues	37,96%	26,41%	35,28%	0,34%
Stomatologues	31,49%	16,31%	52,06%	0,14%

Source : données CNAM

2.1.2 Les dépassements d'honoraires sur les actes techniques sont les plus importants

La hausse des dépassements d'honoraires s'explique aussi par la hausse plus importante de ceux qui sont appliqués aux actes techniques par rapport aux actes cliniques. Ces actes, spécifiques aux médecins spécialistes, constituent la majorité de leur activité. L'augmentation globale des actes techniques est confirmée par des travaux de la Cour des Comptes¹ en 2017 et de la DREES² en 2024 qui montrent que les actes techniques représentent la majorité des soins dispensés par les spécialistes en 2023.

Ainsi, les actes techniques représentaient plus de 70% des dépassements d'honoraires en 2024, soit 3 milliards d'euros sur les 4,5 milliards.

2.2 Cette augmentation résulte aussi du niveau de rémunération souhaité par les médecins

2.2.1 Les médecins considèrent que les dépassements d'honoraires sont des compléments de revenu

Les médecins du secteur 2 expliquent leur pratique de dépassements d'honoraires par l'augmentation des charges, l'inflation mais surtout par le manque de mise à jour de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) qui cote les actes et de laquelle sont déduits les tarifs. La première version de la CCAM a été mise en œuvre en 2005, mais elle n'a pas été révisée depuis.

Par conséquent, la CCAM n'a pas intégré les nouveaux actes techniques, ni réévalué les actes existants, supprimé ou encore modifié les actes devenus obsolètes. Elle est très largement considérée par les acteurs comme déconnectée, pour partie, de la réalité de l'exercice médical.

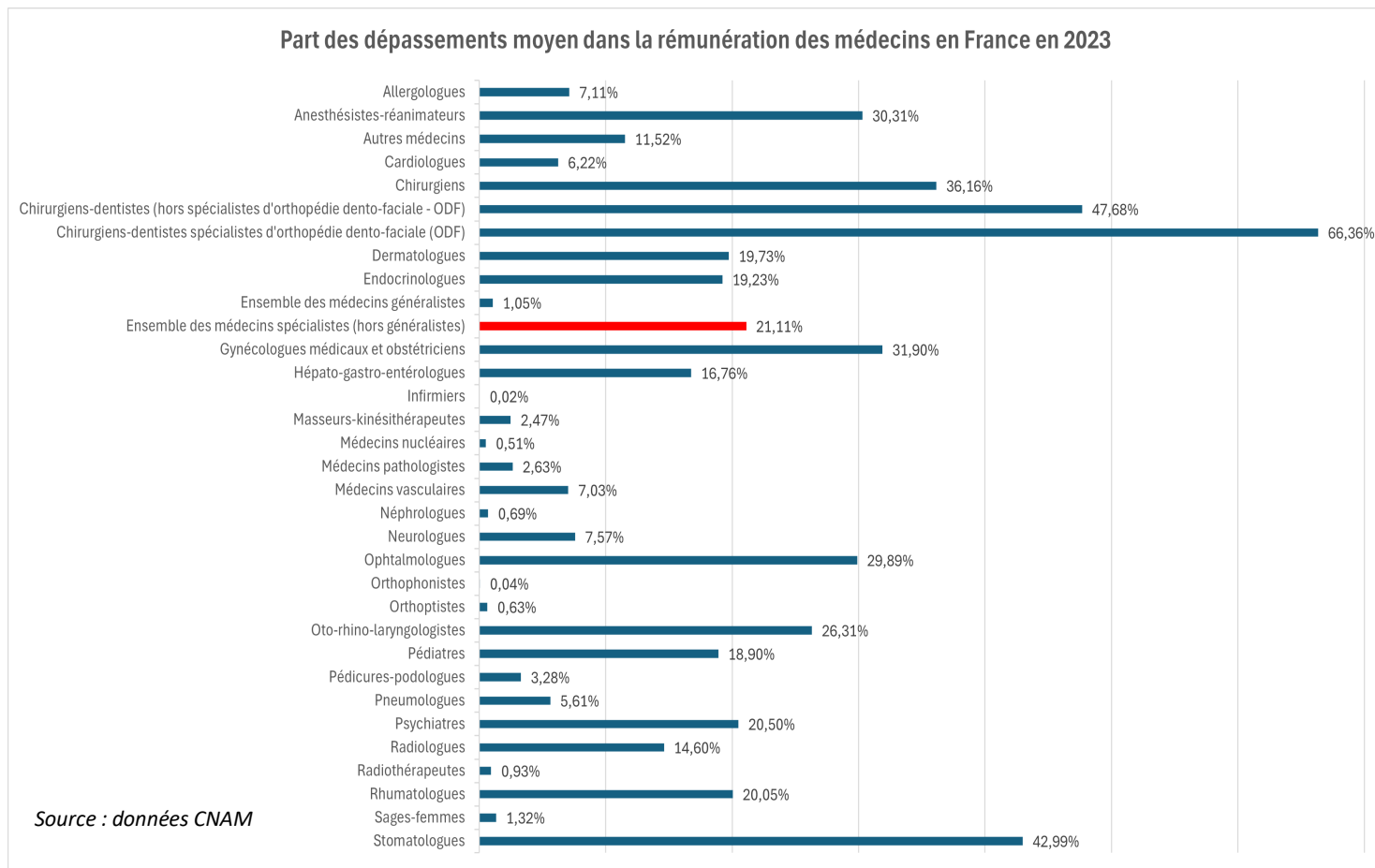
Si le Haut conseil des nomenclatures travaille sur la refonte de l'ensemble des 13 000 actes de la CCAM depuis 2021, ses résultats ne seront disponibles qu'en 2027.

C'est pour compenser l'écart entre les tarifs de la nomenclature et le revenu souhaité par les médecins, que ces derniers disent pratiquer des dépassements d'honoraires, qu'ils considèrent comme des « compléments d'honoraires ».

¹ Cour des comptes (2017). *La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, Chapitre V, RALFSS 2017*

² Didier, M. Lefebvre G. (2024) *Les dépenses de santé en 2023, Fiche 4 et 5, Drees*

Ainsi, les dépassements d'honoraires représentent en moyenne 21% des honoraires totaux des médecins du secteur 2 (en 2023), avec d'importantes inégalités selon les spécialités (cf. graphique ci-dessous).

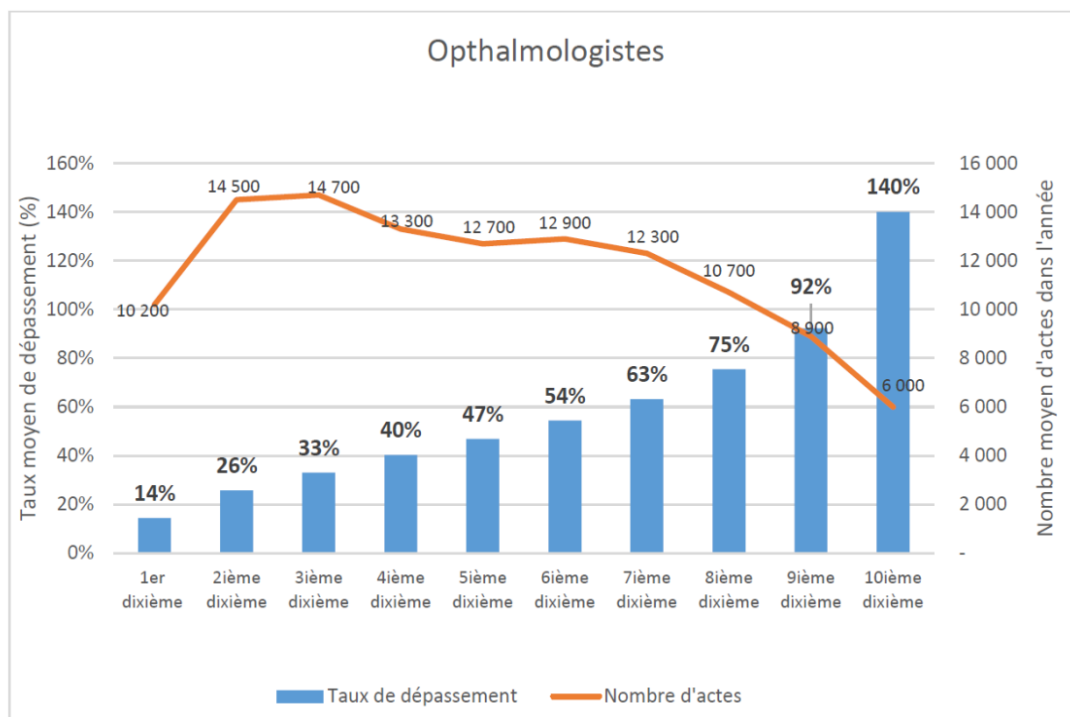


2.2.2 Les dépassements d'honoraires créent des inégalités entre des médecins de même spécialité

- Des inégalités d'activité et une réduction du temps médical accompagnent l'augmentation des dépassements d'honoraires

Comme le montre le graphique ci-dessous, le niveau des dépassements d'honoraires pratiqués a un effet direct sur l'activité des professionnels.

Lorsque les dépassements d'honoraires augmentent, et donc que le revenu des médecins se rapproche de ce qu'ils souhaitent, ils ont tendance à réduire leur volume d'activité. Si ces comportements sont à l'origine d'inégalité au sein de la spécialité, ils se traduisent aussi par une diminution du temps médical disponible, à l'inverse de ce qui est recherché pour répondre aux difficultés d'accès que rencontrent parfois les Français.



Source : Appariement CNAM-DGFIP 2021, DREES, Exploitations IRDES. Champ : médecins de secteur 2, libéraux stricts uniquement, c'est-à-dire hors praticiens ayant une activité mixte (libérale et salariée)

● Des inégalités de revenu

Les données de la CNAM montrent aussi qu'en 2021, les 10% des médecins spécialistes aux revenus les plus élevés gagnent 6 fois plus que les 10% aux revenus les plus bas (contre 5,2 en 2017). Les spécialités qui connaissent les écarts les plus marquées sont la radiothérapie, l'oncologie, l'ophtalmologie et la médecine nucléaire.

Tableau 1 - Les revenus des médecins avec une activité libérale en 2021

Par spécialistes et par regroupement de spécialistes		Rapport interdécile ₁ D9/D1
Omnipraticiens		4,3
Spécialités médicales (hors omnipraticiens), dont :		6,4
Dont	Anesthésistes-réanimateurs	5,8
	Cardiologues	5,4
	Dermatologues	4,5
	Gastro-entérologues	4,6
	Oncologues médicaux	8,3
	Pédiatres	4,8
	Pneumologues	4,5
	Psychiatres et neuropsychiatres	5,8
	Rhumatologues	5,0
	Autres spécialistes	6,2
Spécialités médico-chirurgicales², dont :		7,2
Dont	Gynécologues-obstétriciens	6,2
	Ophthalmologistes	8,6
	Oto-rhino-laryngologistes	5,1
Spécialités chirurgicales		6,2
Spécialités de plateau médico-technique, dont :		6,9
Dont	Anatomo-cyto-pathologistes	6,9
	Médecins nucléaires	7,4
	Radiologues	6,0
	Radiothérapeutes	17,3
Ensemble des médecins libéraux		5,7
hors spécialité des omnipraticiens y compris spécialité des omnipraticiens		7,0

Sources > CNAM, effectifs et part des médecins en secteur 2 ; Insee-DGFIP-CNAM 2021, exploitation DREES (revenus et activité mixte).

Les écarts importants entre les dépassements pratiqués au sein d'une spécialité contribuent à ces écarts de revenus. En effet, pour les 10% des chirurgiens qui ont les taux de dépassements les plus élevés, ceux-ci sont supérieurs à 184%, tandis que pour les 10% des chirurgiens qui ont les taux de dépassement les plus faibles, ceux-ci sont inférieurs à 8%, selon la CNAM (cf. annexe 6).

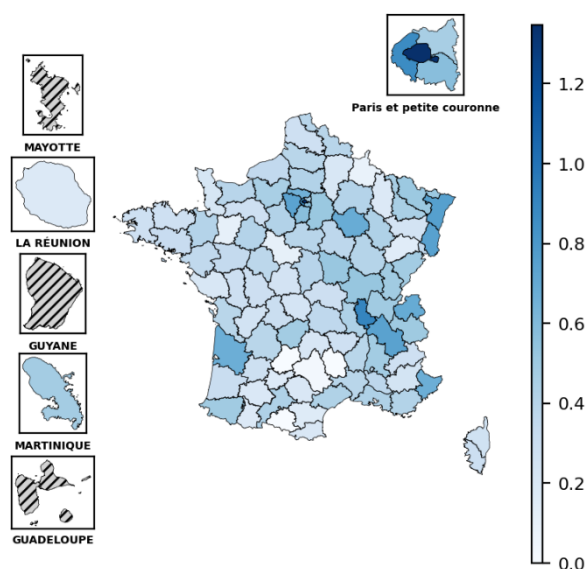
Si les dépassements d'honoraires permettent aux médecins de secteur 2 d'adapter leur rémunération et leur niveau d'activité, ils creusent les écarts avec les médecins du secteur 1, et créent aussi des inégalités de revenus entre les médecins d'une même spécialité.

2.2.3 Les dépassements d'honoraires sont très variables d'un territoire à l'autre

Les taux de dépassement sont les plus élevés dans les zones urbaines, notamment dans la région parisienne : en moyenne, le niveau de dépassement augmente avec le niveau de vie médian d'un département.

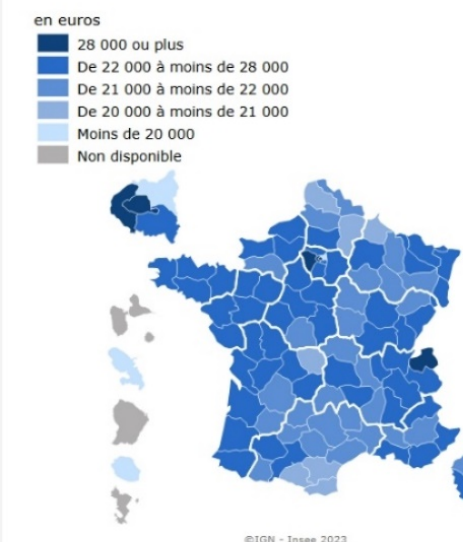
Par exemple, le taux de dépassement des chirurgiens est en moyenne le plus élevé à Paris, dans le Rhône et en Gironde, qui comptent parmi les départements au niveau de vie le plus élevé selon l'INSEE (cf. carte ci-dessous).

Taux de dépassement des chirurgiens en secteur 2 par département (2021)



Source : Données CNAM

Figure 1a – Niveau de vie médian par département en 2021



Lecture : En 2021, en Haute-Corse, la moitié de la population a un niveau de vie annuel inférieur à 21 460 euros.

Champ : France métropolitaine, Martinique et La Réunion ; personnes appartenant à des ménages fiscaux en logement ordinaire dont le revenu disponible est positif ou nul.

Sources : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) 2021.

2.3 Quatre spécialités concentrent l'essentiel des dépassements d'honoraires

Seulement quatre spécialités représentent 2/3 du montant global des dépassements d'honoraires en 2024 :

- La chirurgie avec un plus d'un milliard d'euros représente près du quart du total des dépassements ; avec une croissance de 44% entre 2029 et 2024 ;
- L'ophtalmologie avec 749 millions d'euros représente 16% du total ; avec un taux de croissance de 41% ;
- L'anesthésie avec plus de 546 millions d'euros représente 12%, avec un taux de croissance sur les 6 dernières années connues ;
- Le radiodiagnostic et l'imagerie médicale, avec 97 millions d'euros pèse plus de 11% dans le total ; avec un taux de croissance de 94%.

2.4 Les dépassements d'honoraires à l'hôpital ne représentent que 2% du total

Selon un rapport Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie (HCAAM)³ publié en 2009, 80% des médecins libéraux pratiquent en ville, mais les 20% restants exercent dans les établissements de santé, le plus souvent quand ils sont privés.

Mais, sous certaines conditions, les praticiens salariés des établissements publics, peuvent exercer une activité libérale. Ainsi, 10% des 47 000 praticiens hospitaliers ont exercé une activité libérale en 2022, dont près de la moitié en secteur 2.

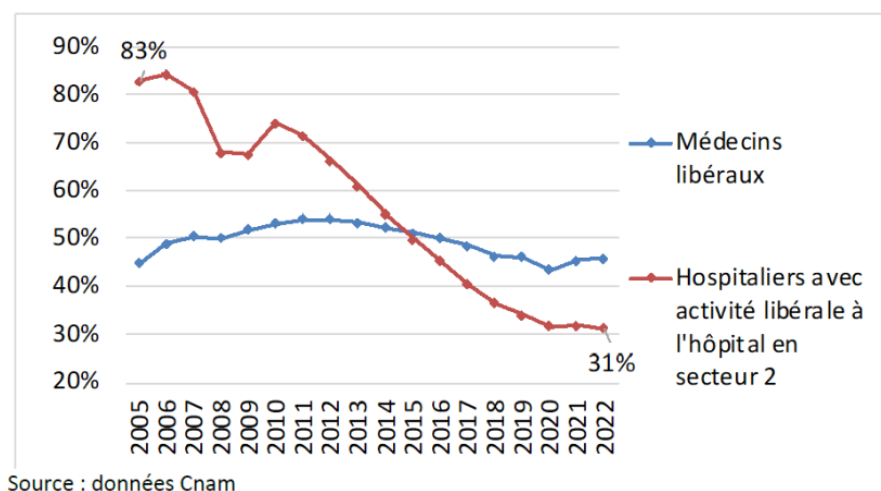
³ Bocognano, A. (2009) *Droit à dépassement et impact sur les inégalités d'accès aux soins ; Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*

Quatre spécialités forment 2/3 des effectifs : chirurgiens (32%), cardiologues (12%), radiologues (11%), les gynécologues-obstétriciens (9%).

Si elle est très réduite, l'activité libérale à l'hôpital public existe et elle est donc sujette à des dépassements d'honoraires. Mais, ces dépassements qui s'élevaient à 73 millions d'euros en 2022, ne représentent que 2% du total des dépassements en secteur 2.

Bien que les dépassements à l'hôpital public soient relativement maîtrisés (avec un taux de dépassement moyen de 31% contre 46% pour les libéraux), l'activité libérale au sein de ces établissements se développe rapidement : les dépassements des praticiens hospitaliers ont plus que doublé en moyenne depuis 2015 et le volume d'actes réalisés en libéral a lui aussi plus que doublé passant de 280 millions en 2005 à 644 millions en 2022.

FIGURE 10 – TAUX DE DEPASSEMENT DES MEDECINS LIBERAUX DE SECTEUR 2 ET DES MEDECINS HOSPITALIERS AYANT UNE ACTIVITE LIBERALE EN SECTEUR 2



2.5 Les mécanismes de régulation peinent à contenir les dépassements

2.5.1 Le tact et mesure est une notion floue

Lors de la création du secteur 2 en 1980, il a été précisé que lorsqu'un médecin pratique des tarifs différents, il doit le faire avec tact et mesure.

Cependant, il n'existe pas de définition légale du tact et mesure, ni de critères de plafonnement. Les praticiens doivent faire appel à leur responsabilité individuelle dans la détermination de leurs dépassements, en fonction de la situation des patients.

En l'espèce, les médecins appliquent souvent un tarif uniforme à l'ensemble de leurs patients, qui est peu modulé au niveau de revenus de ces derniers. Selon le HCAAM⁴, le tarif uniforme est appliqué à environ ¾ des patients, ce qui suggère une application limitée du principe du tact et mesure vis-à-vis de la patientèle.

⁴ Rapport du HCAAM (2025), *les dépassements d'honoraires : état des lieux*

2.5.2 Les procédures pour dépassement excessif ne sont pas effectives

En cas de non-respect du tact et mesure, apprécié par la justice ordinale, les médecins peuvent faire face aux sanctions disciplinaires habituelles, à l'exclusion de toute sanction financière. Dans les faits il y a très peu de plaintes de la part des patients qui ne savent généralement pas comment apprécier les dépassements d'honoraires, et qui peuvent hésiter à engager un contentieux contre le médecin qui les a soignés.

En outre, comme nous l'avons indiqué plus haut, une procédure a été introduite pour dépassement excessif dans la convention de 2011 qui permet à l'assurance maladie de sanctionner les dépassements excessifs (un taux moyen de dépassement de 150% a été mentionné comme repère indicatif).

Mais là aussi, la mise en œuvre ne se traduit par aucune sanction. Lors de la campagne en 2017, environ 130 médecins avaient fait l'objet d'un suivi, mais aucune sanction n'avait été prononcée. La dernière campagne engagée en 2021 a été interrompue, et aucune n'a été programmée depuis.

Les sanctions à l'hôpital public sont également très rares. Les médecins ayant une activité libérale souscrivent un contrat validé l'ARS pour 5 ans et leur activité libérale ne peut pas représenter plus de 20% de leur activité salariée. Leur pratique est examinée par une commission des pairs sur l'activité libérale et si elle n'est pas en adéquation avec les règles, les praticiens peuvent être suspendus.

2.5.3 L'OPTAM est un dispositif utile mais dont les effets sont limités et semblent s'atténuer

2.5.3.1 Ce dispositif a permis de contenir les dépassements d'honoraires et développer l'activité à tarifs opposables

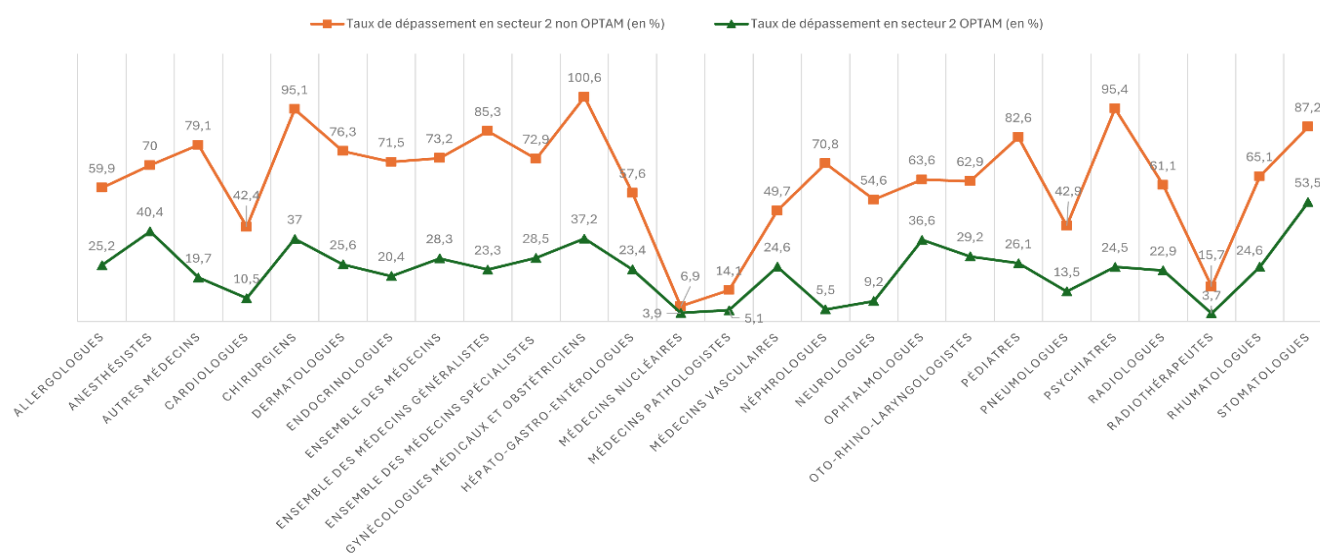
L'Assurance maladie a mis en place des systèmes incitatifs pour modérer les dépassements d'honoraires dès 2011, avec la mise en place du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Ce dernier a été remplacé par l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) en 2017, qui est considérée comme plus stricte et lisible par la littérature⁵.

Le double objectif de l'OPTAM, qui était de limiter les dépassements d'honoraires et d'augmenter l'activité à tarif opposable, a été en partie atteint : près d'un médecin en secteur 2 sur deux a adhéré à l'OPTAM. Dans certaines spécialités, au sein du secteur 2 il y a même davantage de médecins adhérant à l'OPTAM. Par exemple les cardiologues sont majoritairement conventionnés en secteur 1 (71%) mais le secteur 2 avec OPTAM est plus attractif (19%) que sans (10%).

L'OPTAM a joué un rôle dans la baisse du taux de dépassement dans certaines spécialités de secteur 2 : on observe un taux de moyen de dépassement effectivement plus bas en secteur 2 OPTAM qu'en secteur 2 sans OPTAM.

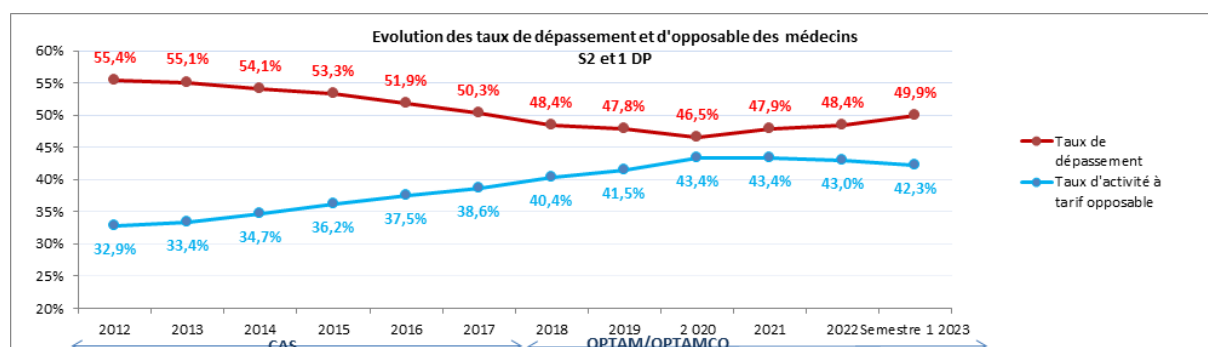
⁵ Kingsada (2024). *Can financial incentives improve access to care? Evidence from a French experiment on specialist physicians. Under review*

TAUX DE DÉPASSEMENT DES PROFESSIONNELS DU SECTEUR 2 SELON L'ADHÉSION À L'OPTAM (2023)



Source : données CNAM

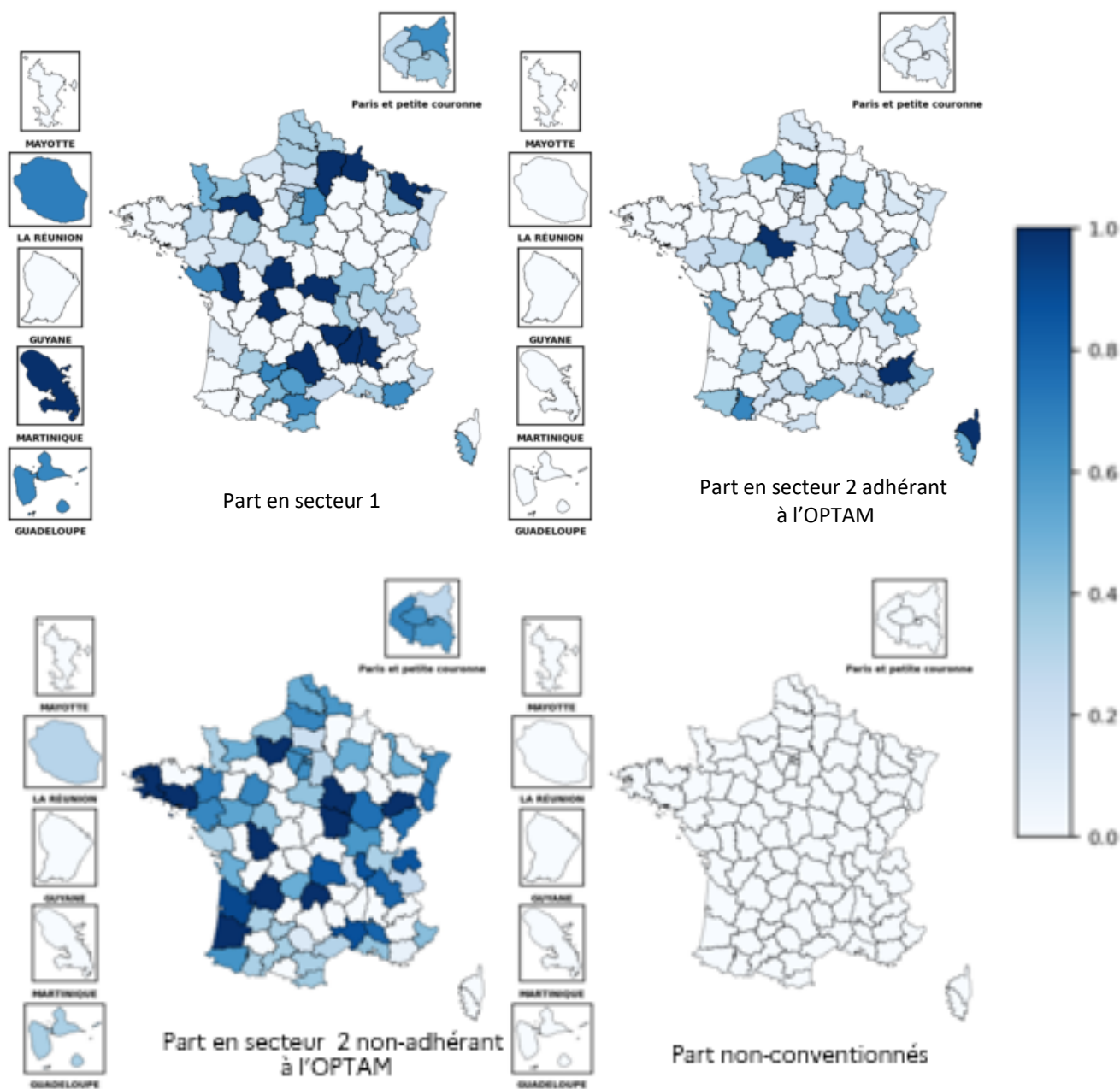
Par ailleurs, l'OPTAM a permis aussi dans un premier temps, de développer l'activité à tarif opposable chez les médecins qui y ont adhéré : la part d'activité à tarif opposable est passé 37,5% en 2016 à 43,4% en 2020.



2.5.3.2 Mais ce dispositif est coûteux et perd en efficacité depuis 2020

Le dispositif présente toutefois plusieurs limites affectant son efficacité. D'abord, l'OPTAM ne s'est généralisée dans aucune spécialité, et elle demeure faiblement attractive dans certaines d'entre elles.

Répartition départementale des stomatologues selon leur secteur conventionnel (2023)



Source : Données CNAM, mise en forme mission

Ainsi, seuls 16,3% des stomatologues ont souscrit l'option en 2016, tandis que 52% d'entre eux sont en secteur 2 sans OPTAM. Une répartition comparable s'observe chez les ophtalmologues (respectivement 19% et 51%), qui appartiennent à une des quatre spécialités exerçant 2/3 des dépassements d'honoraires.

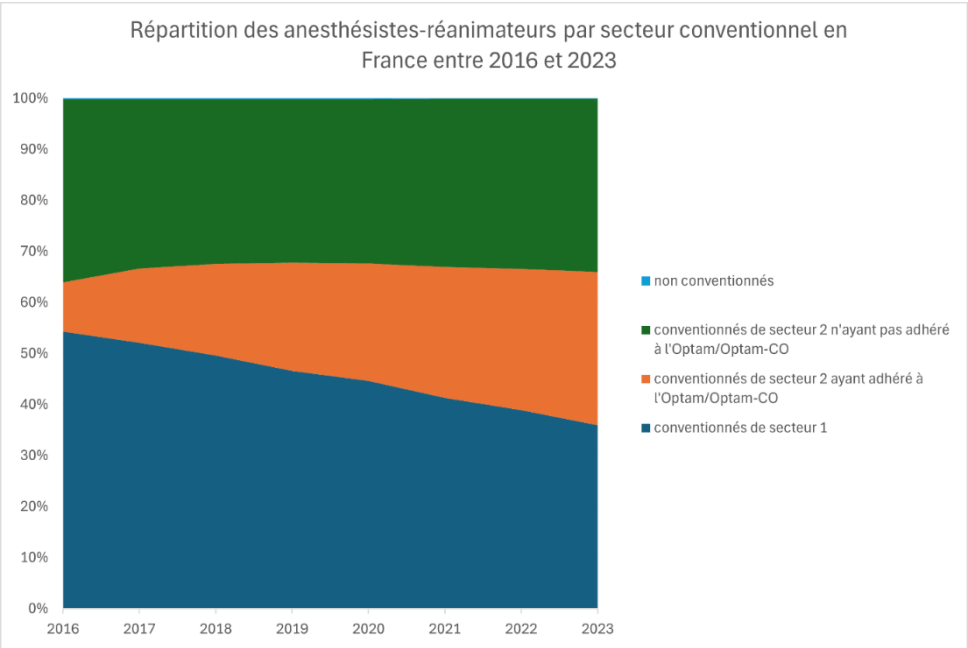
A l'inverse, elle devient de plus en plus attractive dans certaines spécialités, mais parfois au détriment du secteur 1. Ainsi cette option peut avoir un effet contraire à celui recherché, entraînant une évolution démographique de l'exercice libéral selon les secteurs et *in fine* peut se traduire dans ces cas par une augmentation des dépassements d'honoraires.

Évolution de la répartition des anesthésistes selon le secteur conventionnel entre 2016 et 2023

	Année	Part secteur 1	Part secteur 2		Part non conventionné	Taux évolution du secteur 1 (en point de %)	Taux évolution OPTAM	Taux évolution S2 sans OPTAM
			Avec OPTAM	Sans OPTAM				
Anesthésistes	2016	54,28%	9,62%	35,94%	0,16%	-18,36	20,41	-1,96
	2023	35,91%	30,04%	33,97%	0,08%			

Source : Données CNAM

Cette dynamique s’observe notamment chez les anesthésistes qui ont vu la part de leurs praticiens conventionnés en secteur 1 diminuer de 18 points de pourcentage entre 2016 et 2023, et celle de leurs praticiens conventionnés en secteur 2 OPTAM augmenter de plus de 20 points de pourcentage, sans réduire le secteur 2 hors OPTAM



L’OPTAM présente en outre une complexité technique susceptible de nuire à son efficacité. Ses modalités de calcul sont jugées peu lisibles. Les objectifs fixés aux adhérents calculés sur un taux global moyen, sur l’ensemble de l’activité, laisse en réalité une grande marge de manœuvre aux médecins.

Par ailleurs, la logique de partage des gains, c'est à dire la possibilité, sous certaines conditions, de revaloriser les tarifs pour les adhérents à l'option tend à encourager une augmentation des tarifs, ce qui pèse sur le pouvoir d'achat des ménages.

Le dispositif crée également des inégalités entre praticiens d'une même région et d'une même spécialité, notamment entre les nouveaux installés et les médecins déjà en place. En outre, il est peu favorable aux praticiens pratiquant des taux de dépassement faibles. En effet, la prime associée à l'OPTAM ne tient pas compte du niveau du taux de dépassement constaté.

Sur le plan budgétaire, le dispositif apparaît coûteux au regard des réductions de dépassements d'honoraires obtenus. Selon la CNAM, il aurait permis d'éviter 288 millions d'euros de dépassements d'honoraires pour un coût global de 335 millions d'euros en 2019. Une autre étude⁶ estime son coût à cinq euros pour un euro de dépassement d'honoraire évité.

Enfin, elle n'a pas permis d'enrayer l'augmentation du volume global des dépassements d'honoraires, et son efficacité semble sérieusement affectée depuis la crise liée la covid-19 en 2020, depuis laquelle l'on observe une ré-augmentation des taux de dépassement et une baisse de la part de l'activité opposable.

2.6 Un impact probablement significatif sur l'accès aux soins

Les dépassements d'honoraires ont un impact certain sur l'accès aux soins et peuvent même être un facteur de renoncement : 5,5% de la population déclare avoir renoncé à des consultations médicales pour des raisons financières en 2012⁷.

2.6.1 Les dépassements d'honoraires varient selon la situation des patients

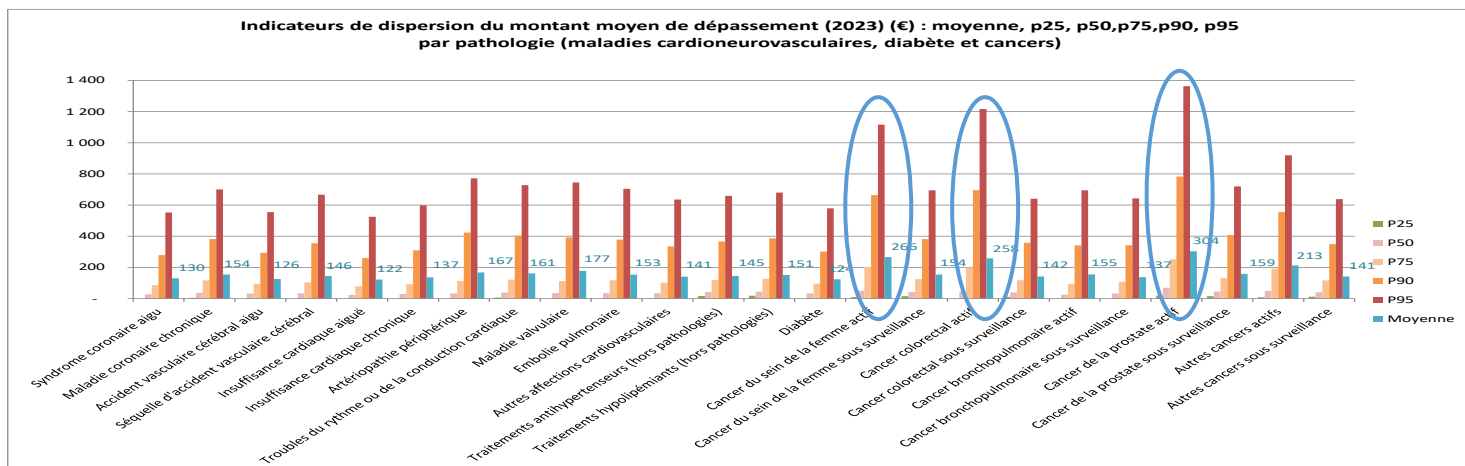
Le poids des dépassements d'honoraires varie en fonction de la situation des patients, faisant souvent plus obstacle à l'accès aux soins pour les populations les plus vulnérables.

2.6.1.1 Les patients avec des pathologies chroniques et des ALD sont très concernés par les dépassements d'honoraires

Le poids des dépassements d'honoraires peut devenir particulièrement lourd pour les patients atteints de pathologies chroniques, nécessitant des soins de manière régulière. Si ces dépassements annuels paraissent raisonnables en moyenne, avec 119 euros par patient en 2023, ils peuvent atteindre des niveaux conséquents, notamment pour certains patients atteints de cancers qui paient annuellement, en moyenne, plus de 1 000 euros de dépassements (exemple : cancer de la prostate actif).

⁶ Kingsada, A., Samson, AL. (2022). *French physicians' response to balance billing restrictions. Working paper*

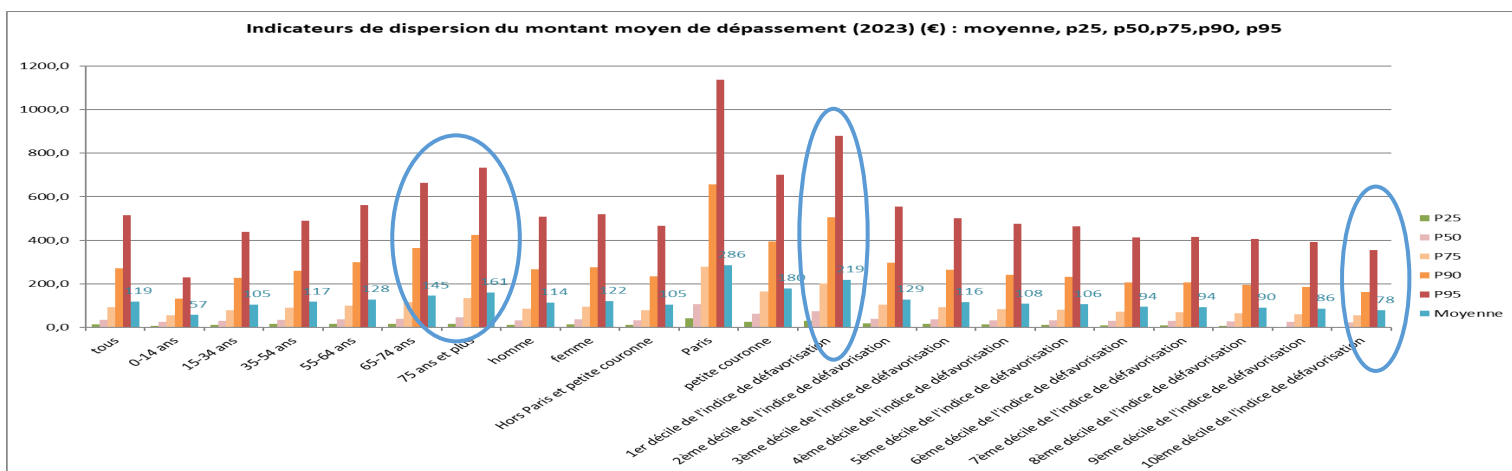
⁷ Bras, PL. (2015). *La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes* », in *Les Tribunes de la santé* » 2015/3 n° 48 | pages 73 à 92



Source : CNAM

2.6.1.2 Le poids des dépassements d'honoraires croît avec l'âge des patients

Le poids des dépassements d'honoraires varie aussi en fonction de l'âge des patients. Le dépassement annuel moyen par patient est de 117 euros pour les 35-54 ans et de 161 euros pour les plus de 75 ans dont les besoins de santé sont plus importants et qui y sont donc plus exposés. Mais la situation est encore plus inégale puisqu'elle présente une forte dispersion : 5% des plus 75 ans paient plus de 733 euros en moyenne de dépassement d'honoraires par an.



Source : CNAM

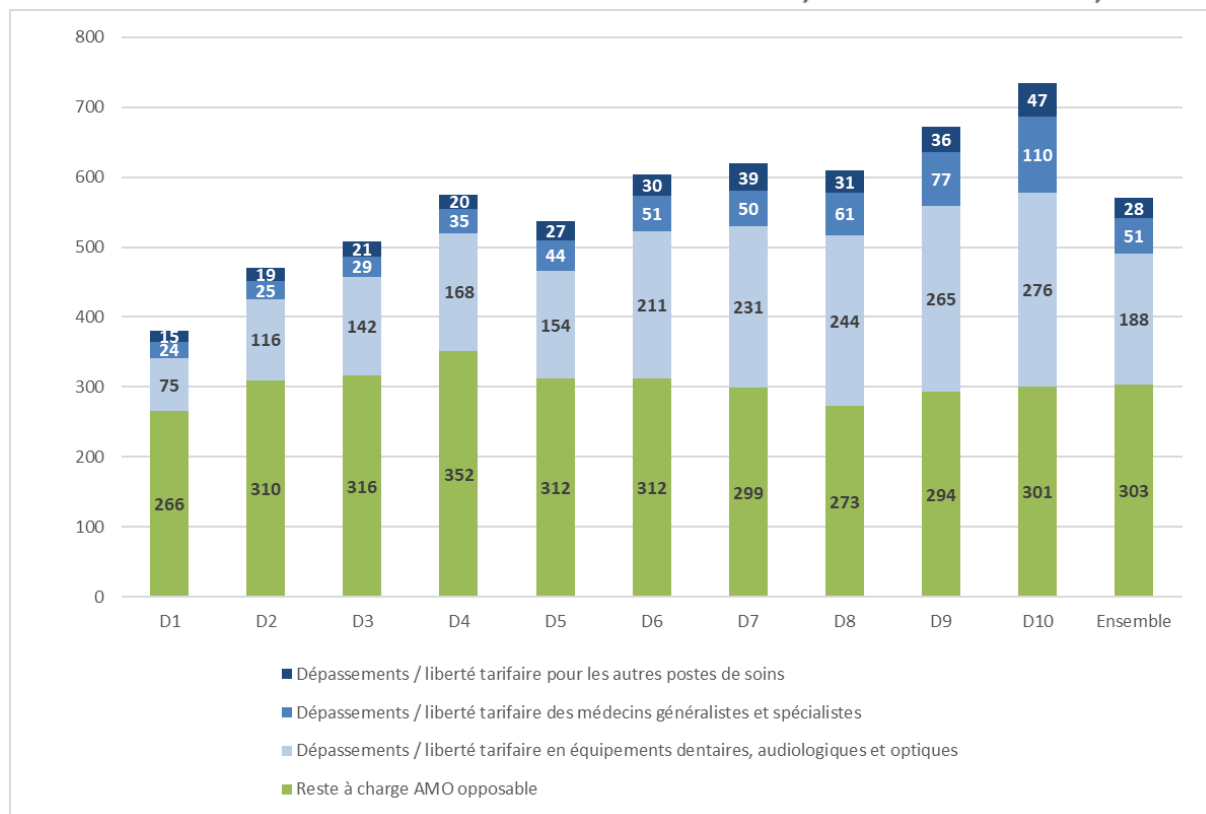
2.6.1.3 Ils sont significativement plus faibles pour les personnes les plus modestes

On observe que le montant moyen de dépassement et la dispersion des dépassements pratiqués sont réduits significativement pour les personnes les plus défavorisées : 219 euros annuellement en moyenne pour les ménages du 1^{er} décile de l'indice de défavorisation contre 78 euros pour ceux du 10^{ème} décile (cf. graphique ci-dessus).

Le reste à charge des patients augmente avec le niveau de vie des ménages. Cela ne s'explique pas par le reste à charge opposable qui reste stable, mais par le recours plus important à des soins pour lesquels il y a des

dépassements d'honoraires (dispositifs médicaux comme les prothèses dentaires) ⁸. Le rapport du HCAAM publié en 2025 montre ainsi que les écarts de reste à charge reflètent de fait l'écart dans la consommation de soins : les ménages modestes sont, soit peu concernés par les dépassements d'honoraires quand ils bénéficient de la C2S, soit moins susceptibles à recourir à des soins intensifs en liberté tarifaire, tandis que les ménages les plus aisés recourent plus facilement à des spécialistes en secteur 2.

FIGURE 37- DECOMPOSITION DU RESTE-A CHARGE APRES REMBOURSEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ENTRE RESTE A CHARGE OPPOSABLE ET DEPASSEMENTS, SELON LE NIVEAU DE VIE, EN 2019



Source : HCAAM, 2025

2.7 Les inégalités territoriales dans l'accès sont réelles

2.7.1 La répartition des spécialistes diffère d'un territoire à l'autre

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) permet d'illustrer les inégalités territoriales d'accès par spécialité⁹.

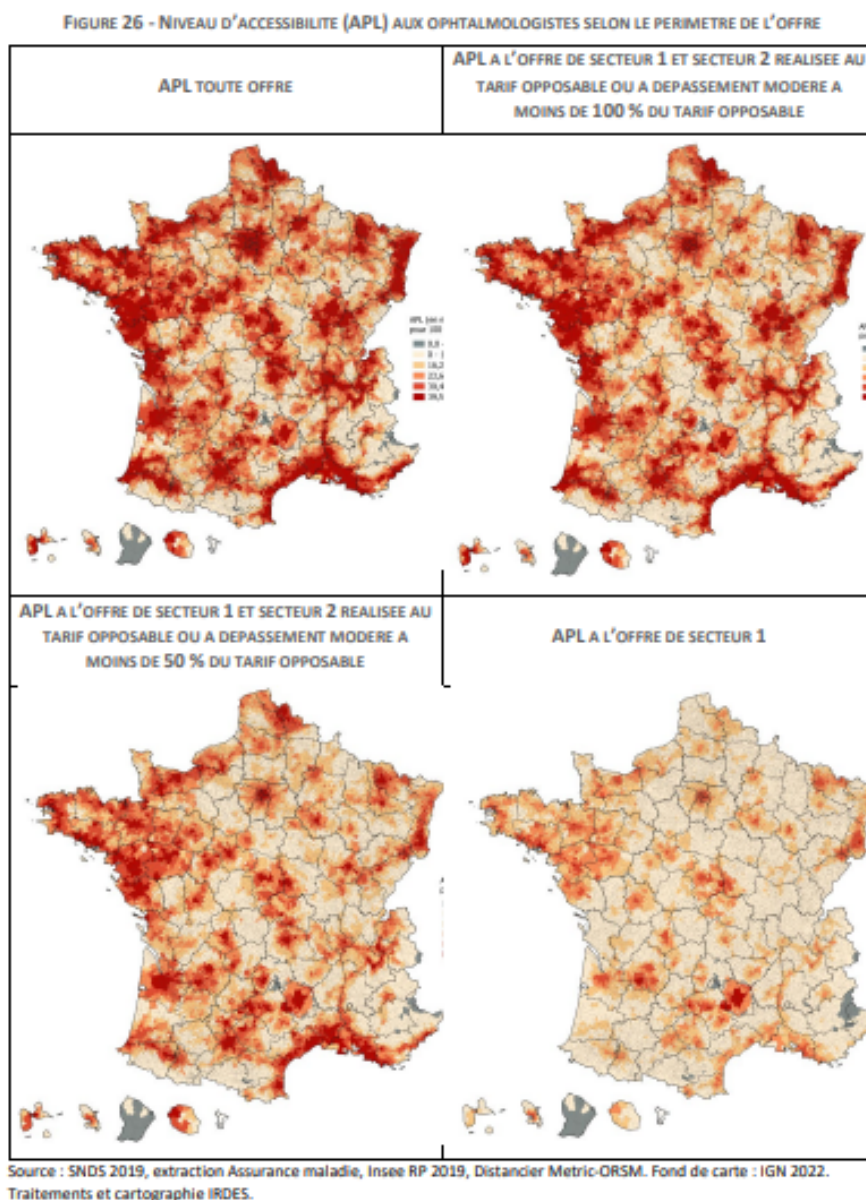
Par exemple, s'agissant des ophtalmologistes, l'accès à un spécialiste de secteur 1 peut être très faible en dehors des grandes zones urbaines, mais l'accès à une offre d'activité opposable ou avec des dépassements d'honoraires (à moins de 100% du TO) reste mieux répartie sur le territoire (cf. cartes ci-dessous). De fait, l'accès à des soins d'ophtalmologie est largement assuré par la présence de secteur 2 dans les territoires, ce qui constitue un frein à l'accès aux soins pour les populations à plus bas revenus, dans des territoires où il n'y a pas de secteur 1.

⁸ Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux, HCAAM, octobre 2025

⁹ Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux, HCAAM, octobre 2025

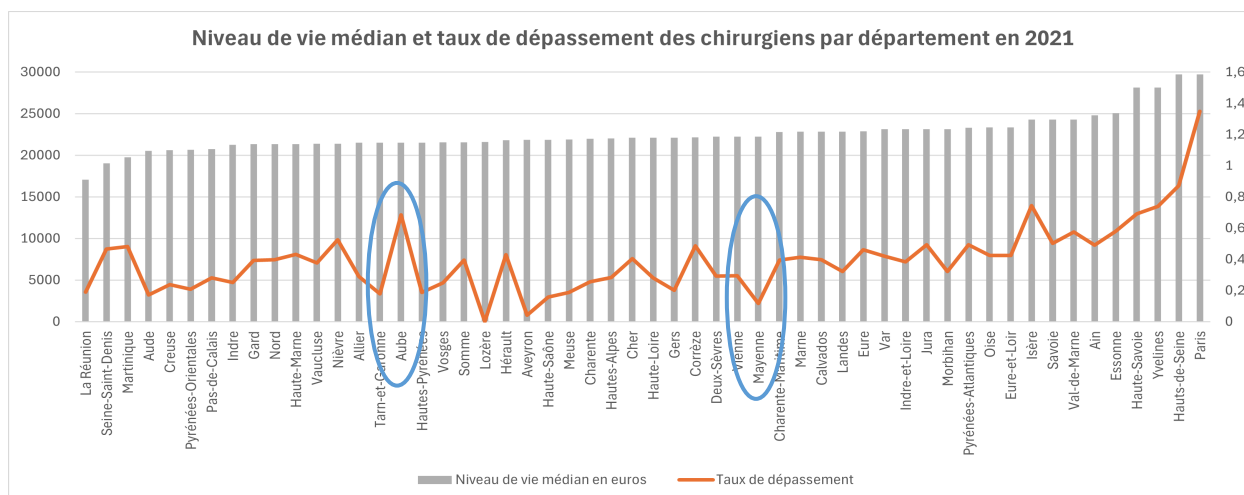
2.7.2 Les inégalités territoriales marquent aussi les taux de dépassement

D'un point de vue microéconomique, les taux de dépassement ont tendance à augmenter avec le niveau de vie des ménages.



Selon le HCAAM¹⁰, les dépassements d'honoraires sont quatre fois plus élevés à Paris que la moyenne nationale. Globalement, les taux de dépassements sont plus élevés dans les zones urbaines plus aisées que dans le reste du territoire. C'est la tendance qu'on peut observer sur le graphique ci-dessous, qui illustre les taux de dépassement moyens des chirurgiens par département. Toutefois, il y a des grandes inégalités entre des départements avec un niveau de vie médian similaire (Aube et Mayenne, par exemple).

¹⁰ *Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux*, HCAAM, octobre 2025



Le niveau du taux de dépassement n'est donc pas toujours corrélé avec le niveau de vie médian des départements, ce qui pose la question du reste à charge pour les patients et appelle à regarder ce qui se passe à l'échelle communale. Si les dépassements d'honoraires sont plus fréquents et plus importants dans les communes favorisées, ils restent significatifs dans les communes défavorisées (cf. tableau ci-dessous).

TABEAU 13 – DES DEPASSEMENTS PLUS OU MOINS CONCENTRES CHEZ LES HABITANTS DES COMMUNES LES PLUS FAVORISEES - LES EXEMPLES DE L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE NATURELLE ET DE LA SLEEVE GASTRECTOMIE.

		Patients des communes...		Ratio
		...les moins favorisées	...les plus favorisées	
Part de patients avec DH (%)	Accouchement (voie naturelle)	4%	17%	4,3
	Sleeve gastrectomie	55%	63%	1,1
Montant moyen du dépassement (€)	Accouchement (voie naturelle)	330	580	1,8
	Sleeve gastrectomie	800	1080	1,4

Le reste à charge peut alors être important pour les patients de ces communes défavorisées non protégés par la C2S et cela peut faire naître des difficultés d'accès aux soins. Le cas de la prothèse totale de la hanche illustre ce cas de figure : les personnes vivant dans les communes défavorisées (Q1 de revenus) sont très inégalement confrontées à des dépassements d'honoraires selon le département dans lequel ils se trouvent. Dans certaines communes défavorisées les montants de dépassements moyens sont très élevés et dépassent les 1200 euros. Cela montre que les dépassements d'honoraires ne se limitent pas aux zones les plus aisées, sans non plus se généraliser à toutes les communes.

Ces tendances s'expliquent par le fait qu'une large majorité des médecins (66%) ne fait pas de différence significative selon le caractère défavorisée ou pas de la commune de résidence du patient, selon l'IRDES, illustrant le peu d'effet du principe de la tarification avec tact et mesure.

2.8 La C2S est un dispositif protecteur mais qui est affaibli par le taux de non-recours et le manque de sanctions

Les personnes avec les plus bas revenus peuvent bénéficier de la complémentaire de santé solidaire (C2S). Cela représente 11% de la population française soit 7,7 millions de personnes. L'objectif de la C2S est de garantir un meilleur accès aux soins des populations défavorisées et prévoit l'interdiction de facturer des dépassements d'honoraires à ses bénéficiaires.

Mais l'ampleur et l'efficacité de la C2S se heurtent à plusieurs limites. Premièrement, la C2S a eu un taux de non-recours de 44% en 2021 selon la DREES¹¹. La même étude montre aussi que 23% de l'ensemble des éligibles à la C2S ne sont ni couverts par la C2S ni par une complémentaire collective. Ces taux de non-recours se traduisent par un reste à charge plus important pour les patients qui se voient facturés des dépassements d'honoraires, devenant alors un obstacle à l'accès aux soins.

Deuxièmement, l'interdiction des dépassements d'honoraires pour ses bénéficiaires n'est pas toujours respectée. La prise en charge de patients bénéficiant de la C2S (anciennement CMU-C) a un impact économique pour les médecins : une augmentation de 5% de bénéficiaires de la CMU-C dans la patientèle d'un spécialiste se traduit, toutes choses égales par ailleurs, par une diminution de 11% du taux de dépassement moyen¹². Cette situation peut rendre certains praticiens réticents à prendre en charge des bénéficiaires de la C2S. Selon le rapport du Défenseur des Droits publié en 2018¹³, certains spécialistes refusent des soins, par discrimination de façon directe et explicite, à des bénéficiaires de la C2S notamment : cela concernerait 9% des dentistes, 11% des gynécologues et 15% des psychiatres.

2.9 La couverture des dépassements d'honoraires par les complémentaires de santé est inégale et partielle

Historiquement, les organismes mutualistes ont refusé de prendre en charge les dépassements d'honoraires pour éviter d'encourager leur généralisation. Depuis, ils sont devenus des acteurs centraux dans leur prise en charge. En effet, là où l'Assurance maladie limite son remboursement au tarif opposable, les complémentaires santé couvrent partiellement ou totalement les dépassements. Aujourd'hui 37% à 40% des dépassements d'honoraires, soit 1,3 à 1,4 milliard d'euros, sont couverts par les complémentaires et le reste est à la charge des patients.

Néanmoins, il y a des inégalités dans la couverture par les complémentaires, qui a un impact direct sur l'accès aux soins. D'abord, il reste encore 5% de la population française sans complémentaire de santé. Ensuite, il existe des inégalités de couverture en fonction des types de contrats : selon un rapport de la DREES publié en 2023¹⁴ quatre bénéficiaires de contrats individuels (les retraités, étudiants, chômeurs, etc.) sur dix ne bénéficient d'aucune prise en charge des dépassements d'honoraires contre une personne sur dix parmi les bénéficiaires de contrats collectifs. Ainsi, le poids des dépassements d'honoraires est souvent plus lourd pour les personnes avec des revenus plus faibles : selon la DREES, un revenu plus élevé de 10% s'accompagne d'une diminution de dépenses de santé de 0,5%.¹⁵

¹¹ Complémentarité santé solidaire avec participation financière : un taux de non-recours en baisse pour la première fois en 2021, DREES, 2022

¹² Dormont, B. & Gayet, C. (2021). The Ban on Extra-Fees for Beneficiaries of the CMU-C Health Cover: What Consequences for Physicians and Dentists in Private Practice? *Economie et statistique / Economics and statistics*, 524-525, 31–47. doi: 10.24187/ecostat.2021.524d.2046

¹³ L'Horty, Y. Chareyron, S. Petit, P. (2018), les refus de soins discriminatoires : test dans trois spécialités médicales. *Etudes & Résultats*

¹⁴ Lapinte, A. Pollak, C. Solotareff, R (2024). La complémentarité santé : acteurs, bénéficiaires, garanties, Fiche 20 Drees

¹⁵ Raynaud R. (2005). Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. ER n°378 – février 2005, Drees

PARTIE 3 : AGIR EN 10 PROPOSITIONS

3.1 Il faut plafonner les dépassements d'honoraires

3.1.1 L'impact sur le reste à charge, l'accès aux soins, l'attractivité et la rémunération des médecins impose d'agir sans supprimer les dépassements d'honoraires

3.1.1.1 Les dépassements d'honoraires ont un impact sur plusieurs éléments essentiels du système de santé

Les dépassements d'honoraires sont au croisement de plusieurs enjeux qu'il est indispensable de prendre en compte. Car toute réforme sur ce sujet entraînera des répercussions bien au-delà.

Historiquement crée pour soutenir la rémunération des médecins, dans un contexte, déjà, de fortes tensions sur le budget de la sécurité sociale, les dépassements d'honoraires occupent désormais une part importante de leurs revenus. Ainsi, toute évolution les concernant aurait un impact sur les revenus des médecins.

Aujourd'hui supérieurs à 4 milliards d'euros, une réflexion sur les dépassements d'honoraires doit évidemment tenir compte de la situation financière de la sécurité sociale ce qui ne laisse que peu de possibilités pour les réintégrer dans la base de remboursement, sans décider de mesures d'accompagnement sur les conditions de son financement, en choisissant de réduire d'autres dépenses, d'augmenter les recettes, et à défaut d'accroître le déficit, ce qui in fine pèserait sur les Français et sur l'activité économique du pays.

La fréquence et le niveau des dépassements d'honoraires grèvent l'accès aux soins des patients, en particulier pour les plus démunis qui peuvent se heurter à de obstacles financiers. A l'inverse, comme les dépassements d'honoraires sont aussi un des éléments d'attractivité de la profession médicale, et un des éléments dont tiennent compte les jeunes spécialistes lors de leur installation.

Enfin, les dépassements d'honoraires pèsent directement sur le pouvoir d'achat des Français, car ce sont des dépenses qu'ils doivent assumer soit directement, ou bien qu'ils doivent assurer via les organismes complémentaires par la souscription de contrats mais bien entendu en contrepartie de leurs cotisations.

3.1.2 L'inaction comme la suppression pure et simple des dépassements d'honoraires doivent être évitées

3.1.2.1 Ne rien faire conduirait à une aggravation inexorable de la situation au détriment de la santé des Français

S'il présente l'avantage de la simplicité et ne pose aucune difficulté particulière dès lors qu'il ne prévoit aucune évolution, n'impacte ni la rémunération des médecins, ni le déficit de la sécurité sociale, le scénario de l'immobilisme pèserait en réalité lourdement sur la situation des Français.

En effet, l'augmentation continue des dépassements d'honoraires ne serait pas enrayée, le secteur 2 deviendrait à terme la norme pour les spécialistes, avec des situations variées d'une spécialité à l'autre.

C'est particulièrement inquiétant car les outils de régulation comme l'OPTAM semblent perdre en efficacité. Ne pas agir pour réduire les dépassements d'honoraires se traduirait inmanquablement par une augmentation du reste à charge des patients, et des cotisations prélevées par les complémentaires, et une aggravation des conditions d'accès aux soins

3.1.2.2 L'interdiction pure et simple des dépassements d'honoraires ne sous semble pas opérante dans la situation actuelle

Ce scénario à l'opposé du précédent, serait le fruit d'une décision très forte qui consisterait à revenir sur la création du secteur 2 en 1980.

Son impact sur la réduction des dépassements d'honoraires serait immédiat et incontestable. En supprimant les dépassements d'honoraires, donc le secteur 2, l'accès aux soins en serait immédiatement amélioré, tout comme le reste à charge des patients et le pouvoir d'achat à raison de la baisse probable, mais non garantie, des cotisations des contrats complémentaires.

Derrière l'apparente simplicité de cette mesure, se cache des répercussions importantes qui en affecteraient probablement l'efficacité espérée. En effet, toutes choses égales par ailleurs, cette décision se traduirait par une dégradation forte de la rémunération des médecins, qui devrait nécessairement être traitée. En effet, la suppression sèche de 4,5 mds d'euros serait un effort très important qui serait demandé aux seuls professionnels de santé. Elle paraît inenvisageable. De plus la menace d'une fuite vers le secteur 3 doit être prise en compte, même s'il est peu probable qu'elle soit massive, au vu du risque qu'elle fait courir aux médecins quant à leurs revenus.

En outre, cela reviendrait à supprimer le principe de liberté tarifaire principe auxquels sont attachés les médecins libéraux et sur lequel il apparaît difficile de revenir.

Il serait dès lors nécessaire de compenser cette perte. La prise en charge de 4,5 mds d'euros par la sécurité sociale, via la révision de la CCAM, par exemple, est très difficile à réaliser sans aggraver encore sa situation financière déjà sérieusement en difficulté. Il deviendrait alors indispensable de financer une telle mesure avec la mise en place de nouvelles recettes, qui *in fine* pèseraient sur le pouvoir d'achat des Français et sur l'activité économique du pays, ou en la gageant sur des réductions de dépenses.

3.2 C'est au plafonnement des dépassements d'honoraires que nous appelons

3.2.1 Un socle de mesures incontournables doit être mis en œuvre dans les meilleurs délais

Il n'est pas envisageable de laisser les dépassements d'honoraires poursuivre leur augmentation, car cette évolution aujourd'hui impossible à contenir se produit au détriment de la santé des Français.

La situation appelle des mesures volontaristes pour les réduire, en mobilisant et en responsabilisant tous les acteurs au service de la santé des Français. Nous estimons que le seul moyen d'y parvenir, d'obtenir une amélioration tangible pour la population, est de plafonner, fermement, les dépassements d'honoraires.

Proposition n° 1 : Réduire les dépassements d'honoraires en les plafonnant

Mais nous plaidons pour une approche d'ensemble, pragmatique, centrée sur les difficultés des Français, et mobilisant tous les leviers qui sont à la disposition des acteurs. C'est la condition nécessaire d'une réforme réussie.

Plus qu'une approche qui ayant l'apparence de la simplicité n'en serait pas moins inefficace, il nous paraît évident que pour obtenir des résultats probants, il faut associer et impliquer tous les acteurs concernés, en proposant une approche pragmatique. C'est une deuxième condition de réussite.

L'objectif qui doit être poursuivi est : réduire les dépassements d'honoraires, et en maîtriser durablement l'évolution.

Nous avons donc examiné toutes les mesures qui pourraient être prises pour enrayer cette progression et les modalités pour plafonner les dépassements d'honoraires.

Nous avons envisagé, pour ensuite l'écarter, l'hypothèse de la fixation d'un taux de plafond de dépassement qui serait unique, en France et dans toutes les spécialités.

Cette mesure contraignante qui se traduirait par un abandon de l'OPTAM, serait sans doute efficace pour les dépassements les plus importants. Mais elle présente un risque d'effets d'aubaine important pour les professionnels qui au contraire pratiquent des dépassements faibles. Elle se heurte également à des difficultés de mise en œuvre, en raison des très grandes différences qui peuvent exister d'un territoire à l'autre, d'une spécialité à l'autre voire au sein de chaque spécialité, et donc à des situations individuelles qui sont sans rapport entre elles.

A cette mesure unique nous préférons un ensemble de mesures spécifiques, ciblées, permettant de traiter au mieux les problèmes auxquels sont confrontés les Français.

La mise en place du CAS puis de l'OPTAM a permis de contenir pour partie les dépassements d'honoraires même s'il faut constater que l'efficacité de ce dernier dispositif s'étiole avec le temps. On ne peut que regretter également que les dépassements d'honoraires, malgré la mise en place depuis 2021 de ces outils de régulation, ne cessent d'augmenter. Dans l'état actuel des choses nous sommes dans l'incapacité d'enrayer cette évolution.

Cette situation est également, et peut être principalement, le fruit de l'absence de régulation effective sur le secteur 2 hors OPTAM.

Ainsi, si nous voulons parvenir à réduire les dépassements d'honoraires ce à quoi nous appelons vivement, nous considérons nécessaire de rendre obligatoire l'OPTAM, en maintenant son principe d'un taux de dépassements d'honoraires ne pouvant dépasser 100%, mais le réformant en profondeur pour le rendre plus efficace.

Cette réforme doit être conçue sur la base de quelques principes :

- Pour répondre aux besoins de la population, nous considérons que tout jeune médecin s'installant en secteur 2 devra réaliser au moins la majorité de de son activité à tarif opposable et proposer des dépassements significativement inférieurs à ce qui se pratique dans la région d'installation. Cet engagement initial devrait prendre place dans un parcours qui conduirait les jeunes médecins, l'expérience et les compétences augmentant, vers une pratique proche de la moyenne actuelle. Ce parcours pourrait être construit de la manière suivante :
 - Les 5 premières années tout nouvel installé devra réaliser au moins 50% de son activité à tarif opposable¹⁶. Le taux de dépassement d'honoraire devra être inférieur de 20% à la moyenne régionale, ou nationale, dans la spécialité ;
 - Les 5 années suivantes, l'activité opposable devra être supérieure de 10% et inférieure de 10% pour les dépassements d'honoraires à la moyenne de référence ;
 - Au-delà ce sont les modalités actuelles qui seraient appliquées.
- L'OPTAM devra faire l'objet d'un contrat de 5 ans renouvelable, sur décision du Directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS). Le non-renouvellement du contrat impliquera une inscription en secteur 1. Le retour en secteur 2 OPTAM sera possible après un délai à définir ;
- Le calcul de la prime doit tenir compte du taux de dépassement d'honoraires. Aujourd'hui, les professionnels de santé dont les taux de dépassements sont modérés sont peu avantagés. Nous recommandons qu'il soit tenu compte du taux de dépassement d'honoraires pour que les primes leur soient plus favorables, et symétriquement moins avantageuses pour ceux dont les taux de dépassement d'honoraires sont les plus élevés ;
- La suppression du principe du partage de gains, qui lors d'une revalorisation autorise, sous conditions, le médecin à augmenter ses tarifs, tout en respectant ses engagements, qui va clairement à l'opposé de ce qu'il faut rechercher ;
- Faire de l'efficacité de l'OPTAM un objectif réel et suivi par la CNAM : un euro de financement accordé dans le cadre de l'OPTAM doit permettre, à minima, une réduction d'un euro de dépassement d'honoraire.

¹⁶ Si le taux moyen d'activité opposable, au niveau régional ou national selon les spécialités, est supérieur à 50%, l'activité opposable de tout nouvel installé devra être supérieure de 20% à la moyenne régionale dans la spécialité.

Proposition n° 2 : Rendre obligatoire l'OPTAM pour toute nouvelle inscription en secteur 2, et le réformer en profondeur pour le rendre plus efficace selon les principes suivants :

1. **Instaurer un parcours pour les jeunes médecins qui devront, les 5 premières années, réaliser à minima 50% de leur d'activité à tarif opposable, et souscrire un engagement plus fort de modération des dépassements d'honoraires ;**
2. **L'OPTAM doit devenir un engagement pris par contrat, renouvelable tous les 5 ans sur décision du Directeur général de l'ARS. Le non-renouvellement se traduit par une inscription immédiate en secteur 1. Un professionnel de santé non renouvelé peut de nouveau demander le bénéfice du secteur 2 OPTAM dans un délai à fixer ;**
3. **Intégrer dans le calcul de la prime le taux de dépassements d'honoraires ;**
4. **Supprimer le partage de gains ;**
5. **Retenir le principe d'un euro d'OPTAM pour un euro de dépassement d'honoraires en moins.**

Les constats que nous avons pu établir montrent de façon évidente le déficit d'information que connaissent les patients quant à la pratique des dépassements d'honoraires de leurs médecins.

Ce défaut d'information pose deux problèmes. D'une part, il n'est pas normal qu'un patient rentrant dans un cabinet ne puisse savoir, avant le moment de payer le professionnel de santé, ce que va lui coûter réellement la consultation et les actes pratiqués. D'autre part, cette situation prive de portée le principe de liberté de choix des patients, dont un des critères, le critère financier, pour certains d'entre eux décisif, est en réalité masqué.

Proposition n° 3 : Renforcer les obligations d'informations, en indiquant sur le site Ameli ainsi que sur les sites de prise de rendez-vous en ligne les dépassements pratiqués par chaque professionnel

L'avantage réel octroyé par la possibilité d'exercer en secteur 2 nous semble devoir être assorti de contreparties qui répondent aux problématiques des Français. Malgré les moyens considérables que le pays mobilise pour le système de santé, le service rendu aux Français est parfois insuffisant et perçu comme tel. En particulier, l'accès à une consultation de spécialiste, quel que soit leur secteur conventionnel d'exercice, s'avère difficile dans certains territoires où les délais de rendez-vous sont longs. Aussi, il nous paraît indispensable que les spécialistes s'engagent dans la lutte contre les déserts médicaux par leur participation à des consultations avancées.

S'agissant des démarches qualité, à la différence de certains pays, à l'instar de l'Allemagne, elles demeurent très peu développées dans la médecine libérale Française. C'est pourtant un élément essentiel pour proposer aux Français les meilleurs soins, le faire de manière pertinente, et rendre notre système de santé plus efficient, ce dont il a profondément besoin.

Aussi nous recommandons que les professionnels de santé exerçant en secteur 2 soient tenus de s'engager dans une démarche qualité, sur le modèle de ce qui a été mis en place à titre expérimental pour les médecins généralistes à travers la création des groupes d'amélioration des pratiques, qui s'organisent entre pairs. Nous recommandons également que les adhérents au secteur 2 prennent des engagements de formation continue, et que des indicateurs qualité soient développés pour disposer d'une information essentielle, aujourd'hui absente, qui est aussi une condition pour améliorer encore les soins proposés aux Français.

Proposition n° 4 : Demander aux professionnels de santé exerçant en secteur 2 des contreparties en termes de participation à une démarche qualité, de réalisation de consultations avancées, de participation à la permanence des soins en cohérence avec leur spécialité et d'engagement en formation continue. Développer des indicateurs qualité permettant de mesurer les résultats obtenus par chaque professionnel de santé

Il semble établi que ni l'ordre des médecins ni l'assurance maladie n'ont prononcé la moindre sanction à l'encontre de professionnels de santé qui n'auraient pas respecté le principe du tact et de la mesure dans la fixation de leurs tarifs.

Selon la CNAM, un peu moins de vingt professionnels de santé ont bien fait l'objet d'un suivi et d'échanges avec les services de l'assurance maladie lors de la campagne de 2017 pour des pratiques allant au-delà du seuil de dépassement d'honoraires de 150%. Ce dernier seuil constitue une référence, un point de repère donné, à défaut de disposer d'un caractère réellement opposable. Mais aucun de ces suivis n'a fait l'objet de la moindre sanction. La campagne a été reconduite en 2021 mais a été annulée avant de connaître un début de mise en œuvre. Cette opération n'a pas été renouvelée depuis.

Le manque de régularité des plans de contrôle comme l'absence de sanctions, dont il ne fait pas de doute qu'elle aurait trouvé des cas d'applications, décrédibilisent cette procédure.

S'agissant du pouvoir disciplinaire exercés par l'ordre des médecins, les sanctions sont là aussi inexistantes. De fait, très peu de plaintes sont déposées par les patients dont on comprend aisément qu'il est difficile pour eux, voire impossible, d'agir contre le médecin qui les a soignés.

La complexité de la procédure portée par la CNAM, l'irrégularité de l'action de cette dernière, la faiblesse juridique du principe de tact et mesure comme l'absence de plainte déposée auprès de l'ordre à l'encontre des médecins dont les pratiques seraient excessives, privent les autorités d'un levier de régulation pourtant essentiel.

Proposition n° 5 : Appliquer les sanctions en cas de dépassement excessif. A cet effet mettre en place une campagne annuelle visant à contrôler chaque médecin exerçant en secteur 2, et la faire connaître.

L'absence de révision de la CCAM depuis 2005, est souvent avancé comme le principal facteur explicatif du développement des dépassements d'honoraires. On observera néanmoins qu'ils continuent de croître alors que certains professionnels, exerçant en secteur 1, et maintenant aussi en secteur 2 avec OPTAM, à l'image des chirurgiens des gynécologues obstétriciens, et maintenant les anesthésistes peuvent revaloriser leurs actes, au-delà des tarifs de la CCAM, en appliquant des modificateurs (cf. supra).

Malgré cela, il ne fait pas de doute que le décalage s'est malheureusement accentué avec les tarifs fixés en 2005 en raison de l'évolution des prix, des conditions de production mais aussi de l'amélioration de la productivité. Un décalage existe également dans la prise en compte de la complexité relative des actes entre eux.

La révision de la CCAM a été programmée et est bel et bien engagée, pour s'achever fin 2026. Elle devra ensuite être traduite dans la négociation conventionnelle, dans les conditions qui ont été fixées pour la réaliser et qui de notre point de vue n'appellent pas de changements. Mais elle devra, un fois le travail technique finalisé trouver une traduction dans la négociation conventionnelle. Cette négociation ne sera pas simple, car l'évolution des conditions de production, les gains de productivité, vont probablement conduire à ce qu'il y ait des hausses de tarifs mais aussi des baisses. Si nous faisons le pari de la négociation conventionnelle pour beaucoup des mesures, nous considérons que cette révision ne peut rester lettre morte. Aussi, nous recommandons que la négociation soit engagée dès la fin de la révision de la nomenclature, et qu'en cas d'échec de cette négociation, à l'issue d'un délai de 6 mois, les tarifs soient fixés par voie réglementaire.

Il sera important de veiller, une fois la révision effectuée, à son actualisation continue. Compte tenu de la difficulté et du temps nécessaire pour procéder à une révision complète (13 000 actes doivent être examinés), il conviendrait d'imaginer des modalités de révision plus souples. Aussi, nous considérons nécessaire de compléter et simplifier la procédure de révision pour pouvoir introduire des actes nouveaux ou supprimer des actes qui ne seraient plus pratiqués, mais aussi pour réviser les tarifs sur des actes dont les conditions de production auraient changé.

Surtout, la prise en compte de ces évolutions dans la négociation doit être organisée, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Un avenant annuel à la convention pourrait être négocié pour traduire sans tarder dans la tarification les révisions qui auront été apportées à la CCAM durant l'année.

Dès lors, considérant que cette révision et ces nouvelles modalités permettraient un alignement des tarifs avec les conditions de production, les dépassements d'honoraires trouveraient moins de justification, et l'investissement

réalisé pas l'assurance maladie pour les contenir via les primes octroyées via l'OPTAM pourrait être diminué, voire supprimé.

Proposition n° 6 : Finaliser la révision de la CCAM, puis la traduire dans la négociation conventionnelle, dans les conditions prévues actuellement. En complément, il convient :

- En cas d'échec de la négociation dans un délai de 6 mois fixer les tarifs par la voie réglementaire ;
- Simplifier la procédure d'adaptation de la CCAM pour inscrire un nouvel acte, supprimer un acte devenu caduque, ou réviser le tarif d'un acte ou d'un groupe d'actes dès lors que les conditions de production auraient changé, et prévoir un avenant annuel à la convention pour faire traduire ces évolutions dans les tarifs ;
- Dès lors que la révision de la CCAM aura permis d'adapter les tarifs, baisser, voire supprimer, les primes de l'OPTAM versées aux professionnels de santé.

Très peu de médecins sont inscrits en secteur 3 (environ un millier), secteur dans lequel les tarifs sont complètement libres, mais dont les patients ne sont quasiment pas remboursés de leurs frais de consultation. En revanche, leurs prescriptions le sont. Si l'activité du secteur 3 a peu d'effets sur le volume des dépassements d'honoraires, le non-remboursement de la consultation et le remboursement des prescriptions est une cohérence symboliquement contestable.

Proposition n° 7 : Ne plus rembourser les prescriptions en secteur 3

L'interdiction de la pratique des dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de la C2S n'est pas toujours appliquée comme les constats l'ont montré. La C2S souffre comme on l'a vu d'un taux de non-recours élevé (plus de 40%). Elle reste néanmoins une protection efficace et forte des Français dont les revenus sont les plus modestes.

Aujourd'hui le seuil des ressources, 10 339 euros pour une personne seule soit un peu moins de 900 euros par mois, est relativement bas au regard des minimas sociaux. Si les évolutions de ce dispositif vont bien au-delà de la mission qui nous a été confiée, nous considérons néanmoins nécessaire d'envisager un relèvement des seuils, et pour lutter contre le non-recours, et d'étendre l'attribution automatique, aujourd'hui possible pour quelques catégories de personnes, à tous les bénéficiaires.

Proposition n° 8 : Envisager le relèvement des seuils de l'accès à la C2S, ainsi que la mise en place d'une procédure d'attribution automatique de la C2S gratuite à tous les bénéficiaires.

3.3 Il convient de compléter ce socle par des mesures complémentaires

Nous souhaitons ajouter des mesures spécifiques pour répondre encore plus précisément aux principales difficultés rencontrées par la population.

Dans la réflexion sur l'évolution de notre système de santé, comme dans les pratiques des professionnels de santé, on ne peut que constater une prise en compte insuffisante du développement des maladies chroniques qui concernent beaucoup de français et qui les conduit naturellement à un suivi médical régulier, à des consultations et à des actes répétés.

Or, s'agissant des dépassements d'honoraires nous ne considérons pas normal, que dans un tel suivi, chaque acte, chaque consultation fasse l'objet d'un dépassement d'honoraires, ce qui représente pour les patients concernés un effort financier cumulé très important. Aussi nous recommandons de forfaitiser les dépassements d'honoraires dès lors qu'il s'agit de consultations ou d'actes qui doivent être répétés. Un dépassement d'honoraires pourra être facturé au premier passage et sera interdit pour les actes et les consultations suivants. Les consultations et les actes concernés seront inscrits dans la convention, sur proposition de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Nous l'avons souligné les dépassements d'honoraires concernent principalement 4 spécialités (chirurgie, anesthésistes, ophtalmologie, radiologie).

Si de fait la forfaitisation des dépassements dans le cadre de parcours serait un progrès incontestable, elle ne répondrait pas aux difficultés que les Français peuvent rencontrer à l'occasion de soins uniques mais pour lesquels les dépassements d'honoraires peuvent être très importants, et parfois dissuasifs.

Nous préconisons de conclure avec chacune de ces professions un accord de modération des dépassements d'honoraires, visant à prendre des engagements supplémentaires de réduction sur les actes les plus coûteux pour les patients. Il nous paraît en particulier nécessaire que les dépassements d'honoraires soient supprimés pour les actes les plus importants pour les patients, notamment dans la prise en charge des cancers.

L'accès à des actes de prévention peut lui aussi être remis en cause par la pratique de dépassements d'honoraires, privant ainsi les patients d'une prise en charge plus rapide et plus efficace. A cette perte de chances individuelle, s'ajoute une perte d'efficacité pour le système de santé qui devra de fait engager des dépenses supplémentaires qui auraient pu être évitées par une prise en charge précoce.

Nous recommandons donc que les dépassements d'honoraires soient interdits pour les actes et examens de prévention. La liste de ces actes et de ces examens est établie dans le cadre de la négociation conventionnelle, sur la base des recommandations de la HAS.

Proposition n° 9 : Réduire voire supprimer les dépassements d'honoraires sur les actes importants pour la santé des Français :

1. **Forfaitiser les dépassements d'honoraires, voire les interdire, en cas d'actes et de consultation répétés dans le cadre d'un épisode de soins, ou pour certaines pathologies (type cancer par exemple) sur proposition de la HAS ;**
2. **Interdire les dépassements d'honoraires pour les actes et examens de prévention figurant dans une liste établie par la négociation conventionnelle, sur proposition de la HAS ;**
3. **Conclure des accords avec les 4 spécialités (chirurgie, anesthésie, ophtalmologie, radiologie) qui représentent plus des deux tiers des dépassements d'honoraires afin de supprimer les dépassements d'honoraires pour les actes les plus importants, notamment dans la prise en charge des cancers.**

Enfin pour parachever la réforme ambitieuse que nous proposons, nous considérons qu'il est nécessaire d'étendre et de simplifier la couverture complémentaire des assurés.

Aujourd'hui le système est peu lisible en ce qu'il ne permet pas aux patients de savoir, à priori, ce qui sera réellement pris en charge en cas de dépassements d'honoraires. En outre certains patients sont très mal couverts. Avec la baisse des dépassements d'honoraires que nous pourrions obtenir avec les mesures précédentes, il nous paraît important de veiller à ce que les complémentaires les remboursent bien pour donner à tous les meilleures conditions d'accès au système de santé. Aussi, nous recommandons de simplifier les propositions faites aux assurés, en leur proposant soit la non prise en charge des dépassements, soit leur prise en charge complète.

Proposition n° 10 : Imposer aux organismes complémentaires de proposer deux options à leurs assurés, une sans prise en charge des dépassements d'honoraires, l'autre permettant à l'inverse de les prendre en charge complètement

ANNEXE 1 : Lettres de mission

Le Premier Ministre

- 4 6 0 / 2 5 SG

Paris, le 19 MAI 2025

Monsieur le Député,

Les dépassements d'honoraires pratiqués par certains professionnels de santé suscitent, depuis plusieurs années, de nombreuses interrogations et préoccupations. Initialement autorisées pour répondre à des besoins spécifiques dans le cadre de la liberté tarifaire accordée à certains médecins, ces pratiques, lorsqu'elles excèdent un seuil raisonnable, peuvent désormais entrer en conflit avec la liberté de choix du médecin lorsqu'elles constituent un obstacle à l'accès aux soins.

Par ailleurs, ces dépassements alimentent une dynamique inflationniste, augmentant les charges supportées par les complémentaires santé et les mutuelles, donc les tarifs pratiqués sur leurs adhérents. Le coût de ces dépassements représente des sommes importantes qui pourraient, si elles n'étaient pas consacrées aux dépassements, renforcer le pouvoir d'achat des Français, grâce à une diminution du coût des contrats de protection complémentaire ou bien être investies par les organismes complémentaires dans d'autres domaines comme celui de la prévention.

Ces dépassements soulèvent par ailleurs une incompréhension croissante chez nos concitoyens car ils n'en perçoivent pas toujours le sens.

La pratique des dépassements d'honoraires et son encadrement pourrait également favoriser la concentration des activités sur certains actes et est susceptible de déséquilibrer l'offre de santé au détriment de la diversité des soins proposés et de la rapidité de prise en charge.

Au regard de ces constatations, j'ai décidé de vous confier une mission sur les dépassements d'honoraires visant à dresser un état des lieux précis et à formuler des recommandations pour repositionner cette pratique dans le cadre actuel de notre système de santé, dans un contexte où les enjeux d'accès aux soins et d'équilibre financier sont au cœur des priorités du Gouvernement. Je souhaite qu'en lien avec le ministère de la santé et de l'accès aux soins mais aussi la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), et l'observatoire conventionnel sur les pratiques tarifaires, vous me fassiez part de propositions concrètes afin d'enrichir les réflexions dans le cadre des discussions sur le financement de la sécurité sociale et les mesures de lutte contre les déserts médicaux.

.../...

Monsieur Yannick MONNET
Député
Assemblée nationale
126, rue de l'Université
75007 PARIS

Votre mission devra s'intéresser à trois principaux enjeux.

En premier lieu, je souhaite disposer d'une approche historique du principe de la liberté tarifaire, de son encadrement via le conventionnement, et des pratiques de dépassements d'honoraires afin de comprendre les raisons qui ont conduit à leur mise en place et la logique qui a présidé à leur encadrement par les dispositifs existants. Il conviendra d'évaluer si ces raisons restent pertinentes dans le contexte actuel.

En deuxième lieu, en lien étroit avec l'observatoire conventionnel sur les pratiques tarifaires, vous vous attacherez à établir une évaluation des dépassements d'honoraires afin d'identifier leur montant global, en nombre et en coût, leur répartition selon différents critères tels que les spécialités, les territoires (géographiques, urbains/ruraux) ou encore le type d'établissement dans lesquels les médecins qui pratiquent ces dépassements exercent et en fonction du mode d'exercice. Vous chercherez à déterminer les catégories de patients les plus exposés aux dépassements d'honoraires dans leurs parcours de soins.

En troisième lieu, votre mission nous éclairera sur l'impact de ces pratiques sur la répartition territoriale des professionnels et l'accès aux soins des patients, en déterminant si les dépassements d'honoraires constituent un frein voire un facteur de renoncement aux soins pour certaines populations. Il s'agira également d'étudier l'impact de l'encadrement tarifaire sur les motivations des étudiants en médecine, leur choix de spécialité et de leur lieu d'exercice.

Au cours de votre mission je tiens à ce que vous veilliez à recueillir les analyses et positions des différentes parties prenantes, notamment les représentants de la CNAM, des complémentaires santé assureurs et mutuelles, des associations d'usagers et des organisations professionnelles des médecins.

Un décret vous nommera, en application de l'article LO. 144 du code électoral, parlementaire en mission auprès de M. Yannick NEUDER, ministre auprès de la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles, chargé de la santé et de l'accès aux soins.

Vous réaliserez cette mission conjointement avec M. Jean-François ROUSSET, député.

Vous serez appuyé dans votre mission par un(e) inspecteur(rice) de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Vous veillerez à élaborer vos propositions dans le respect des règles d'indépendance, d'impartialité et d'objectivité qui s'imposent au titre de la loi du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique, et à m'informer des éventuelles mesures prises à cet effet.

Vos propositions, qui doivent se concentrer sur une déclinaison opérationnelle, sont attendues d'ici septembre 2025.

Je vous prie de croire, Monsieur le Député, en l'assurance de mes salutations les meilleures.



François BAYROU

Le Premier Ministre

- 4 5 9 / 2 5 SG

Paris, le 19 MAI 2025

Monsieur le Député,

Les dépassements d'honoraires pratiqués par certains professionnels de santé suscitent, depuis plusieurs années, de nombreuses interrogations et préoccupations. Initialement autorisées pour répondre à des besoins spécifiques dans le cadre de la liberté tarifaire accordée à certains médecins, ces pratiques, lorsqu'elles excèdent un seuil raisonnable, peuvent désormais entrer en conflit avec la liberté de choix du médecin lorsqu'elles constituent un obstacle à l'accès aux soins.

Par ailleurs, ces dépassements alimentent une dynamique inflationniste, augmentant les charges supportées par les complémentaires santé et les mutuelles, donc les tarifs pratiqués sur leurs adhérents. Le coût de ces dépassements représente des sommes importantes qui pourraient, si elles n'étaient pas consacrées aux dépassements, renforcer le pouvoir d'achat des Français, grâce à une diminution du coût des contrats de protection complémentaire ou bien être investies par les organismes complémentaires dans d'autres domaines comme celui de la prévention.

Ces dépassements soulèvent par ailleurs une incompréhension croissante chez nos concitoyens car ils n'en perçoivent pas toujours le sens.

La pratique des dépassements d'honoraires et son encadrement pourrait également favoriser la concentration des activités sur certains actes et est susceptible de déséquilibrer l'offre de santé au détriment de la diversité des soins proposés et de la rapidité de prise en charge.

Au regard de ces constatations, j'ai décidé de vous confier une mission sur les dépassements d'honoraires visant à dresser un état des lieux précis et à formuler des recommandations pour repositionner cette pratique dans le cadre actuel de notre système de santé, dans un contexte où les enjeux d'accès aux soins et d'équilibre financier sont au cœur des priorités du Gouvernement. Je souhaite qu'en lien avec le ministère de la santé et de l'accès aux soins mais aussi la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), et l'observatoire conventionnel sur les pratiques tarifaires, vous me fassiez part de propositions concrètes afin d'enrichir les réflexions dans le cadre des discussions sur le financement de la sécurité sociale et les mesures de lutte contre les déserts médicaux.

.../...

Monsieur Jean-François ROUSSET
Député
Assemblée nationale
126, rue de l'Université
75007 PARIS

Votre mission devra s'intéresser à trois principaux enjeux.

En premier lieu, je souhaite disposer d'une approche historique du principe de la liberté tarifaire, de son encadrement via le conventionnement, et des pratiques de dépassements d'honoraires afin de comprendre les raisons qui ont conduit à leur mise en place et la logique qui a présidé à leur encadrement par les dispositifs existants. Il conviendra d'évaluer si ces raisons restent pertinentes dans le contexte actuel.

En deuxième lieu, en lien étroit avec l'observatoire conventionnel sur les pratiques tarifaires, vous vous attacherez à établir une évaluation des dépassements d'honoraires afin d'identifier leur montant global, en nombre et en coût, leur répartition selon différents critères tels que les spécialités, les territoires (géographiques, urbains/ruraux) ou encore le type d'établissement dans lesquels les médecins qui pratiquent ces dépassements exercent et en fonction du mode d'exercice. Vous chercherez à déterminer les catégories de patients les plus exposés aux dépassements d'honoraires dans leurs parcours de soins.

En troisième lieu, votre mission nous éclairera sur l'impact de ces pratiques sur la répartition territoriale des professionnels et l'accès aux soins des patients, en déterminant si les dépassements d'honoraires constituent un frein voire un facteur de renoncement aux soins pour certaines populations. Il s'agira également d'étudier l'impact de l'encadrement tarifaire sur les motivations des étudiants en médecine, leur choix de spécialité et de leur lieu d'exercice.

Au cours de votre mission je tiens à ce que vous veilliez à recueillir les analyses et positions des différentes parties prenantes, notamment les représentants de la CNAM, des complémentaires santé assureurs et mutuelles, des associations d'usagers et des organisations professionnelles des médecins.

Un décret vous nommera, en application de l'article LO. 144 du code électoral, parlementaire en mission auprès de M. Yannick NEUDER, ministre auprès de la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles, chargé de la santé et de l'accès aux soins.

Vous réaliserez cette mission conjointement avec M. Yannick MONNET, député.

Vous serez appuyé dans votre mission par un(e) inspecteur(rice) de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Vous veillerez à élaborer vos propositions dans le respect des règles d'indépendance, d'impartialité et d'objectivité qui s'imposent au titre de la loi du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique, et à m'informer des éventuelles mesures prises à cet effet.

Vos propositions, qui doivent se concentrer sur une déclinaison opérationnelle, sont attendues d'ici septembre 2025.

Je vous prie de croire, Monsieur le Député, en l'assurance de mes salutations les meilleures.



François BAYROU

ANNEXE 2 : Liste des personnes rencontrées

- **Bruno Valat**, Maître de conférences d'histoire contemporaine à l'Institut National Universitaire J-F. Champollion, Albi. Membre permanent du FRAMESPA, UMR 5136, CNRS-Université Toulouse Jean Jaurès
- **Caisse nationale d'assurance maladie :**
 - **Thomas Fatôme**, Directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie
 - **Emmanuel Frère-Lecoutre**, Directeur de l'offre de soins CNAM
 - **Veronika Levendorf**, Directrice adjointe à la Direction de la médiation CNAM
 - **Damien Vergé**, Directeur de la stratégie CNAM
- **Collégiale des chirurgiens de l'A-HP :**
 - **Professeur Jérémie Lefèvre**, chirurgien digestif APHP hôpital saint antoine, Membre de la Collégiale des chirurgiens de l'AP-HP
 - **Professeur Cyril Touboul**, chirurgien gynécologue APHP hôpital tenon, Membre de la Collégiale des chirurgiens de l'AP-HP
 - **Professeur Morgan Rouprêt** chirurgien urologue APHP hôpital pitié Salpêtrière, Membre de la Collégiale des chirurgiens de l'AP-HP
- **Direction de la sécurité sociale :**
 - **Mme Delphine Champetier**, Direction de la sécurité sociale, Cheffe de service, adjointe au directeur
 - **M. Louis Clerc**, Direction de la sécurité sociale, Chargé de mission complémentaire santé solidaire
- **Directrice générale de l'offre de soins :**
 - **Julie Pougheon**, Direction générale de l'offre de soins (DGOS), cheffe de service, adjointe à la directrice générale de l'offre de soins
- **Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation des statistiques (DREES) :**
 - **Odran BONNET**, Chef du bureau assurance maladie et études sur les dépenses de santé
 - **M^{me} Alexandra LEMASSON**, Assistante de la sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie (OSAM)
- **HCAAM / IRDES :**
 - **Yann-Gael Hamghar**, Président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)
 - **Catherine Pollak**, secrétaire générale du HCAAM
 - **Renaud Legal**, Directeur de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)
 - **Véronique Lucas**, Directrice de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)
- **Docteur Franck Devulder**, Président Confédération des syndicats médicaux (Csmf)
- **Avenir spé / Avenir spé Le Bloc**
 - **Dr Patrick Gasser**, Président AvenirSpé
 - **Dr Philippe Cuq**, Président de l'Union des chirurgiens de France 5UCDF) et Co-Président d'AvenirSpé le Bloc
 - **Dr Vincent Pradeau**, membre du bureau AvenirSpe en charge de la numérisation de la santé
 - **Dr Loïc Kerdiles**, Co-Président d'AvenirSpé le Bloc
 - **Dr Bertrand de Rochambeau**, Co-Président d'AvenirSpé le Bloc
 - **Dr Etienne Fourquet**, Président du SNARF et membre d'AvenirSpé

- **Docteur Patricia Lefébure**, Présidente de la Fédération des médecins de France (FMF)
- **Mutuelles de France**
 - **Nicolas Souveton**, Secrétaire général Mutuelles de France
 - **Julian Caudron**, responsable du pôle Complémentaire santé et prévoyance, Mutuelles de France
- **Docteur Sophie Bauer**, Présidente du syndicat des médecins libéraux (SML)
- **Docteur Valérie Briole**, Vice-présidente de l'UFMLs et Présidente de l'URPS Île-de-France pour la médecine libérale
- **Conseil national de l'ordre des médecins**
 - **Professeur Stéphane Oustric**, Président du Conseil National de l'Ordre des médecins
 - **Julie LAUBARD**, Directrice des services juridiques
 - **Caroline NICET-BLANC**, Conseillère juridique responsable de la section Exercice professionnel
- **InterSyndicale Nationale des Internes (ISNI)**
 - **InKilian L'helgouarc'h**, Président
 - **Thomas Citti**, Vice-président
- **Association nationale des étudiants en médecine (ANEMF)**
 - **Marion Da Ros Poli**, Présidente
 - **Edrian Rossignol**, Vice-président
- **Fédération de la mutualité française**
 - **Séverine Salgado**, Directrice générale
 - **Laure-Marie Issanchou**, Directrice de la Direction du Développement des Assurances Mutualistes
 - **Anaïs Rodrigues**, Chargée d'Affaires publiques
- **Fédération française des médecins généralistes (MG France)**
 - **Dr Agnès Giannotti**, Présidente
 - **Dr Jean-Christophe Nogrette**, Secrétaire général adjoint
- **France Assos Santé**
 - **Marc Morel**, Directeur général
 - **Féreuze Aziza**, Conseillère nationale maladie
- **Philippe Bergerot**, Président de la Ligue nationale contre le cancer
- **Ufc-Que Choisir**
 - **Théau Brigand**, Études économiques, secteur santé
 - **Benjamin Récher**, Relations institutionnelles
- **Fehap (Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée)**
 - **Charles Guepratte**, Directeur général
 - **Arnaud Joan Grange**, Directeur offre de soin et coordination des parcours de santé
- **Sophie Beaupère**, Unicancer, Déléguée générale
- **Fédération hospitalière de France (FHF)**

- **Cécile Chevance**, Responsable pôle OFFRES (offre de soins, finances, FHF data, recherche et e-santé)
- **Rodolphe Soulié**, Responsable pôle RHH
- **France Assureurs**
 - **Paul Esmein**, Directeur général
 - **Cécile Malguid**, Directrice adjte direction assurances de personnes, en charge du marché santé et prévoyance
- **Gérard Parmentier**, auteur livre dépassements honoraires
- **Fédération hospitalière de France (FHP)**
 - **Lamine Gharbi**, Président
 - **Dr Olivier Jourdain (gynécologue-obstétricien)**, président de la Conférence des présidents de CME de l'hospitalisation privée.
 - **Béatrice Noellec**, Directrice des relations institutionnelles et de la Veille Sociétale

ANNEXE 3 : Part du secteur 2 par spécialité

Spécialités	Part des médecins conventionnés en secteur 1 (%)	Part des médecins conventionnés en secteur 2 adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO (%)	Part des médecins conventionnés en secteur 2 non OPTAM (%)
Allergologues	73,8	12,7	13,1
Anesthésistes-réanimateurs	41,3	25,6	32,9
Cardiologues	73,7	16	10,2
Chirurgiens	15,4	42,7	41
Dermatologues	52,8	14,3	31,7
Endocrinologues	35,1	34,2	30,2
Gynécologues médicaux et obstétriciens	29,4	36,2	33,9
Hépto-gastro-entérologues	51,9	27,3	20,7
Généralistes à expertise particulière	71,7	12,2	12,5
Médecins vasculaires	75,2	15,3	9,4
Néphrologues	94,8	2,4	2,8

Neurologues	57,9	28	13,7
Ophtalmologues	33,8	49,5	44,8
O.R.L.	30,8	28	41
Pédiatres	51,8	27,4	20,4
Pneumologues	75,5	1,8	8,9
Psychiatres	56,6	15,7	26,9
Radiologues	72,7	13,9	13,4
Rhumatologues	43,2	24,4	32
Stomatologues	36,9	13,5	49,5

ANNEXE 4 : Conditions d'entrée en secteur 2

I. Accès direct

Aux termes de l'article 13.1 de la Convention nationale des médecins libéraux **peuvent être autorisés à pratiquer des honoraires différents** les médecins qui s'installent pour la première fois en libéral et sont titulaires des titres hospitaliers suivants :

- ancien chef de clinique des universités assistant des hôpitaux dont le statut relève du décret n°2021-1645 du 13 décembre 2021;
- ancien assistant hospitalier universitaire dont le statut relève du décret n°2021-1645 du 13 décembre 2021 ;
- ancien chef de clinique des universités de médecine générale dont le statut relève du décret n°2008-744 du 28 juillet 2008 ;
- ancien assistant des hôpitaux dont le statut est régi par les articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique ;
- médecin des armées dont le titre relève du chapitre 2 du décret n° 2008-933 du 12 septembre 2008 portant statut particulier des praticiens des armées ;
- les praticiens hospitaliers dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique, dès lors qu'ils sont nommés à titre permanent :
 - les médecins des hôpitaux exerçant à 100% au sein de leur établissement sans condition d'ancienneté;
 - les médecins des hôpitaux exerçant entre 50 et 90% au sein de leur établissement, comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions.

Les fonctions permettant de détenir ces titres peuvent être exercées alternativement au sein d'établissements publics de santé et d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). La demande d'accès au secteur 2 sera alors examinée dans le cadre de la procédure par équivalence des titres.

Les demandes de médecins nommés dans de fonctions permettant de détenir ces titres mais affectés en ESPIC par les autorités publiques hospitalières relèvent de la procédure automatique (accès direct).

Aucune autre fonction (praticien contractuel, praticien attaché, praticien associé...) ne permet, à ce jour, d'accéder au secteur 2.

Précisions sur l'acquisition du titre d'ancien assistant des hôpitaux

Le titre d'ancien assistant des hôpitaux est acquis après deux années de fonctions effectives en cette qualité.

La phase 3 dite de consolidation du troisième cycle des études de médecine (docteur junior) validée, est comptabilisée à raison d'une année pour l'obtention du titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux.

Les congés annuels, de maternité, de naissance, d'adoption, d'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption, de paternité sont pris en compte pour le calcul des deux années de fonctions effectives dans la limite totale de 6

mois. Attention cela ne vaut que pour les congés en cours au 6 février 2022 ou pris à compter de cette date. Les congés de maladie rémunérés sont pris en compte dans la limite de 30 jours.

Au-delà, le contrat doit être poursuivi pour le temps nécessaire à l'exercice des fonctions pendant une durée de deux ans.

Les deux années d'exercice d'assistant des hôpitaux peuvent être assurées dans des établissements différents et de façon non continue.

Précisions sur l'acquisition du titre d'ancien chef de clinique-assistant des hôpitaux et d'ancien assistant hospitalier universitaire

Le titre d'ancien chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux et le titre d'ancien assistant hospitalier universitaire est acquis après deux années de fonctions effectives à temps plein.

Pour le calcul de la durée effective du service, sont assimilées à des fonctions à temps complet les fonctions exercées à temps partiel (temps partiel thérapeutique, temps partiel accordé aux personnes handicapées, aux victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles, aux titulaires d'une pension d'invalidité, jusqu'au troisième anniversaire d'un enfant, pour donner des soins à un conjoint, concubin, un enfant ou un ascendant).

Le temps partiel annualisé de droit (cycle de douze mois) à l'issue du congé maternité, d'adoption ou de paternité est également pris en compte pour le calcul de la durée de l'exercice des fonctions.

Les deux années d'exercice des fonctions de chef de clinique des universités– assistant des hôpitaux et de celles d'assistant hospitalier universitaire peuvent être assurées dans des établissements différents et de façon non continue.

Cumul d'une année de clinicat et d'une année d'assistantat

Il s'avère que de jeunes médecins ne font plus deux années de clinicat, comme le prévoit le statut des chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux (article 90 du décret n°2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires) mais se voient imposés une seule année de clinicat accolée à une année en qualité d'assistant des hôpitaux.

Dans cette hypothèse, le Conseil national de l'Ordre des médecins avait considéré, en mars 2017, que ces médecins, qui ont effectivement exercé des fonctions d'assistant des hôpitaux pendant deux ans, pouvaient accéder au secteur 2 et en avait immédiatement informé le ministère de la santé. **Celui-ci a rejeté, en décembre 2017, une telle possibilité et l'a fait savoir à la CNAM.**

Précisions sur le titre de praticien hospitalier à temps plein nommé à titre permanent

Seuls les praticiens hospitaliers nommés à titre permanent peuvent accéder au secteur 2 :

- dès leur nomination pour les praticiens exerçant à temps plein ;
- après 5 ans de fonctions pour les praticiens exerçant à temps partiel.

L'exercice pendant l'année probatoire ne permet pas l'accès au secteur 2.

Précisions sur le titre de médecin ou chirurgien des hôpitaux des armées

Les titres de médecin ou chirurgien des hôpitaux des armées permettant l'accès au secteur 2 sont ceux figurant dans le décret n°2008-933 du 12 septembre 2008 portant statut particulier des praticiens des armées.

II. Accès par équivalence des titres

Pour les titres acquis en France dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif (**ESPIC**) ou dans les établissements relevant d'une **collectivité d'outremer** (Nouvelle-Calédonie, Polynésie Française),

Pour les titres acquis à l'étranger dans les établissements hospitaliers situés sur un territoire concerné soit :

- par le régime de reconnaissance des qualifications professionnelles de l'**Union Européenne** mise en place par la directive 2005/36/CE (comprenant la **Confédération helvétique**),
- par l'arrangement **Franco-Québécois** du 25 novembre 2011 en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des médecins, leur équivalence aux titres hospitaliers évoquée dans la première partie est reconnue par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du lieu d'implantation du cabinet du médecin conformément aux décisions de la caisse nationale d'assurance maladie.

Il appartient donc aux médecins de l'Union européenne, de la Confédération helvétique, du Québec et aux médecins ayant acquis leur titre dans les ESPIC ou les établissements des collectivités d'outre-mer de formuler leur demande d'accès au secteur 2 auprès de leur CPAM.

III. Exceptions à la condition de première installation en libéral

N'est pas assimilée à une première installation en libéral :

- l'exercice d'une activité libérale par les médecins qui changent de spécialité médicale au bénéfice d'une spécialité médicale nouvellement créée et qui s'installent en libéral dans le cadre de cette nouvelle spécialité (nouveau DES) ;
- l'exercice d'une activité libérale intra hospitalière par les praticiens hospitaliers exerçant dans les établissements publics de santé ;
- l'exercice d'une activité libérale en dehors du régime conventionnel ;
- l'exercice d'une activité libérale par les chefs de clinique universitaire de médecine générale pendant leur clinicat en vue d'obtenir le titre d'ancien chef de clinique universitaire de médecine générale.

Ces différentes situations peuvent donc ouvrir droit à une demande d'autorisation à pratiquer des honoraires différents.

ANNEXE 5 : Revue de littérature

L'accès aux soins fait partie des droits fondamentaux français et constitue un pilier du système de protection sociale du pays. Pourtant, cet accès aux soins peut être mis à mal par certains mécanismes tels que les dépassements d'honoraires. Initialement mis en place pour revaloriser la rémunération des médecins sans alourdir les dépenses de l'Assurance maladie dans un contexte économique dégradé, les dépassements d'honoraires sont sans doute mal compris aujourd'hui par une partie des citoyens français et sont associés à une aggravation des inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins par plusieurs travaux. Malgré les tentatives de réformes et de régulation de ces dépassements, leur montant ne cesse d'augmenter.

Cette revue de littérature propose de revenir sur l'histoire et le fonctionnement des dépassements d'honoraires, avant d'en examiner les effets sur les parties prenantes du système de santé et analyse enfin les mécanismes de régulation mis en place pour limiter ces pratiques.

1 Les dépassements d'honoraires en France : origines, fonctionnement et évolutions récentes

1.1 Naissance et cadre réglementaire des dépassements d'honoraires

La littérature montre que les médecins et les pouvoirs publics ont longtemps été en désaccord concernant la régulation des tarifs médicaux. Tandis que les médecins réclamaient une rémunération juste, les pouvoirs publics voulaient défendre les intérêts des assurés. Le principe de « l'entente directe »¹⁷, issu de l'identité libérale médicale française, qui veut que le médecin n'agisse que dans l'intérêt du patient et qui nie tout intérêt économique du corps médical, a permis aux médecins de bénéficier d'une liberté tarifaire totale jusqu'en 1971. C'est en effet en 1971 que la première convention nationale a fixé des tarifs opposables pour l'ensemble des médecins.

Dans un contexte économique difficile la convention nationale conclue le 29 mai 1980 a réintroduit la liberté tarifaire avec la création de deux secteurs conventionnels : les médecins adhérant au secteur 1 s'engagent à respecter les tarifs opposables, tandis que ceux adhérant au secteur 2 sont libres de pratiquer des dépassements d'honoraires mais ne bénéficient plus de la prise en charge de leurs cotisations sociales par l'Assurance maladie. Ce revirement a permis d'accroître le revenu des médecins sans augmenter les dépenses nationales de santé. Face au nombre croissant de médecins adhérant au secteur 2 (16% des généralistes et 44% des spécialistes en 1989)¹, l'accès au secteur 2 a été largement restreint en 1990. Seuls les anciens chefs de clinique et anciens assistants des hôpitaux pouvaient alors opter pour le secteur 2 lors de leur première installation.

La littérature montre que le gel du secteur 2 a entraîné diverses conséquences : il a permis d'améliorer l'accès aux soins grâce aux médecins plus nombreux à pratiquer des tarifs régulés, mais il a aussi généré des comportements stratégiques chez les médecins spécialistes contraints de rester en secteur 1¹⁸. Ces derniers ont augmenté leur activité en augmentant leur nombre d'actes. Si la majorité de cette nouvelle activité s'adressait à des nouveaux patients, améliorant alors l'accès aux soins médicaux, elle s'adressait aussi aux patients réguliers, ce qui pourrait suggérer une augmentation d'actes dont la justification médicale peut être discutée.

¹⁷ Bras, PL. (2015). *La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes*, in *Les Tribunes de la santé* » 2015/3 n° 48 | pages 73 à 92

¹⁸ Kingsada, A., Samson, AL. (2022). *French physicians' response to balance billing restrictions. Working paper*

1.2 Le fonctionnement tarifaire des soins médicaux

Les médecins dans le secteur 1 sont engagés à respecter le tarif fixé dans la convention nationale pour leur activité, contre une prise en charge de leurs cotisations sociales par l'Assurance maladie. Ils n'ont pas le droit d'exercer de dépassements d'honoraires contrairement à ceux adhérant au secteur 2.

La littérature souligne la faiblesse de l'encadrement juridique des dépassements d'honoraires. S'ils sont théoriquement encadrés par le respect du « tact et de la mesure » qui fait partie du code de déontologie et était un des éléments, de la convention de 1971, qui s'est abstenue de le définir, et par le devoir d'information, il n'y a pas de limite claire dont le dépassement entraînerait des sanctions. L'avenant n°8 de la convention nationale de 2012 spécifie tout de même que le « taux de dépassement à 150% du tarif opposable pourra servir de repère »¹⁹. Pour mieux comprendre l'enjeu des dépassements d'honoraires, la littérature nous montre qu'il est essentiel de comprendre comment les médecins déterminent leurs tarifs.

1.2.1 Globalement, le comportement tarifaire des médecins en secteur 2 semble à la fois influencé par des déterminants économiques et sociaux.

- Déterminants économiques : l'activité des médecins en secteur 1 ne réagit ni à la concurrence ni à la demande et ne dépend que de leurs préférences individuelles contrairement aux médecins en secteur 2²⁰.

En effet, la densité médicale a des effets directs sur la détermination des dépassements d'honoraires : selon la DREES (2020), les tarifs d'un médecin diminueraient de 0.71% dans le cas de l'augmentation de 1% de la densité des médecins de secteur 2 installés à proximité²¹, c'est-à-dire, dans la même commune. Ces médecins compensent alors la baisse des dépassements d'honoraires en augmentant leur volume d'activité. D'autres travaux montrent qu'un autre déterminant économique des dépassements est la solvabilité ou le niveau de vie de la population locale²². Ainsi, bien que la concurrence puisse réduire les tarifs, la concentration de populations solvables dans les zones urbaines explique que les dépassements y soient en moyenne plus élevés.

- Déterminants sociaux : Les médecins de secteur 2 déterminent aussi leurs dépassements d'honoraires en fonction de leurs confrères dans le même département avec une logique de mimétisme ce qui entraîne la hausse des dépassements²³.

Ainsi, la détermination des tarifs pour les médecins exerçant dans le secteur 2 est complexe et montre que les dépassements d'honoraires ne répondent pas toujours aux principes de concurrence et d'offre et de la demande.

¹⁹ Bras, PL. (2015). *La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes* », in *Les Tribunes de la santé* » 2015/3 n° 48 | pages 73 à 92

²⁰ Choné, P., Coudin, E., Pla A. (2019). *Does the Provision of Physician Services Respond to Competition ?*, Série des Documents de Travail, n° 2019-20, CREST

²¹ Choné, P., Coudin, E., Pla, A. (2020). *Médecins en secteur 2 : les dépassements d'honoraires diminuent quand la concurrence s'accroît*, Etudes et résultats n°1137, DREES, janvier 2020

²² Bellamy, V., Samson AL. (2010). *Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins*, Comptes nationaux de la santé -Direction de la Recherche, des études, de L'évaluation et des Statistiques

²³ Choné, P., Coudin, E., Pla, A. (2020). *Médecins en secteur 2 : les dépassements d'honoraires diminuent quand la concurrence s'accroît*, Etudes et résultats n°1137, DREES, janvier 2020

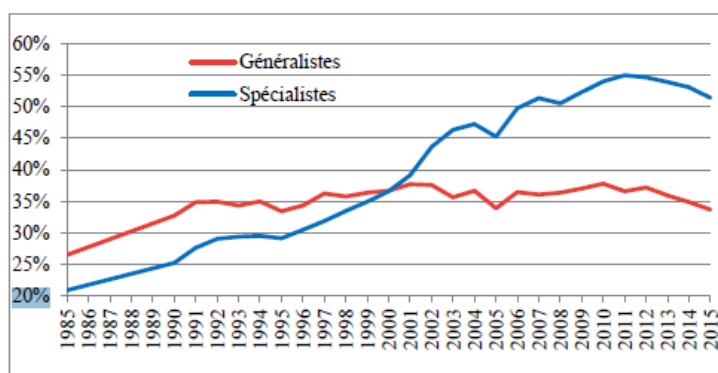
1.3 L'évolution quantitative des dépassements d'honoraires

Les dépassements d'honoraires sont de plus en plus mentionnés dans la littérature en raison de leur ampleur. En effet, ils ont connu une augmentation tant dans leur montant total, les taux de dépassement et dans le nombre de médecins qui les exerce.

Le montant total des dépassements d'honoraires connaît une hausse significative depuis les années 2000 selon un rapport de l'IGAS²⁴ publié en 2007. Cela est en partie expliqué par la hausse du nombre de médecins spécialistes adhérant au secteur 2. En moins de dix ans, la part des spécialistes dans le secteur 2 est passée de 39,2% à 44,3% (entre 2006 et 2015)²⁵.

Les taux de dépassement ont eux aussi augmenté et contribué à la hausse du montant total des dépassements d'honoraires ainsi que les restes à charges pour les patients. Selon la Cour des Comptes (2017)²⁶, le taux moyen de dépassement pratiqué est passé de 25,3% des tarifs opposables en 1990 à 51,4% en 2015.

Graphique n° 19 : taux moyen de dépassement des médecins généralistes et spécialistes de secteur 2 pratiquant des dépassements d'honoraires (1985-2015, en % des tarifs opposables)



Source : CNAMTS.

Ainsi, si la littérature s'empare de la question des dépassements d'honoraires, c'est parce que ces dépassements sont en hausse et posent des problèmes d'accès aux soins que nous développerons plus tard.

Si aucun article récent n'est venu actualiser ces données, on sait que le taux de dépassement est orienté à la baisse (cf. supra) au moins jusqu'en 2020, puis reparti à la hausse. En 2023 le taux moyen de dépassement est d'un peu moins de 50%.

1.3.1 La répartition selon les spécialités

Il ressort de plusieurs travaux que la répartition des dépassements d'honoraires varie fortement selon les spécialités. Il y a notamment trois spécialités exerçant des dépassements d'honoraires particulièrement élevés : la chirurgie, la gynécologie obstétrique et l'anesthésie²⁷. Ces spécialités, fortement représentées dans le secteur 2, impliquent la réalisation d'actes techniques à forte complexité et responsabilité, justifiant en partie des dépassements élevés.

²⁴ Aballea, P., Bartoli, F., Eslous, L., Yeni, I. (2007). *Les dépassements d'honoraires médicaux, Rapport IGAS RM2007-054P*

²⁵ Cour des comptes (2017). *La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, Chapitre V, RALFSS 2017*

²⁶ Ibid.⁹

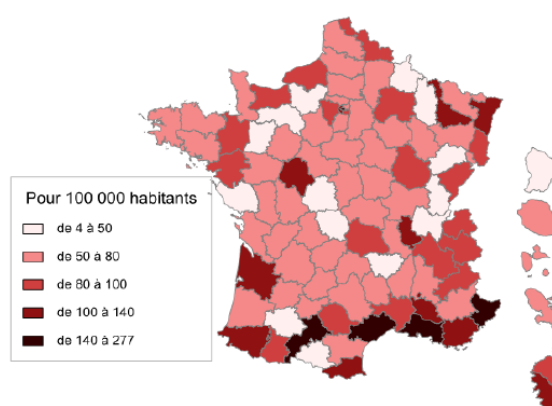
²⁷ Bellamy, V., Samson AL. (2012). *Le secteur optionnel : effet d'aubaine ou outil de régulation des dépassements d'honoraires ? Economie Publique, n°28-29, pp. 197-238*

Des données de la CNAM de 2024 montrent qu'en montant moyen de dépassement, les spécialités pratiquant le plus de dépassements sont l'ophtalmologie (222 815 euros), la stomatologie (219 267 euros), l'anesthésie (159 234 euros), le radiodiagnostic et imagerie médicale (111 793 euros) suivi par la gynéco-obstétrique (108 681 euros).²⁸

1.3.2 La répartition territoriale

La répartition des médecins pratiquant dépassements d'honoraires a aussi été montré comme inégale selon les territoires. Selon un rapport de la Cour des Comptes publié en 2017²⁹, il y a en effet une persistance d'inégalités territoriales dans la répartition des médecins de spécialités malgré l'augmentation de la densité globale des médecins spécialistes libéraux. Par ailleurs, ce rapport met en évidence la superposition des zones de densités élevées de médecins et de nouvelles installations majoritaires en secteur 2.

Carte n° 1 : densité des médecins spécialistes libéraux (2016)



Source : Cour des comptes d'après les données communiquées par la DREES.

La littérature montre ainsi que le secteur 2 favorise l'installation de médecins dans des zones déjà relativement bien dotées en spécialistes³⁰ et surtout dans les grandes villes, ce qui contribue aux disparités de répartition de ces spécialistes sur le territoire français. La Cour de Comptes (2017)³¹ montre que ces inégalités sont marquées, en particulier dans certains départements sous-dotés en médecins spécialistes : 11 départements comptent moins de deux dermatologues pour 100 000 habitants.

²⁸ SNIR-PS et AMOS - France entière - CONVENTIONNES TOUS SECTEURS (y compris non conventionnés), Dépassements d'honoraires des professionnels de santé libéraux (2024)

²⁹ Cour des comptes (2017). La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, Chapitre V, RALFSS 2017

³⁰ Bras, PL. (2015). La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes », in Les Tribunes de la santé » 2015/3 n° 48 | pages 73 à 92

³¹ Cour des comptes (2017). La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, Chapitre V, RALFSS 2017

Tableau n° 58 : départements à faible densité de médecins spécialistes libéraux (2016, pour 100 000 habitants)

	< 2 dermatologues	< 3 gynécologues médicaux	< 3 cardiologues	< 4 ophtalmologues	< 3 psychiatres
	11	5	8	10	16
Nombre et identité des départements concernés	Mayotte Creuse Jura Guyane Lozère Cher Tarn-et- Garonne Lot Oise Orne Deux-Sèvres	Mayotte Guyane Jura Tarn-et- Garonne Sarthe	Mayotte Guyane Indre Haute-Saône Ariège Haute-Loire Mayenne Eure	Mayotte Haute- Saône Guyane Lozère Ain Indre Ardèche Deux- Sèvres Ardennes Ariège	Mayotte Haute-Marne Guyane Cantal Manche Eure-et-Loir Meuse Orne Deux-Sèvres Ain Pas-de-Calais Guadeloupe Martinique Vendée Eure Oise

Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES. Présentation par ordre décroissant de densité.

1.3.3 La répartition selon le type d'établissement

Les médecins pratiquant des dépassements d'honoraires sont aussi inégalement répartis selon le type d'établissement. Selon un rapport Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie (HCAAM)³² publié en 2009, 80% des médecins libéraux pratiquent en ville, mais cela existe aussi dans les établissements de santé, le plus souvent quand ils sont privés. Les personnes fréquentant les établissements privés à but lucratif sont donc plus susceptibles d'être exposées à des dépassements d'honoraires³³, et cela entraîne une conséquence directe sur l'accessibilité des soins pour les populations les plus modestes.

2 Les impacts des dépassements d'honoraires sur toutes les parties prenantes

Les dépassements d'honoraires sont un élément incontournable dans l'offre des soins aujourd'hui, notamment pour les soins de spécialité. S'ils ont été mis en place pour augmenter la rémunération des médecins sans alourdir les dépenses de l'Assurance maladie, les dépassements d'honoraires entraînent des conséquences diverses et potentiellement profondes sur toutes les parties prenantes.

2.1 Sur les patients

2.1.1 Reste à charge et rôle des complémentaires santé

Les dépassements d'honoraires, qui sont fixés librement par les médecins en secteur 2 et qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie, représentent une grande part du reste à charge des patients. Les complémentaires de santé interviennent pour alléger le reste à charge sur les patients mais selon un rapport de l'IGAS (2007)³⁴, deux tiers des dépassements d'honoraires pèsent directement sur les ménages.

Par ailleurs, il montre que la prise en charge des dépassements d'honoraires augmente les inégalités entre les assurés : les retraités, chômeurs et salariés précaires ont souvent accès à des contrats individuels plus coûteux et moins protecteurs que les contrats collectifs dont bénéficient les salariés aux revenus les plus élevés. De plus, une partie de la population française (5%) reste non couverte et est alors entièrement exposée aux restes à charges et notamment aux dépassements d'honoraires. Ces constats ont pu évoluer avec la mise en place des

³² Bocognano, A. (2009) Droit à dépassement et impact sur les inégalités d'accès aux soins; Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

³³ Pradines N. (2016). Les établissements de santé privés sont davantage fréquentés par les catégories sociales aisées. ER n°0976 – septembre 2016, Drees

³⁴ Aballea, P., Bartoli, F., Eslous, L., Yeni, I. (2007). Les dépassements d'honoraires médicaux, Rapport IGAS RM2007-054P

contrats responsables et des contrats collectifs, et des obligations qui pèsent dans certains cas pour les complémentaires de couvrir ces dépassement (décret de 1992).

La littérature montre alors que les restes à charge, induits par les dépassements d'honoraires, sont régressifs puisqu'ils pèsent proportionnellement plus sur les plus pauvres. L'IRDES montre cela à travers l'indicateur Kakwani³⁵ en 2016 et identifie les profils les plus exposés aux restes à charge élevés : parmi les 10% d'individus supportant les restes à charges les plus élevés il y a les patients chroniques en ambulatoire, les personnes précaires hospitalisées en public, les actifs avec des soins dentaires coûteux et les seniors non hospitalisés. La DREES (2005) confirme la théorie selon laquelle le poids des dépassements d'honoraires est plus lourd pour les personnes avec des revenus plus faibles : en effet un revenu plus élevé de 10% s'accompagne d'une diminution de dépenses de santé de 0.5%³⁶.

2.1.2 Le cas spécial des patients bénéficiaires de la C2S

Les dépassements d'honoraires, considérés comme un obstacle aux soins pour les personnes avec les revenus les plus bas, ont été interdits pour certains patients. En effet, pour garantir l'accès aux soins des personnes les plus modestes, les médecins du secteur 2 ne peuvent pratiquer de dépassements d'honoraires pour les soins délivrés aux bénéficiaires de la CMU-C, dès sa création en 1999, soit la Couverture Maladie Universelle Complémentaire.

En 2019, 8.8% de la population en bénéficiait et la littérature s'est intéressée à l'impact de la CMU-C sur les patients plus modestes. Si cela a permis de limiter l'avance de frais et a donc permis un meilleur accès aux soins, cela a aussi suscité des comportements discriminatoires de la part de certains praticiens à l'égard de ces bénéficiaires selon plusieurs travaux³⁷. En effet, il peut exister une forte discrimination selon la situation de vulnérabilité économique du patient : 9% des dentistes, 11% des gynécologues et 15% des psychiatres refusent des soins par discrimination de façon directe et explicite.³⁸

Alors, les personnes bénéficiant de la CMU-C ou de l'ACS (l'Aide à la Complémentarité de Santé) ont été refusés des soins ou proposé des soins avec une qualité moindre. Le rapport d'Etudes & Résultats³⁹ publié en 2018 explique cela en montrant que les patients bénéficiaires de la CMU-C représentent un « coût d'opportunité » plus élevé que les autres pour les médecins en secteur 2.

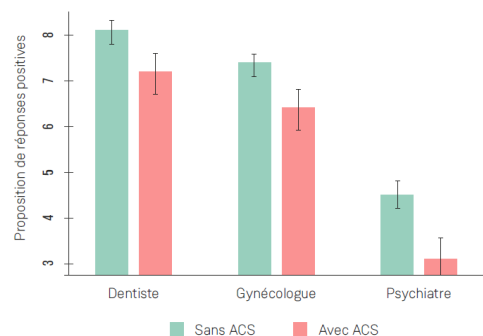
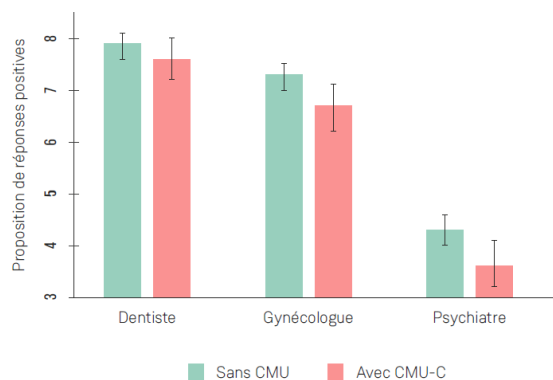
³⁵ Perronnin M. (2016). *Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis*. QES n°218 – mai 2016, Irdes

³⁶ Raynaud R. (2005). *Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire*. ER n°378 – février 2005, Drees

³⁷ Dormont, B. and Gayet, C. (2021). *The Ban on Extra-Fees for Beneficiaries of the CMU-C Health Cover: What Consequences for Physicians and Dentists in Private Practice?* *Economie et Statistique / Economics and Statistics*, (524-525):31–47

³⁸ L'Horty, Y. Chareyron, S. Petit, P. (2018), *les refus de soins discriminatoires : test dans trois spécialités médicales*. *Etudes & Résultats*.

³⁹ Ibid. ²²



Note : Les intervalles de confiance sont établis au seuil de risque de 90%.
Source : TEPP-CNRS, Testing TRICERATOPS.

[1]

L'ACS a été mis en place en 2005 pour aider les personnes aux revenus modestes, légèrement au-dessus du seuil de la CMU-C. En 2019, la CMU-C et l'ACS ont été fusionnées en la C2S, soit la Complémentarité santé solidaire.

2.1.3 Inégalités d'accès aux soins voire renoncement aux soins

Les dépassements d'honoraires sont donc supportés de façon inégale sur le territoire et entre catégories socio-professionnelles.

La littérature montre que ces dynamiques ne sont pas sans conséquences sur les patients. En effet, les dépassements d'honoraires font partie des facteurs qui compliquent l'accès aux soins voire entraînent un renoncement : 5,5% de la population déclare avoir renoncé à des consultations médicales pour des raisons financières en 2012⁴⁰. Les travaux montrent néanmoins que d'autres facteurs expliquent le renoncement aux soins. Un rapport de la DREES⁴¹ publié en 2005 établit que les caractéristiques socioéconomiques, telles que l'éducation et la culture, ainsi que le bénéfice d'une assurance maladie complémentaire influent sur la consommation de soins. Ainsi, il montre que le risque de renoncement aux soins est doublé dans les familles monoparentales et multiplié par 1.6 pour les chômeurs. Un rapport du HCAAM⁴² (2009) rappelle par ailleurs que le Conseil Constitutionnel considère en 2004 que l'accessibilité financière est une condition du droit à la santé.

De ce fait, le reste à charge et les dépassements d'honoraires peuvent être considérés comme inconstitutionnels s'ils sont élevés au point d'être un obstacle à l'accès aux soins médicaux.

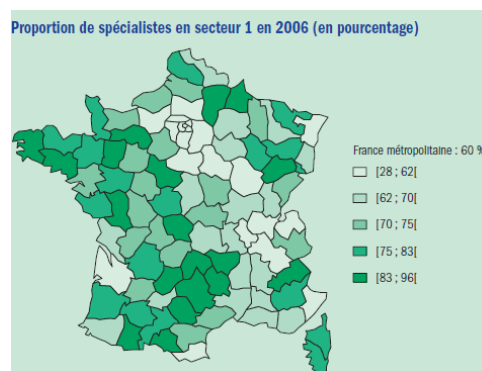
Ce phénomène s'explique aussi par l'inégale répartition des soins à tarifs opposables sur le territoire français. Selon le rapport de le HCAAM⁴³ (2009) certains territoires ont peu de médecins spécialistes en secteur 1, ce qui pose un problème pour ceux qui aimeraient consulter des spécialistes mais sans pouvoir payer de dépassements d'honoraires.

⁴⁰ Bras, PL. (2015). La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes », in *Les Tribunes de la santé* » 2015/3 n° 48 | pages 73 à 92

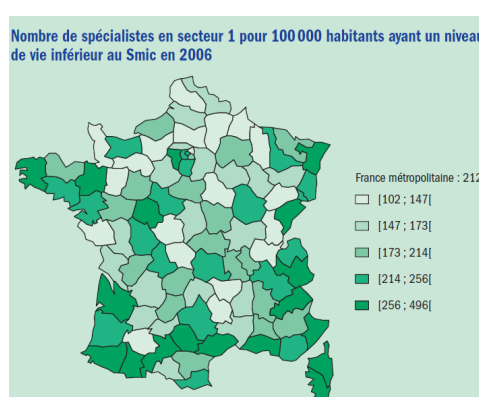
⁴¹ Raynaud R. (2005). Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. ER n°378 – février 2005, Drees

⁴² Bocognano, A. (2009) Droit à dépassement et impact sur les inégalités d'accès aux soins; Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

⁴³ Bocognano, A. (2009) Droit à dépassement et impact sur les inégalités d'accès aux soins; Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie



Le HCAAM considère cette analyse insuffisante pour illustrer la réalité de la difficulté à l'accès aux soins et propose de rapporter la densité de médecins spécialistes en secteur 1 à la population ayant un niveau de vie inférieur au smic. Cela montre la difficulté de l'accès aux soins dans certains territoires comme le Nord Pas-de-Calais.



[2]

2.2 Sur les médecins

Les dépassements d'honoraires sont majoritairement exercés par les médecins en secteur 2 et cela a des effets sur leur profession que ce soit sur leur rémunération, le type d'actes qu'ils pratiquent ou le type de spécialité que les étudiants en médecine choisissent.

2.2.1 Leur rémunération

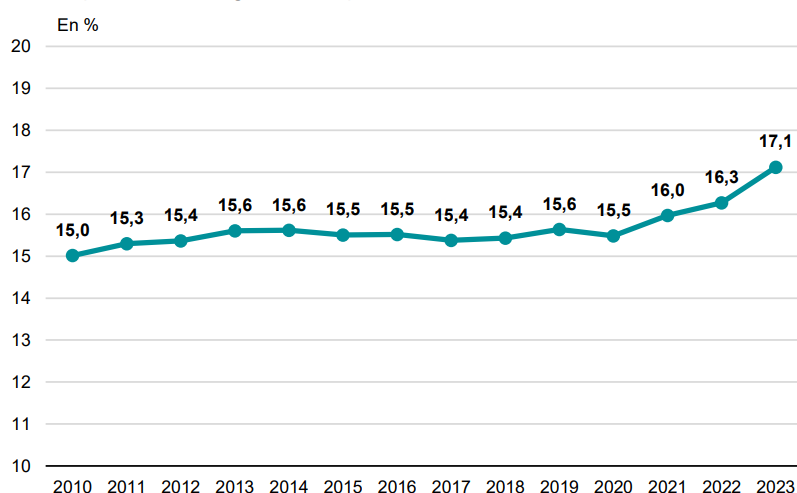
L'exercice de dépassements d'honoraires permet aux médecins de fixer librement leurs tarifs, ce qui leur apporte un avantage financier considérable. Lors de la mise en place de ce système, il était clair pour la plupart des spécialistes que les dépassements d'honoraires représentaient une opportunité financière intéressante : si leurs cotisations sociales n'étaient pas prises en charge contrairement à celles des médecins en secteur 1, le tarif libre leur permettait de compenser largement cette dépense supplémentaire⁴⁴. L'objectif de la réforme de 1980 était justement d'augmenter le revenu des médecins dans un contexte économique faible sans augmenter les dépenses de l'Assurance maladie.

La littérature montre que les dépassements d'honoraires représentent une grande partie des dépassements totaux des médecins spécialistes : selon la DREES en 2023, les dépassements représentaient 17.1% des honoraires des médecins spécialistes⁴⁵.

⁴⁴ Bras, PL. (2015). *La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes*, in *Les Tribunes de la santé* » 2015/3 n° 48 | pages 73 à 92

⁴⁵ Didier, M. Lefebvre G. (2024) *Les dépenses de santé en 2023, Fiche 4 et 5, Drees*

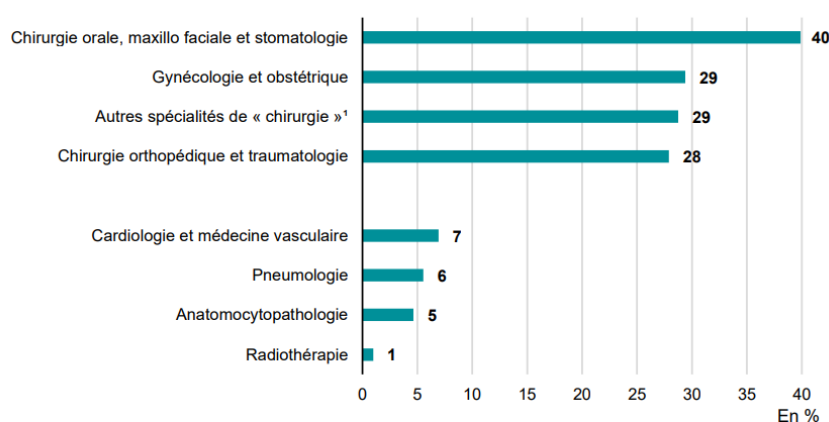
Graphique 5 Part des dépassements dans les honoraires des médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes)



Lecture > En 2023, les dépassements représentent 17,1 % des honoraires des spécialistes, hors médecins généralistes.
Source > DREES, comptes de la santé.

Toutefois, les dépassements d'honoraires soulèvent des questions d'inégalités entre les médecins. D'abord au sein des médecins spécialistes du secteur 2, la part des dépassements dans les honoraires totaux sont hétérogènes selon les spécialités : Elle est de 40% pour la chirurgie orale, 30% pour la gynécologie et la chirurgie orthopédique et seulement 1% pour la radiothérapie⁴⁶.

Graphique 6 Spécialités médicales en ville aux parts de dépassements d'honoraires les plus basses et les plus élevées dans le total des soins, en 2023



1. Les autres spécialités de « chirurgie » contiennent la neurochirurgie, la chirurgie infantile, la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique et la chirurgie viscérale et digestive.

Lecture > En 2023, la part des dépassements des médecins spécialistes en radiothérapie au sein de leurs honoraires s'élève à 1 %.

Source > DREES, comptes de la santé.

De plus, les dépassements d'honoraires créent un sentiment d'iniquité chez les médecins spécialistes restés en secteur 1, et qui ne peuvent pas pratiquer de dépassements d'honoraires. Pour combler le coût d'opportunité des dépassements d'honoraires, ces médecins pourraient être incités à s'installer dans des zones avec une demande importante pour réaliser un grand nombre de consultations. Ce n'est pas nécessairement le cas des médecins en secteur 2, qui peuvent s'installer dans des zones denses en médecins, réaliser moins d'actes mais d'adapter leurs revenus grâce aux dépassements d'honoraires en théorie. Le rapport de l'IGAS publié en 2007

⁴⁶ Didier, M. Lefebvre G. (2024) Les dépenses de santé en 2023, Fiche 4 et 5, Drees

montre l'écart de rémunération nette entre les spécialistes des secteurs 1 et 2 : en moyenne, les médecins spécialistes en secteur 2 touchent une rémunération plus élevée que ceux en secteur 1.⁴⁷

Tableau 5 : Revenus nets libéraux 2004³⁰

	Secteur 1	Secteur II	Ensemble
Ensemble	71 513€	90 144€	75 692€
Médecine générale	63 282€	59 750€	62 871€
Moyenne des spécialistes	85 674€	102 451€	91 697€

Source : CARMF, Publications : infocarmf 53-2006

Ainsi, les dépassements d'honoraires qui sont un des moteurs de la rémunération des médecins spécialistes en secteur 2, révèle les inégalités qui peuvent se creuser entre les médecins.

2.2.2 L'exercice de leur activité

Plusieurs travaux soulignent que les dépassements d'honoraires n'affectent pas uniquement la rémunération des médecins, mais influencent plus largement leur mode d'exercice, notamment en termes de charge de travail, d'organisation du temps et de choix de localisation.

Pour les médecins généralistes, l'exercice en secteur 2 permet une plus grande flexibilité dans l'organisation du travail, conciliant objectifs de revenu, qualité des soins et préservation du temps personnel⁴⁸. A l'inverse, les médecins généralistes exerçant en secteur 1 limités par les tarifs conventionnels, ont tendance à augmenter le nombre de consultations en réduisant leur durée, afin de maintenir un niveau de revenu compatible avec leurs contraintes personnelles.

Pour les médecins spécialistes, le conventionnement en secteur 2 ou non a d'importants effets sur leur activité globale.

Au moment du gel du secteur 2 en 1990, les spécialistes contraints de rester en secteur 1 ont compensé ce coût d'opportunité en augmentant leur nombre d'actes⁴⁹.

Environ 75% de cette activité supplémentaire a concerné de nouveaux patients, contribuant à une amélioration quantitative de l'offre de soins. Toutefois, cela a aussi induit l'augmentation des actes techniques avec 43% dédiés aux patients déjà suivis. Cette évolution a suscité des interrogations dans la littérature quant à la pertinence médicale de certains de ces actes, soulevant le risque de surmédicalisation.

L'augmentation globale des actes techniques est confirmée par d'autres travaux comme celui de la Cour des Comptes en 2017⁵⁰ (cf. graphique ci-dessous) et de la DREES (2024)⁵¹ qui montre que les actes techniques représentent la majorité des soins dispensés par les spécialistes en 2023. Ainsi, les dépassements d'honoraires influent la manière dont les médecins spécialistes exercent leur métier, en modifiant leur charge de travail, et la nature de leur activité.

⁴⁷ Aballea, P., Bartoli, F., Eslous, L., Yeni, I. (2007). Les dépassements d'honoraires médicaux, Rapport IGAS RM2007-054P

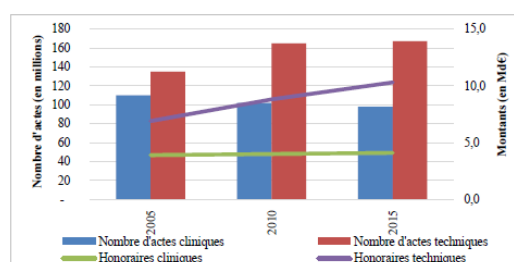
⁴⁸ Clerc, I., L'Haridon, O., Paraponaris, A., Protopopescu, C., Ventelou, B. (2012). Fee-for-service payments and consultation length in general practice: a work-leisure trade-off model for French GPs, *Applied Economics*

⁴⁹ Kingsada, A., Samson, AL. (2022). French physicians' response to balance billing restrictions. Working paper

⁵⁰ Cour des comptes (2017). La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, Chapitre V, RALFSS 2017

⁵¹ Didier, M. Lefebvre G. (2024) Les dépenses de santé en 2023, Fiche 4 et 5, Drees

Graphique n° 18 : nombres et montants d'actes cliniques et techniques (2005-2010-2015)



Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS. Tous régimes France entière, médecins conventionnés.

¹⁶⁰ DREES, les dépenses de santé en 2015. Champ : régime général, France métropolitaine.

[3]

2.2.3 Les étudiants en médecine

La littérature s'est penchée sur l'influence des perspectives de rémunération, notamment via les dépassements d'honoraires, dans le choix de spécialisation pour les étudiants en médecine. D'après un rapport de la Direction Générale du Trésor⁵² publié en 2018, le choix de la spécialité constitue le principal déterminant de carrière, contrairement au choix de la zone géographique qui est jugé plus secondaire.

En effet, les spécialités ont une attractivité très différenciée. Les éléments qui déterminent ces différences sont relatifs aux conditions monétaires (rémunération, par exemple) et à la pénibilité (nombre de gardes, notamment). Ce rapport soutient que plus le montant des honoraires par médecin est élevé dans une spécialité, plus celle-ci sera prisée dans les choix des étudiants de médecine.

Tableau 2 : Le modèle de choix pour la spécialité

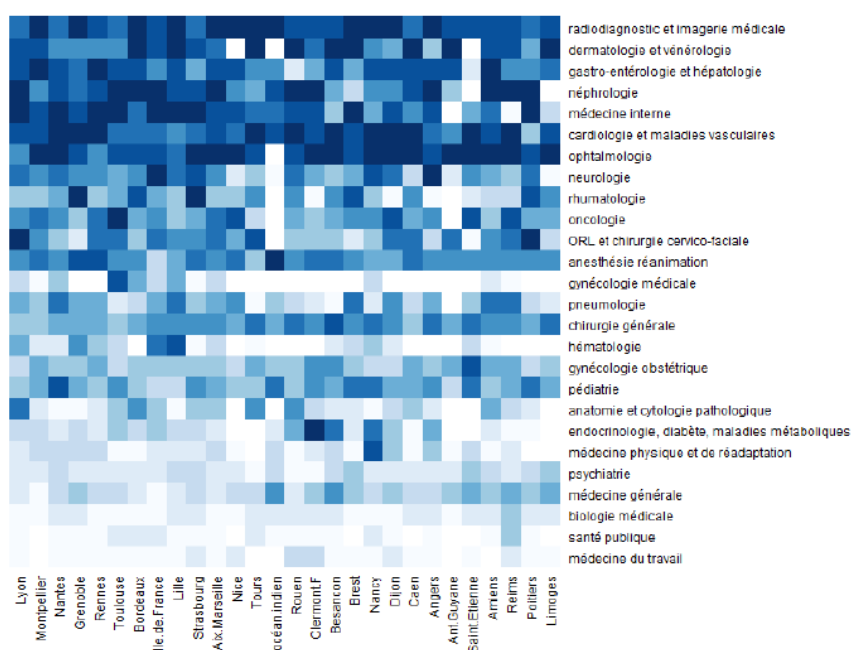
Variable explicative	Coefficient	Significativité
<i>Constante</i>	0,208	*
<i>Honoraires_s</i>	0,092	***
<i>Agemoy_s</i>	0,521	***
<i>Gardes_s</i>	-0,101	***
<i>MG</i>	-0,012	***
<i>Gini_s</i>	-0,372	***

Note : *** significatif à 0,1 %, ** significatif à 1 %, * significatif à 5 %, ' significatif à 10 %.
Source : DG Trésor.

Il demeure toutefois difficile d'isoler précisément l'effet des dépassements d'honoraires dans la mesure où d'autres facteurs tels que l'âge moyen des praticiens dans les spécialités, influent le choix des étudiants.

⁵² Caby,D. Deffin, C. Zafar, J (2018), Comment se déterminent les choix de spécialité et de région de formation des étudiants en médecine, N° 2018/5, Direction Générale du Trésor

Graphique 8 : « Heatmap » de l'attractivité moyenne du couple (spécialité, région)



Source : DG Trésor.

Note : Les spécialités sont triées de haut en bas de la plus attractive à la moins attractive au sens du SRS moyen dans la spécialité, tout comme les régions de formation classées par ordre décroissant d'attractivité au sens du SRR moyen de gauche à droite. Les spécialités « médecine nucléaire », « neurochirurgie », « chirurgie orale » et « génétique médicale » ont par ailleurs été retirées de ce graphique en raison des nombreuses valeurs manquantes (et donc du nombre réduit d'observations), liées au faible nombre de places que ces disciplines offrent.

2.3 Sur les complémentaires santé

2.3.1 Un acteur incontournable dans le financement de soins de médecins spécialistes

Historiquement, les organismes mutualistes ont refusé de prendre en charge les dépassements d'honoraires pour éviter d'encourager leur généralisation. Pourtant, ils sont devenus des acteurs centraux dans leur prise en charge. En effet, là où l'Assurance maladie limite son remboursement au tarif opposable, les complémentaires santé couvrent partiellement ou totalement les dépassements. Selon un rapport de la DREES publié en 2023⁵³, les organismes complémentaires ont pris en charge 19,3% des dépenses de soins de médecins spécialistes en ville, les plaçant comme le deuxième financeur derrière la Sécurité Sociale. Cette évolution a engendré des conséquences économiques importantes sur ces organismes qui segmentent les contrats et augmentent le prix des cotisations pour limiter leurs dépenses.

Tableau 6 Répartition des dépenses de soins de médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes) par type de financeur en 2023

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité Sociale	10 301	69,3
État	32	0,2
Organismes complémentaires	2 873	19,3
Ménages	1 649	11,1
Ensemble	14 854	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

La littérature souligne l'importance des contrats responsables, c'est-à-dire les contrats qui encouragent le patient à respecter le parcours de soins. Ces contrats représentent 98% des contrats d'assurance complémentaire santé

⁵³ Didier, M. Lefebvre G. (2024) Les dépenses de santé en 2023, Fiche 4 et 5, Drees

souscrits ⁵⁴ et ils prennent en charge les 30% de la BRSS (base de remboursement de la Sécurité sociale) que la Sécurité sociale ne couvre pas (le ticket modérateur).

2.3.2 Un acteur aux dynamiques qui creusent des inégalités entre les patients

La prise en charge des soins par les complémentaires de santé a créé des inégalités entre les patients. En effet, selon un rapport de la DREES publié en 2023⁵⁵ quatre bénéficiaires de contrat individuel (les retraités, étudiants, chômeurs, etc.) sur dix ne bénéficient d’aucune prise en charge des dépassements d’honoraires contre une personne sur dix parmi les bénéficiaires de contrats collectifs. Le tableau suivant illustre les inégalités de remboursement selon le contrat souscrit, et selon si le médecin spécialiste est adhérent à l’OPTAM.

Tableau 1 Déciles des garanties des contrats souscrits pour une consultation de spécialiste dans le parcours de soins, en 2021

En euros

Déciles des garanties des bénéficiaires	Consultation auprès d'un spécialiste adhérent à l'Optam			Consultation auprès d'un spécialiste non-adhérent à l'Optam		
	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble
D1	9,0	9,0	9,0	6,9	6,9	6,9
D2	24,0	9,0	9,0	11,5	6,9	6,9
D3	27,0	9,0	16,5	13,8	6,9	6,9
D4	39,0	9,0	24,0	20,7	6,9	12,7
D5	45,0	18,0	27,0	29,9	8,1	13,8
D6	52,5	24,0	39,0	29,9	13,8	21,9
D7	69,0	27,0	45,0	29,9	14,9	29,9
D8	75,0	39,0	69,0	29,9	25,3	29,9
D9	99,0	46,5	90,0	29,9	29,9	29,9
Moyenne	52,0	30,0	41,1	22,0	14,0	17,9

Optam : option de pratique tarifaire maîtrisée.
Note > L'enquête OC recueille les caractéristiques des dix contrats les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé.
 L'assurance maladie obligatoire (AMO) rembourse 70 % du tarif de convention duquel est déduite la participation forfaitaire de 1 euro. Hors Optam, le tarif de convention est de 23 euros, soit un remboursement AMO de 15,10 euros. Dans l'Optam, le tarif de convention est de 30 euros, soit un remboursement AMO de 20 euros.
Lecture > En 2021, les 10 % des bénéficiaires d'un contrat collectif les moins bien couverts disposent d'une garantie de remboursement couvrant uniquement le ticket modérateur (TM), à 6,90 euros (D1), pour une consultation dans le parcours de soins d'un médecin spécialiste non-adhérent à l'Optam.
Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CSS, France entière.
Source > DREES, enquête OC 2021.

Si les complémentaires santé semblent favoriser l’accès aux soins, leur coût est proportionnellement plus élevé pour les ménages modestes⁵⁶ ce qui accentue les inégalités sociales. En outre, pour limiter les effets de concurrence entre les complémentaires de santé, la prise en charge des dépassements pratiqués par les spécialistes non-adhérent à l’OPTAM a été plafonnée à 100% de la BRSS. Ainsi, les complémentaires de santé occupent une place ambivalente : elles permettent une couverture étendue mais contribuent aussi par leurs mécanismes économiques à accentuer les inégalités d’accès aux soins.

⁵⁴ Lapinte, A. Pollak, C. Solotareff, R (2024). La complémentarité santé : acteurs, bénéficiaires, garanties, Fiche 20 Drees

⁵⁵ Lapinte, A. Pollak, C. Solotareff, R (2024). La complémentarité santé : acteurs, bénéficiaires, garanties, Fiche 20 Drees

⁵⁶ Bras, PL. (2015). La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes », in Les Tribunes de la santé » 2015/3 n° 48 | pages 73 à 92

3 Les mécanismes et réactions politiques face aux dépassements d'honoraires

Les dépassements d'honoraires entraînent des effets directs sur l'ensemble des parties prenantes, susceptibles de poser un problème à long terme. C'est pourquoi des mécanismes et réformes ont été introduits pour tenter de réguler les dépassements.

3.1 Des dispositifs et principes historiques

Plusieurs travaux rappellent qu'un des principes encadrant historiquement les dépassements d'honoraires est celui du « tact et mesure ». Celui-ci pousse les médecins de secteur 2 à une certaine responsabilité morale lors de la détermination de leurs dépassements mais n'implique aucune obligation juridique.

De plus, les médecins exerçant en secteur 2 ont une obligation d'information vis-à-vis de leurs patients : ils doivent en effet indiquer « le montant des honoraires qu'ils pratiquent ainsi que la base de remboursement par la sécurité sociale des prestations » par affichage⁵⁷. Toutefois, la littérature n'a pas considéré ces principes comme suffisants pour limiter les dépassements et s'intéresse aux systèmes de régulation qui ont été mis en place.

À la suite de négociations entre l'UNCAM, l'UOCAM et les syndicats représentatifs des médecins, qui ont abouti en octobre 2012 à l'avenant n°8. Cet avenant comporte trois dispositions principales

Un dispositif de régulation des dépassements excessifs : l'objectif est de dissuader les pratiques tarifaires « qui contreviennent au pacte conventionnel »⁵⁸ avec des sanctions telles que la suspension temporaire du droit permanent à dépassement, voire une mise hors convention.

- La garantie des tarifs opposables pour les bénéficiaires de l'aide pour un complémentaire santé (ACS)

Un dispositif censé réguler la progression des dépassements : les médecins souscrivant au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) s'engageaient à respecter un plafond de leurs tarifs définis par la convention médicale en échange d'une prise en charge plus favorable de leurs cotisations sociales. Toutefois, la Cour des Comptes a considéré que le CAS avait eu « des effets limités pour un coût considérable »⁵⁹ en 2017.

3.2 Des dispositifs plus récents mais limités

La littérature recense aussi des dispositifs plus récents qui ont commencé à repenser la généralisation des dépassements d'honoraires.

3.2.1 Le secteur optionnel, un projet abandonné

Premièrement, il y a eu l'idée du secteur optionnel dans la convention médicale de 2011 qui n'a jamais réellement été mis en place mais qui cherchait à limiter les dépassements d'honoraires tout en accordant une certaine liberté tarifaire aux médecins des spécialités de chirurgie, obstétrique et anesthésie.

Les médecins adhérant au secteur optionnel devaient respecter un tarif opposable pour 30% de leur activité technique. Les dépassements du reste de leur activité ne devaient pas dépasser 50% du tarif conventionnel et les

⁵⁷ Ginon, A. Del Sol, M. (2024). *Analyse des mécanismes juridiques applicables aux dépassements d'honoraires médicaux*. HCAAM

⁵⁸ Ibid. 41

⁵⁹ Cour des comptes (2017). *La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, Chapitre V, RALFSS 2017*

dépassements sur les actes cliniques étaient interdits. En contrepartie de ces limites, l'Assurance maladie prenait en charge une partie de leurs cotisations sociales. Près de 40% des médecins des trois spécialités concernées auraient eu intérêt à adhérer au secteur optionnel⁶⁰ mais cela n'aurait pas eu un impact significatif sur les dépassements d'honoraires qui auraient diminué de seulement 7% en moyenne. Cela s'explique par le fait que le secteur optionnel n'était attractif que pour les médecins qui exerçaient des dépassements d'honoraires assez faibles. Ainsi, le projet du secteur optionnel a été abandonné avec l'avenant n°8 de la convention médicale en 2012, et a été remplacé par le Contrat d'Accès aux Soins, mis en place du CAS en 2013.

3.2.2 L'OPTAM, le dispositif de régulation principal

Par ailleurs, le CAS, qui été considéré comme peu efficace et coûteux pour l'Assurance maladie, a été supprimé et remplacé par l'Optique Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) en 2016. Cette alternative est considérée comme plus stricte et lisible par la littérature⁶⁰ et se décline en deux dispositifs : OPTAM et OPTAM-ACO. L'OPTAM-ACO est ouverte aux médecins spécialistes en chirurgie ou gynécologie-obstétrique, et la convention de 2024 a ajouté la spécialité de l'anesthésie-réanimation. La littérature détaille les conditions de l'OPTAM : les médecins s'engagent à respecter un taux de dépassement recalculé et qui ne peut pas être supérieur à 100% d'après la convention de 2016 et ils s'engagent à respecter un certain taux d'activité à tarifs opposables. En contrepartie, ils sont « éligibles au titre de leur activité exercé à tarif opposable aux mêmes avantages que les médecins exerçant en secteur 1 » et les médecins qui ont respecté leurs engagements sont éligibles à un complément de rémunération versé par l'Assurance maladie⁶¹.

L'OPTAM a permis d'augmenter le nombre de consultations de patients et de bénéficiaires de la CMU-C en particulier chez les spécialistes chirurgicaux avec une augmentation de 11% des actes et de 6% de patients bénéficiant de la CMU-C⁶². Si ces dispositifs permettent d'améliorer l'accès aux soins, notamment pour les populations défavorisées, certains travaux s'en montrent très critiques et leur reprochent d'augmenter les dépenses de l'Assurance maladie avec un impact jugé limité sur la dynamique globale des dépassements

⁶⁰ Kingsada (2024). *Can financial incentives improve access to care? Evidence from a French experiment on specialist physicians. Under review*

⁶¹ Ginon, A. Del Sol, M. (2024). *Analyse des mécanismes juridiques applicables aux dépassements d'honoraires médicaux. HCAAM*

⁶² Kingsada (2024). *Can financial incentives improve access to care? Evidence from a French experiment on specialist physicians. Under review*

4 Bibliographie

- (1) Aballea, P., Bartoli, F., Eslous, L., Yeni, I. (2007). Les dépassements d'honoraires médicaux, Rapport IGAS RM2007-054P
- (2) Bellamy, V., Samson AL. (2010). Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins, Comptes nationaux de la santé - DREES
- (3) Bellamy, V., Samson AL. (2012). Le secteur optionnel : effet d'aubaine ou outil de régulation des dépassements d'honoraires ? *Economie Publique*, n°28-29, pp. 197-238
- (4) Bocognano, A. (2009). Droit à dépassement et impact sur les inégalités d'accès aux soins ; Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.
- (5) Bras, PL. (2015). La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes, *Les Tribunes de la santé* 2015/3 n°48, pp. 73-92.
- (6) Caby, D., Deffin, C., Zafar, J. (2018). Comment se déterminent les choix de spécialité et de région de formation des étudiants en médecine, n°2018/5, Direction Générale du Trésor.
- (7) Choné, P., Coudin, E., Pla A. (2019). Does the Provision of Physician Services Respond to Competition ?, *Série des Documents de Travail*, n°2019-20, CREST.
- (8) Choné, P., Coudin, E., Pla, A. (2020). Médecins en secteur 2 : les dépassements d'honoraires diminuent quand la concurrence s'accroît, *Études et résultats* n°1137, DREES.
- (9) Clerc, I., L'Haridon, O., Paraponaris, A., Protopopescu, C., Ventelou, B. (2012). Fee-for-service payments and consultation length in general practice: a work-leisure trade-off model for French GPs, *Applied Economics*, 44(25):3323–3337.
- (10) Cour des comptes (2017). La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, Chapitre V, RALFSS 2017, Cour des comptes.
- (11) Didier, M., Lefebvre, G. (2024). Les dépenses de santé en 2023, Fiche 4 et 5, Drees.
- (12) Dormont, B., Gayet, C. (2021). The Ban on Extra-Fees for Beneficiaries of the CMU-C Health Cover: What Consequences for Physicians and Dentists in Private Practice?, *Economie et Statistique / Economics and Statistics*, (524-525):31–47.
- (13) Ginon, A., Del Sol, M. (2024). Analyse des mécanismes juridiques applicables aux dépassements d'honoraires médicaux, HCAAM.
- (14) Kingsada, A., Samson, AL. (2022). French physicians' response to balance billing restrictions, Working paper.
- (15) Kingsada (2024). Can financial incentives improve access to care? Evidence from a French experiment on specialist physicians, Under review.
- (16) Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R. (2024). La complémentarité santé : acteurs, bénéficiaires, garanties, Fiche 20, Drees.
- (17) L'Horty, Y. Chareyron, S. Petit, P. (2018), les refus de soins discriminatoires : test dans trois spécialités médicales. *Etudes & Résultats*.

- (18) Lucas-Gabrielli, V., Mangeney, C., Duchaine, F., Com-Ruelle, L., Gueye, A., Raynaud, D. (2022). Inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins spécialistes. Proposition de méthodologie pour trois spécialités, Document de Travail n°87 2022/05, IRDES.
- (19) Montmartin, B., Herrera-Gomez, M. (2023). Spatial dependence in physicians' prices and additional fees: Evidence from France, *Journal of Health Economics*, Volume 88, March 2023, 102724.
- (20) Perronnin, M. (2016). Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis, QES n°218 – mai 2016, IRDES.
- (21) Pradines, N. (2016). Les établissements de santé privés sont davantage fréquentés par les catégories sociales aisées, ER n°0976 – septembre 2016, DREES.
- (22) Raynaud, R. (2005). Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire, ER n°378 – février 2005, DREES.
- (23) *SNIR-PS et AMOS - France entière - CONVENTIONNES TOUS SECTEURS (y compris non conventionnés), Dépassements d'honoraires des professionnels de santé libéraux (2024)*

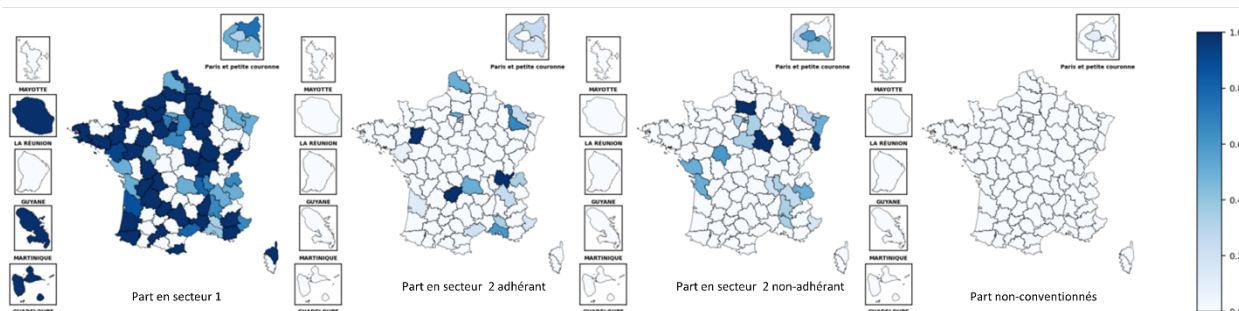
ANNEXE 6 : Ecart de taux dépassements d'honoraires au sein des spécialités

	Pour les 10 % des praticiens qui ont les taux de dépassements les plus faibles, ceux-ci sont inférieurs à	Pour les 10 % des praticiens qui ont les taux de dépassements les plus élevés, ceux-ci sont supérieurs à
Anesthésistes	9%	124%
Cardiologues	0%	67%
Chirurgiens	8%	184%
Dermatologues	17%	159%
Gastro-entérologues	0%	87%
Gynécologues-obstétriciens et mixtes	18%	161%
Généralistes (y compris MEP)	5%	158%
Neurologues	0%	78%
ORL	12%	111%
Ophtalmologues	23%	125%
Pneumologues	0%	65%
Psychiatres	10%	152%
Pédiatres	9%	122%
Radiologues	1%	101%
Rhumatologues	14%	115%
Stomatologues	24%	138%
Total Médecins éligibles à la pratique des dépassements d'honoraires	6%	141%
Total Spécialistes éligibles hors médecine générale	6%	139%

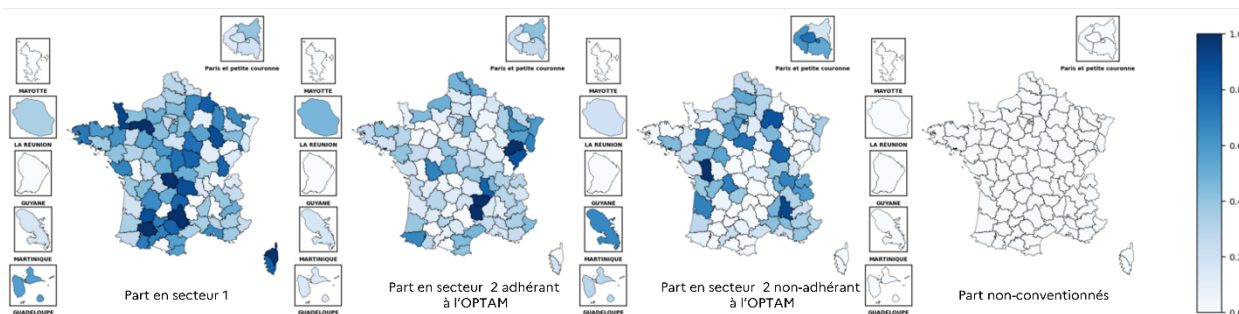
Source : données Cnam

ANNEXE 7 : Répartitions départementales des spécialités selon le secteur conventionnel

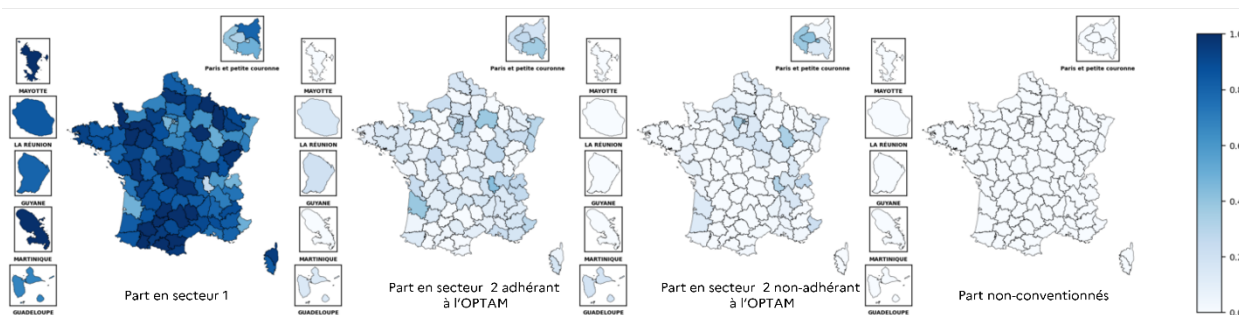
Répartition départementale des allergologues selon leur secteur conventionnel (2023)



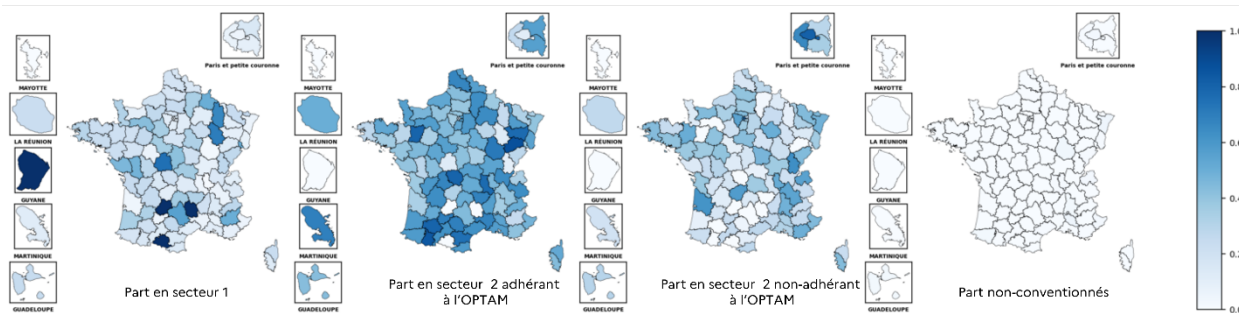
Répartition départementale des anesthésistes selon leur secteur conventionnel (2023)



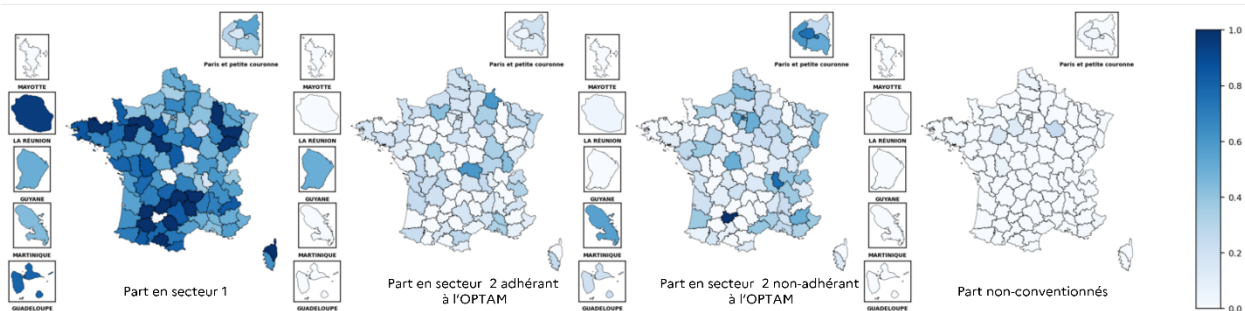
Répartition départementale des cardiologues selon leur secteur conventionnel (2023)



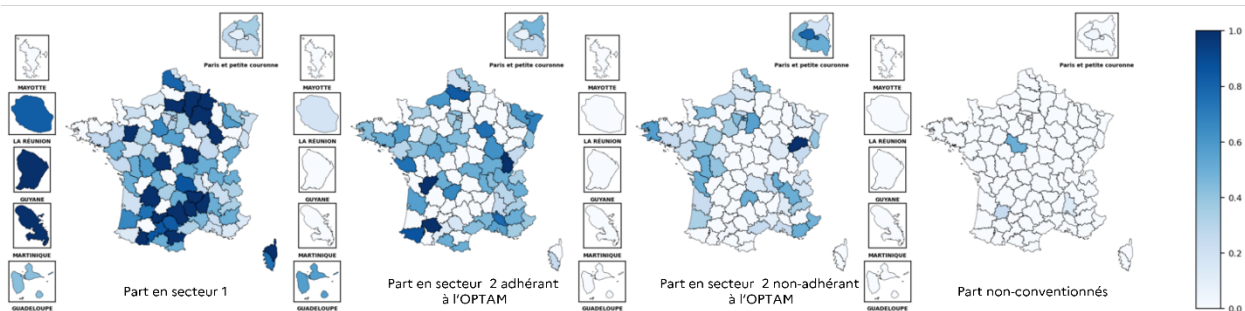
Répartition départementale des chirurgiens selon leur secteur conventionnel (2023)



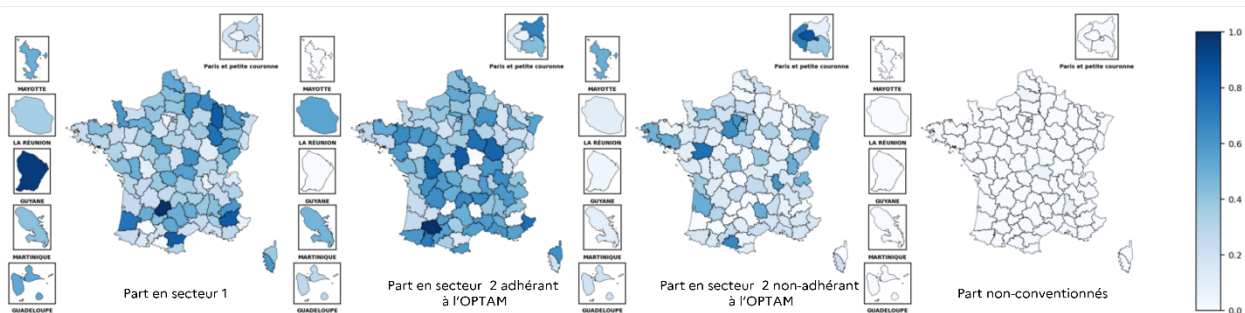
Répartition départementale des dermatologues selon leur secteur conventionnel (2023)



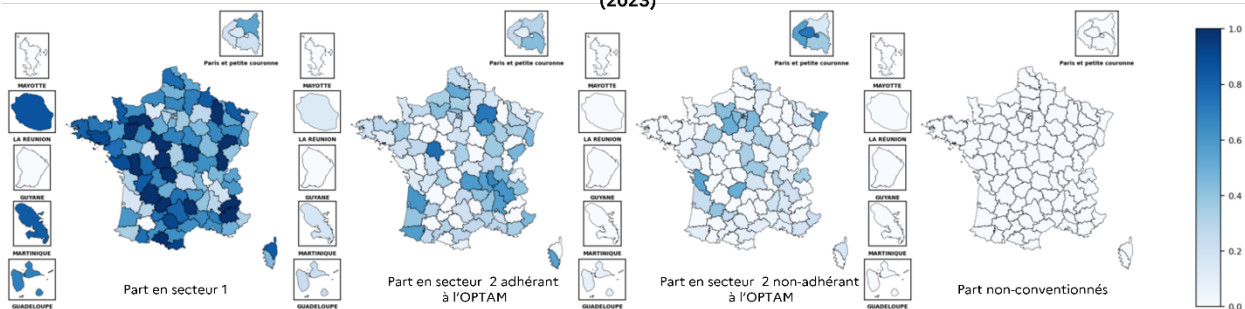
Répartition départementale des endocrinologues selon leur secteur conventionnel (2023)



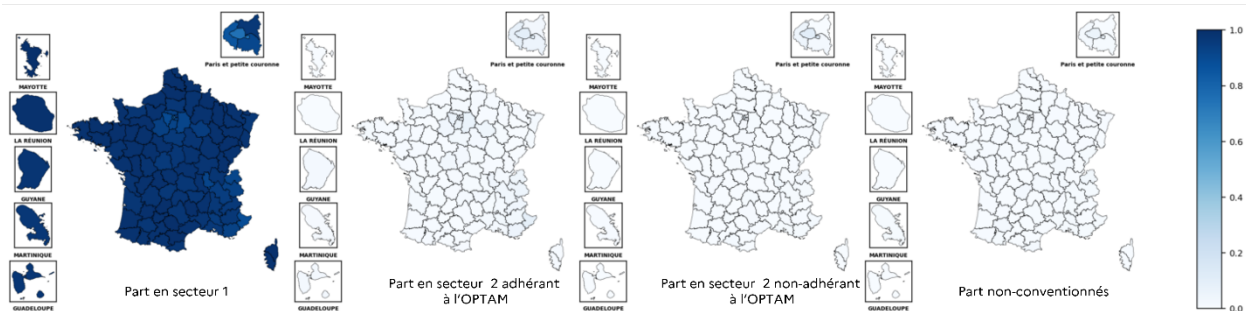
Répartition départementale des gynécologues selon leur secteur conventionnel (2023)



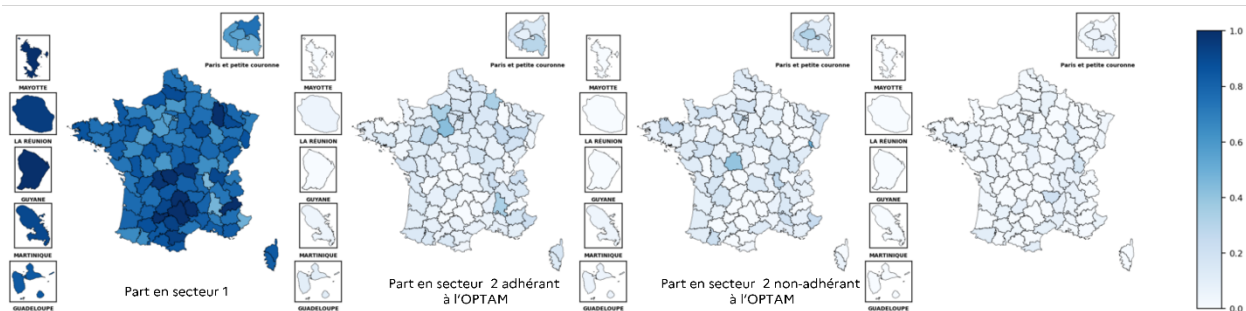
Répartition départementale des hépato-gastro-entérologues selon leur secteur conventionnel (2023)



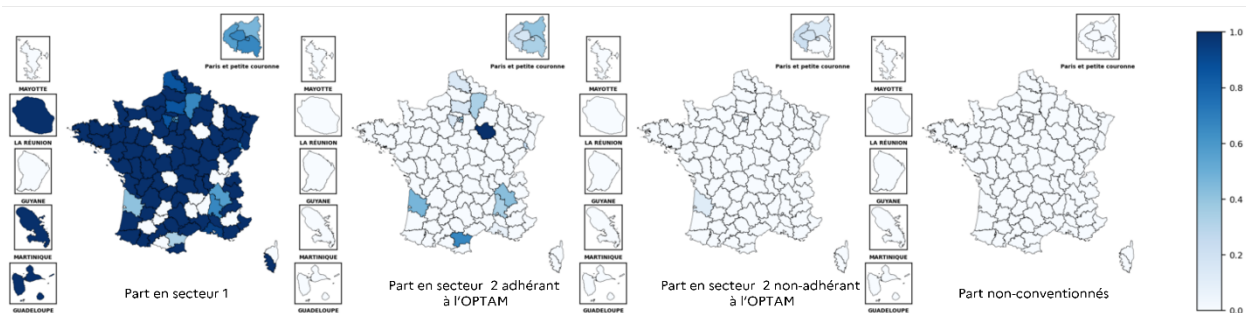
Répartition départementale des médecins généralistes selon leur secteur conventionnel (2023)



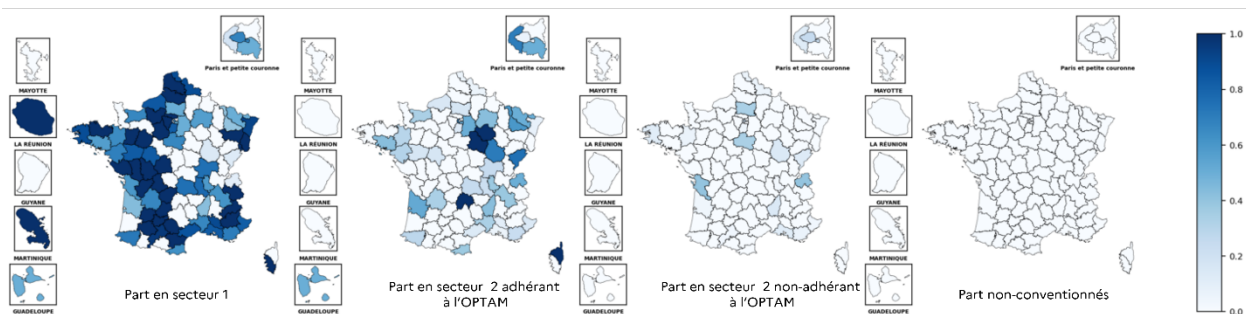
Répartition départementale des MEP selon leur secteur conventionnel (2023)



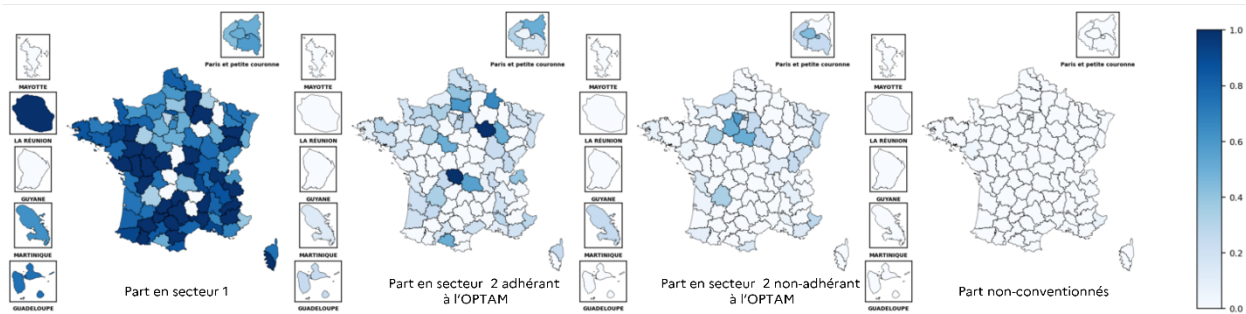
Répartition départementale des médecins nucléaires selon leur secteur conventionnel (2023)



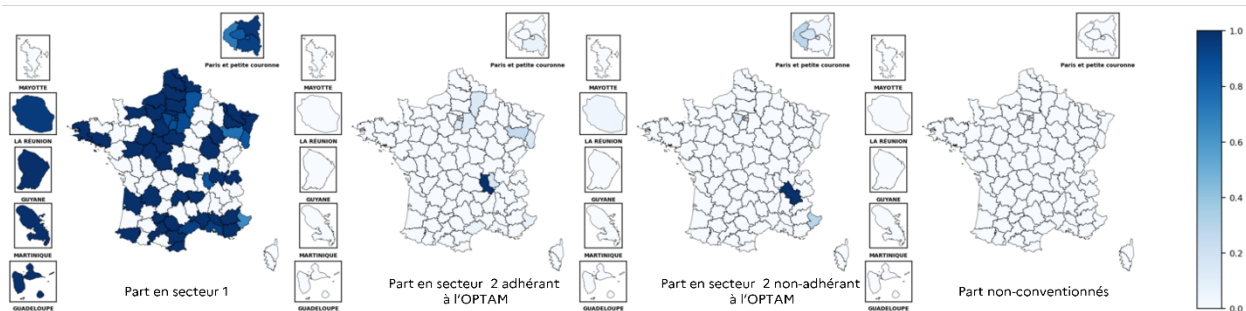
Répartition départementale des médecins pathologistes selon leur secteur conventionnel (2023)



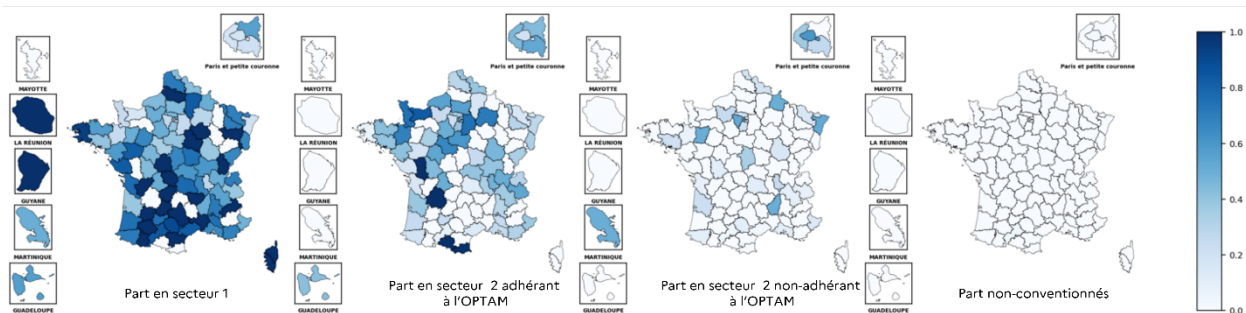
Répartition départementale des médecins vasculaires selon leur secteur conventionnel (2023)



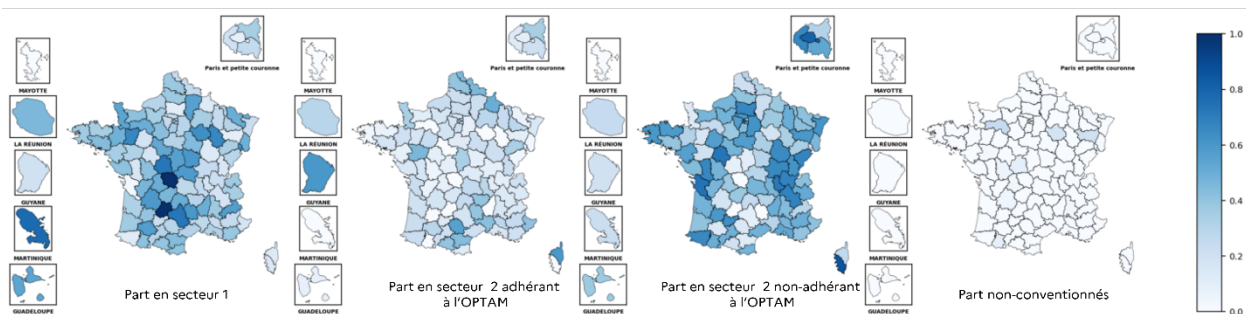
Répartition départementale des néphrologues selon leur secteur conventionnel (2023)



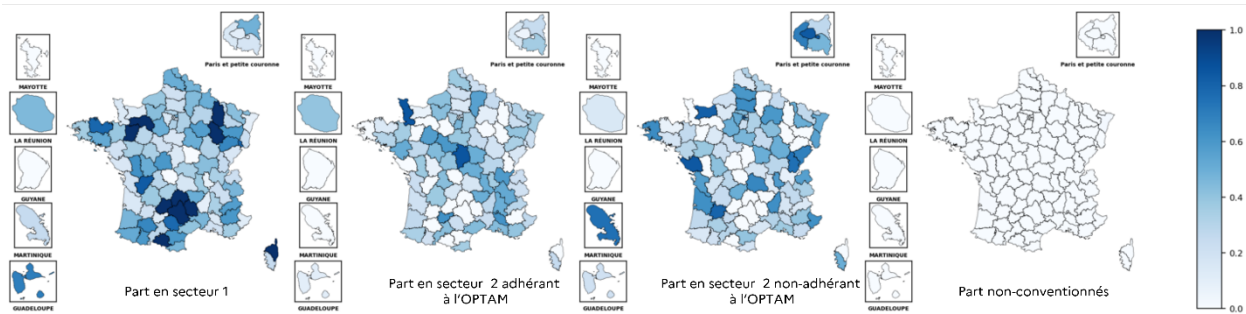
Répartition départementale des neurologues selon leur secteur conventionnel (2023)



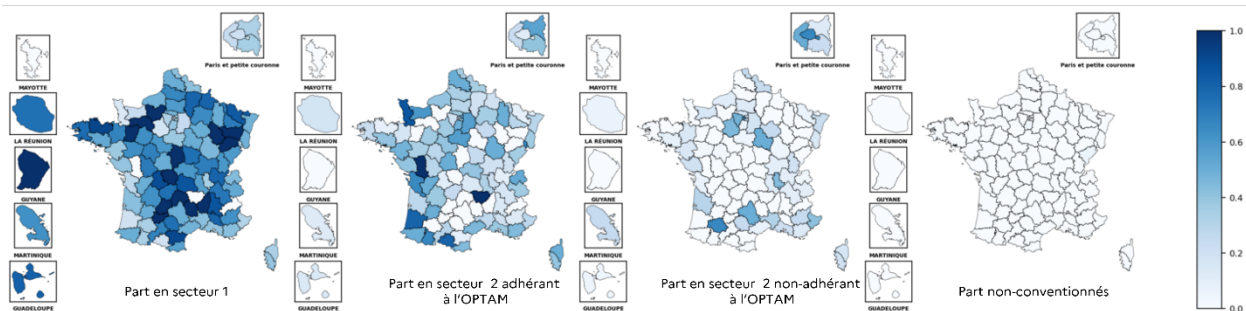
Répartition départementale des ophtalmologues selon leur secteur conventionnel (2023)



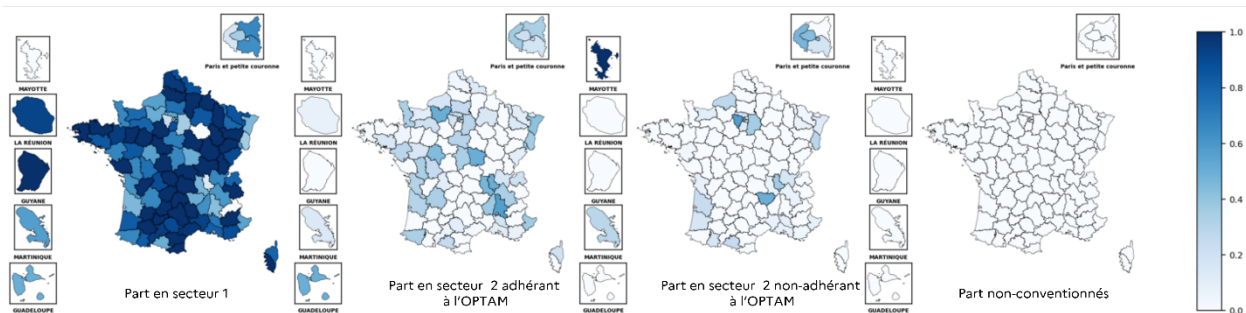
Répartition départementale des oto-rhino-laryngologistes selon leur secteur conventionnel (2023)



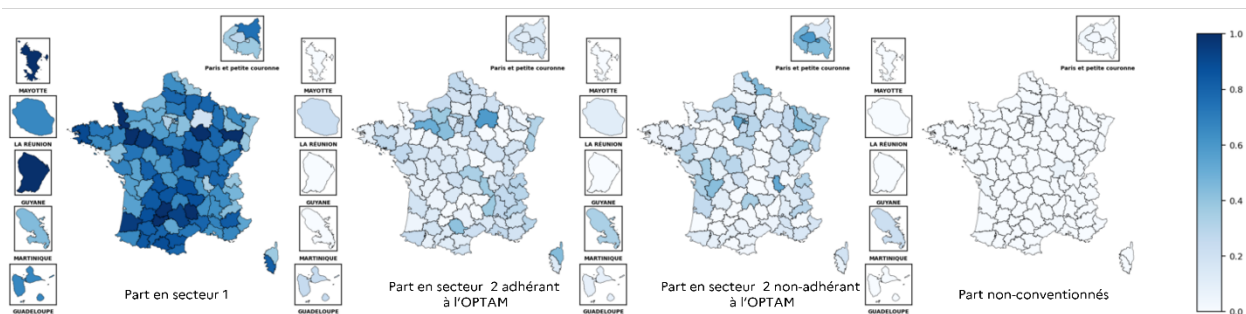
Répartition départementale des pédiatres selon leur secteur conventionnel (2023)



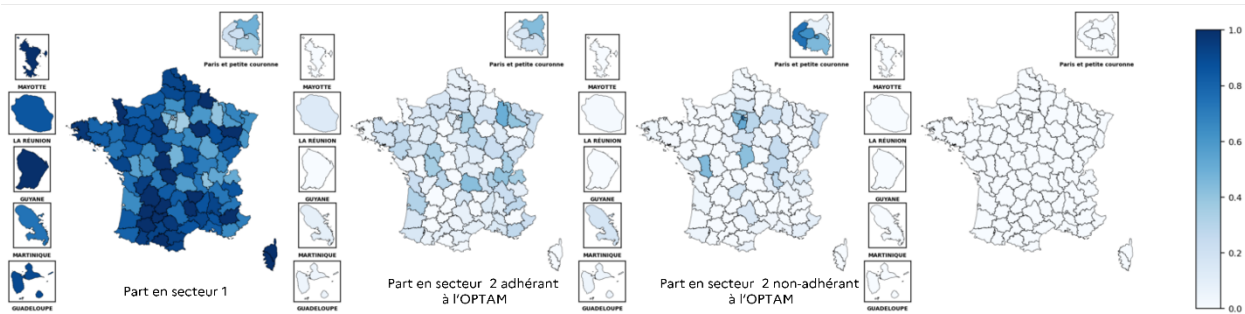
Répartition départementale des pneumologues selon leur secteur conventionnel (2023)



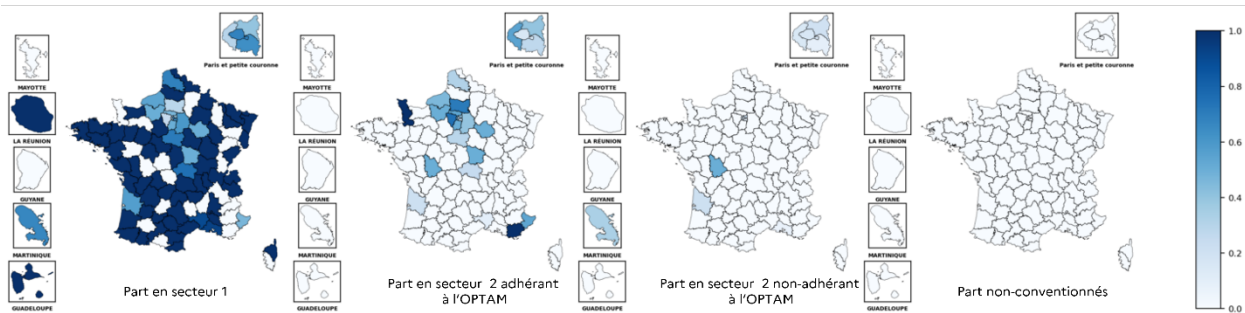
Répartition départementale des psychiatres selon leur secteur conventionnel (2023)



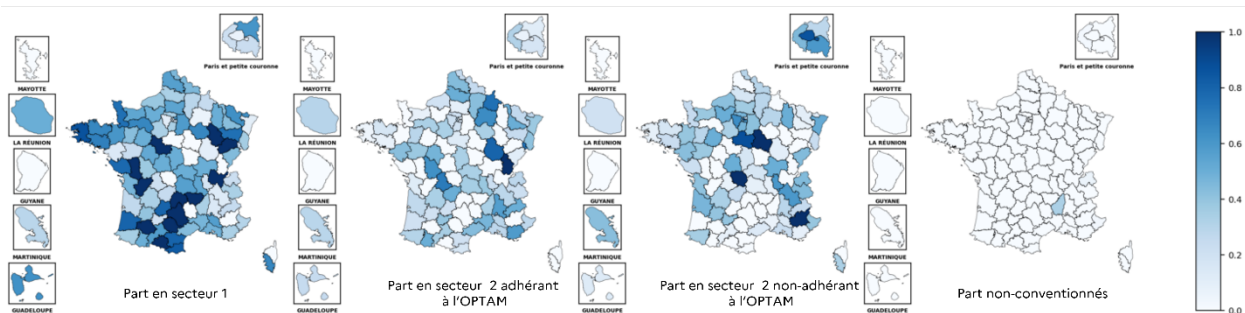
Répartition départementale des radiologues selon leur secteur conventionnel (2023)



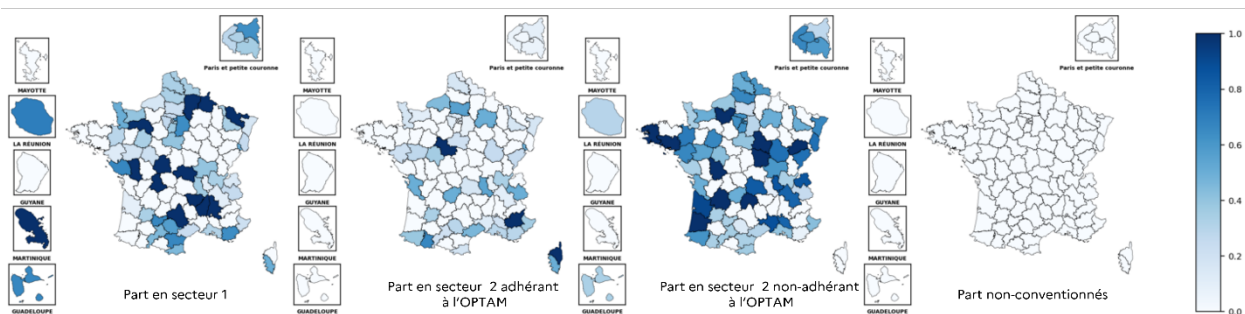
Répartition départementale des radiothérapeutes selon leur secteur conventionnel (2023)



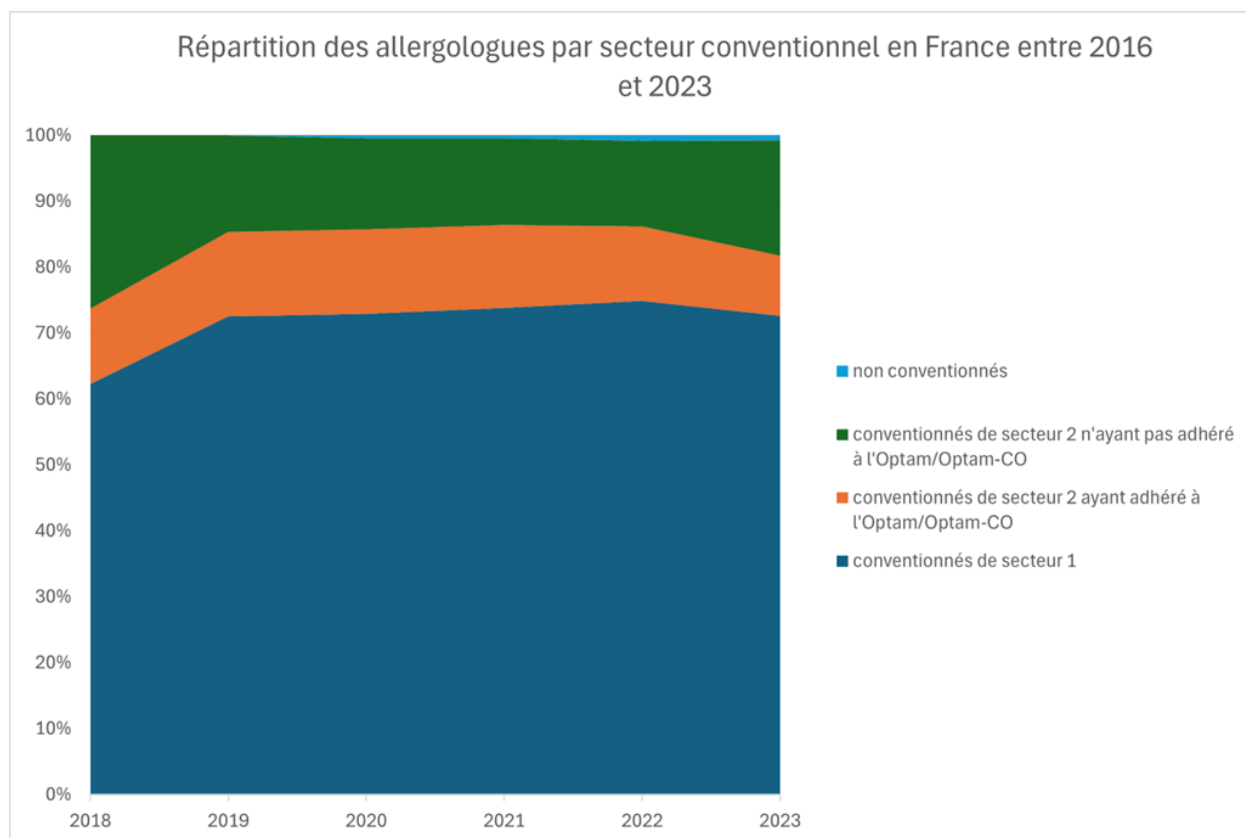
Répartition départementale des rhumatologues selon leur secteur conventionnel (2023)



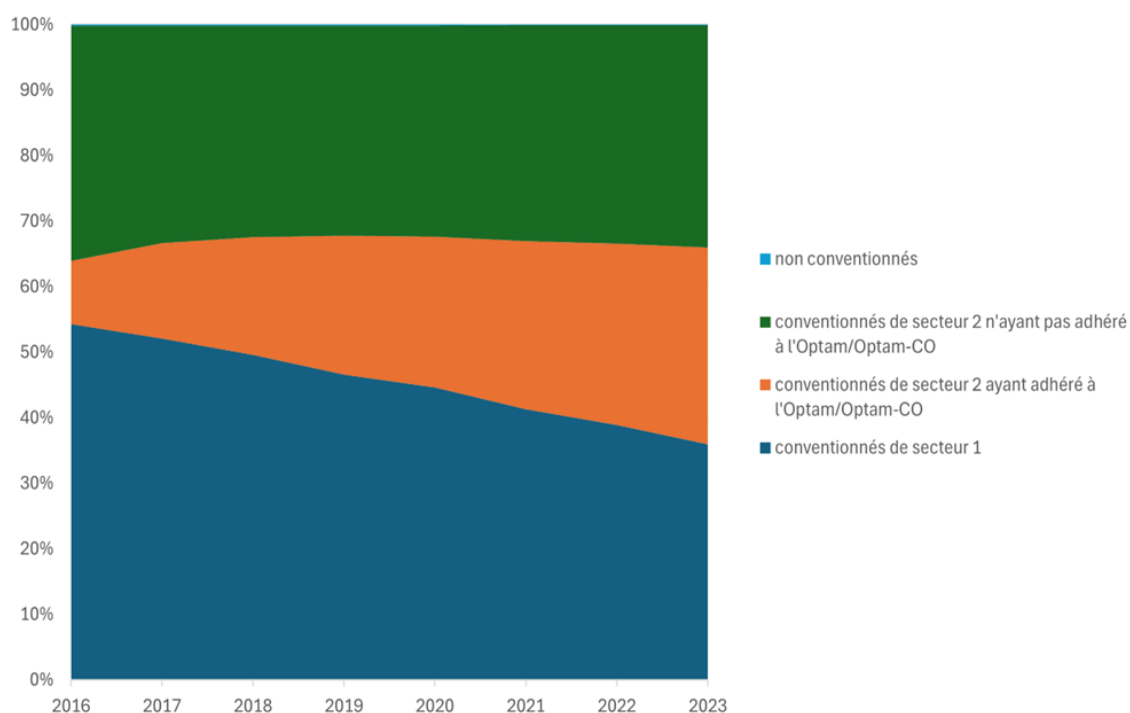
Répartition départementale des stomatologues selon leur secteur conventionnel (2023)



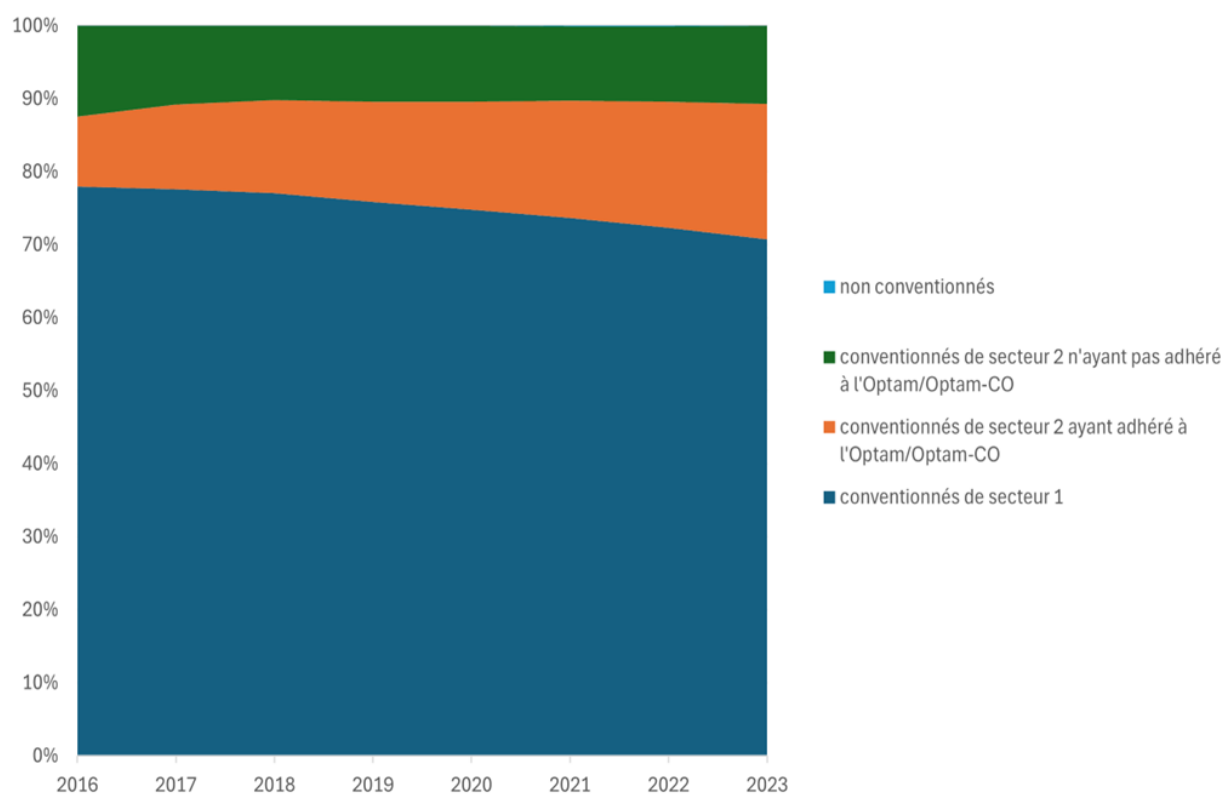
ANNEXE 8 : Evolutions de la répartition sectorielle par spécialité



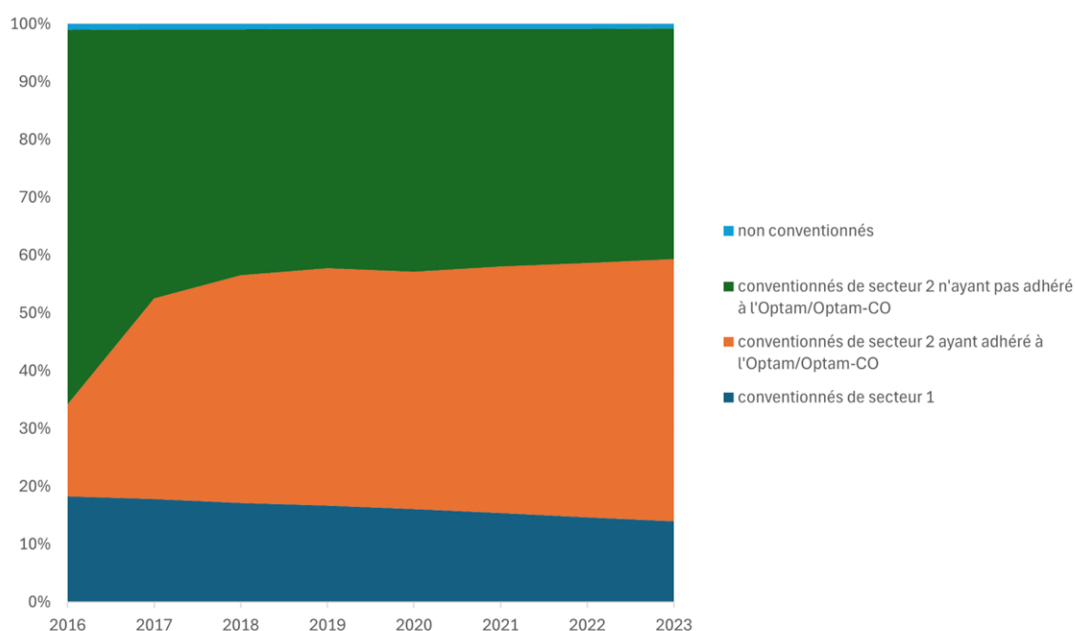
Répartition des anesthésistes-réanimateurs par secteur conventionnel en France entre 2016 et 2023



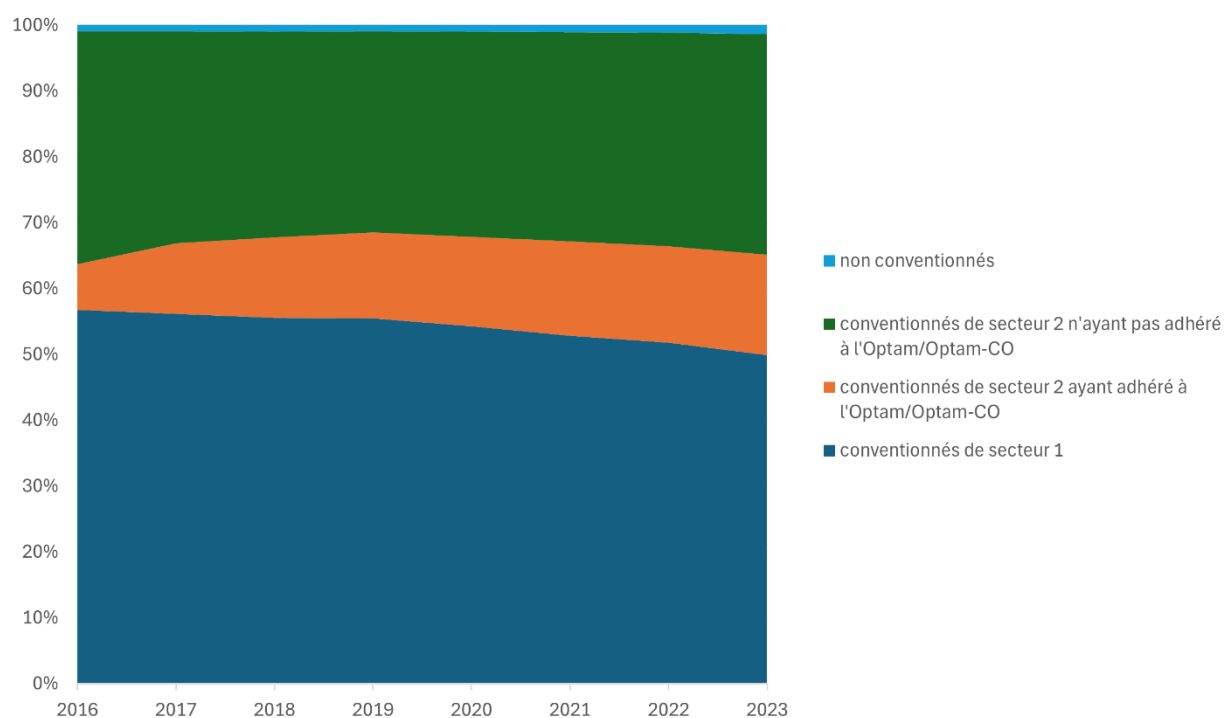
Répartition des cardiologues par secteur conventionnel en France entre 2016 et 2023



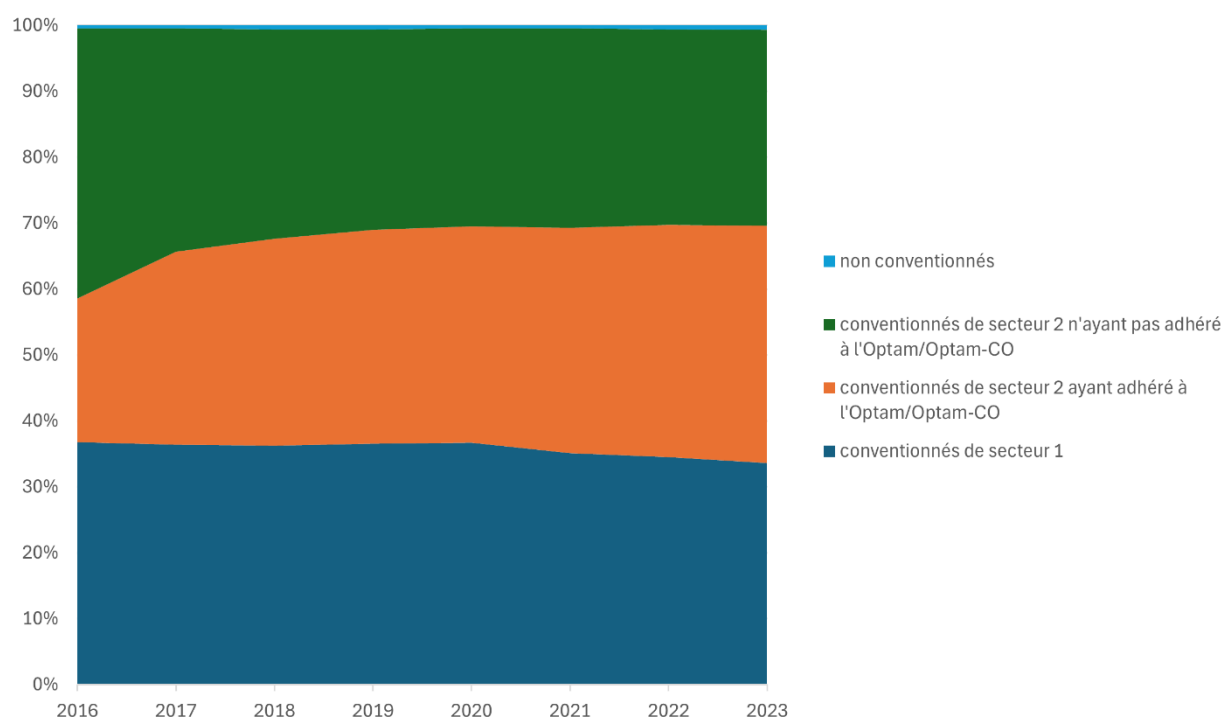
Répartition des chirurgiens par secteur conventionnel en France entre 2016 et 2023



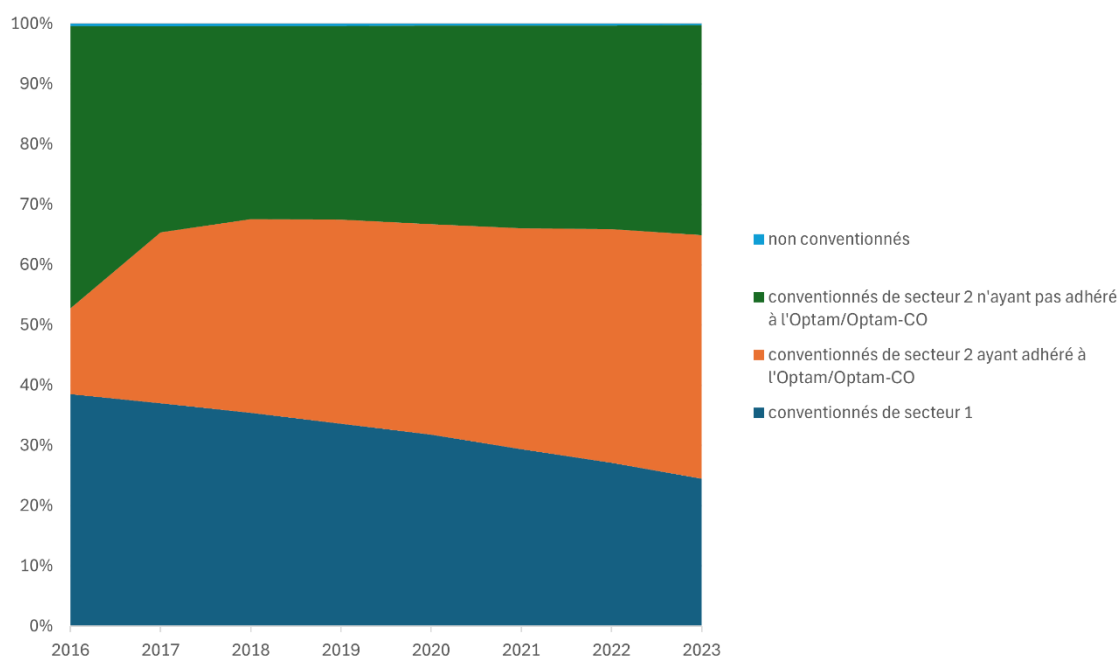
Répartition des dermatologues par secteur conventionnel en France entre 2016 et 2023



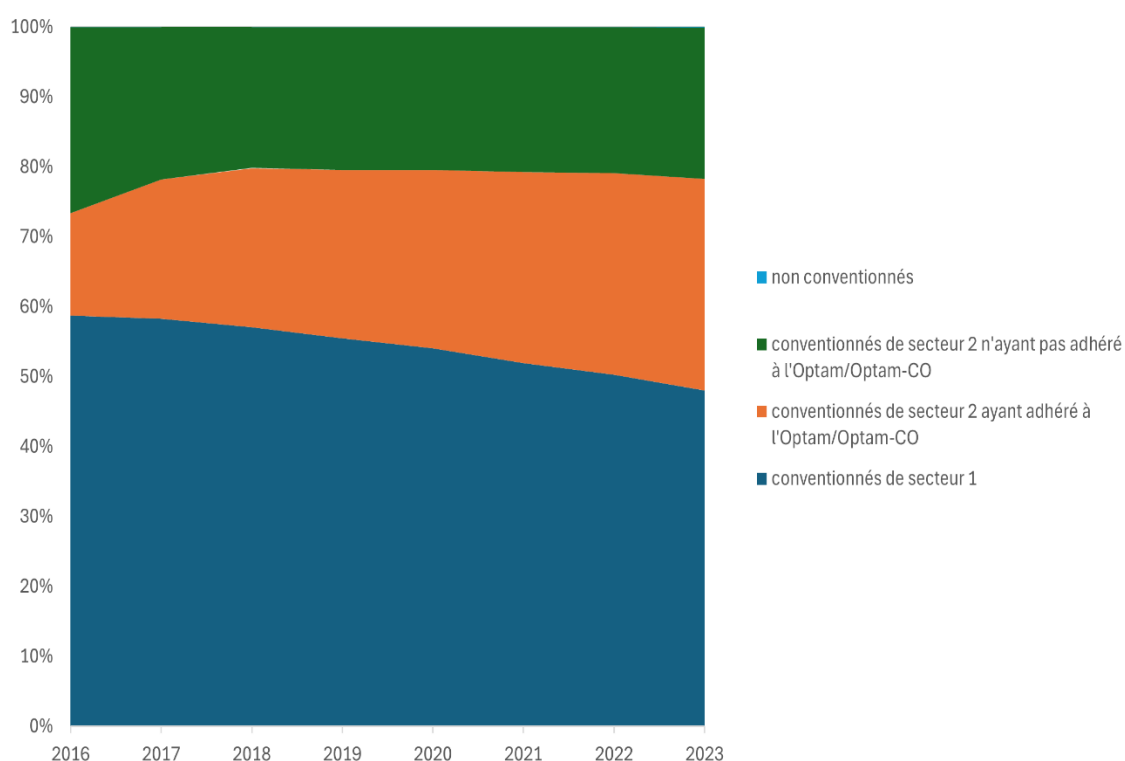
Répartition des endocrinologues par secteur conventionnel en France entre 2016 et 2023



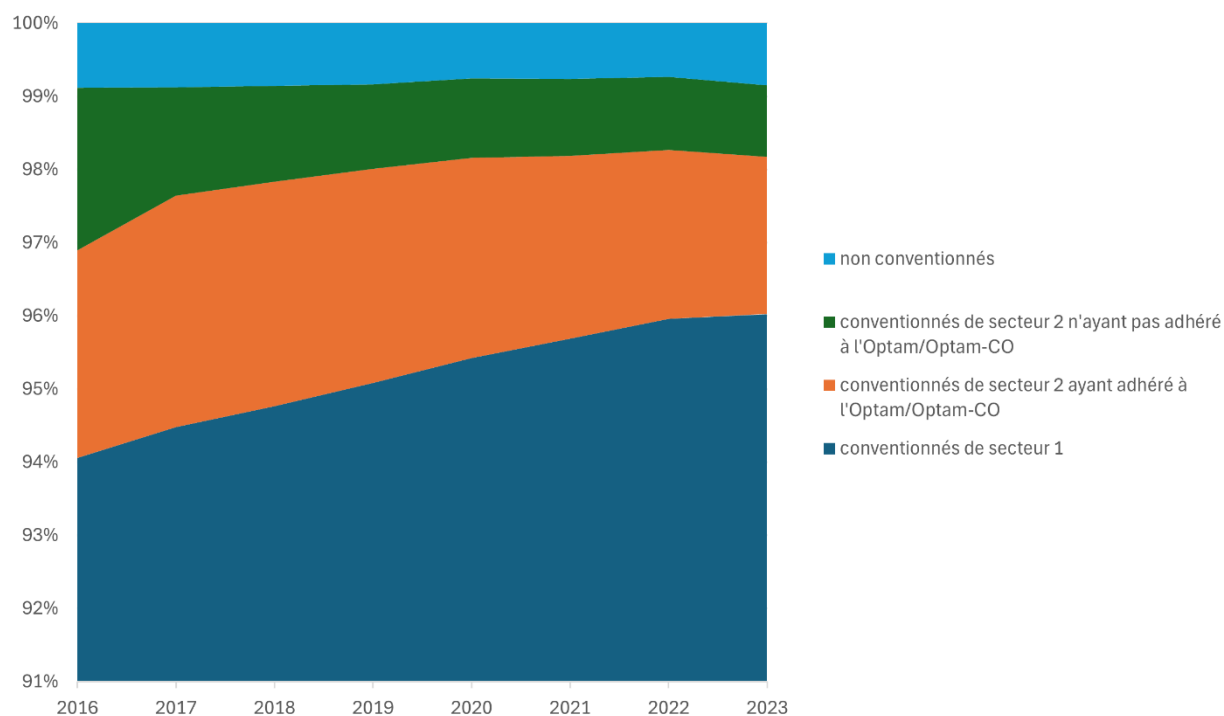
Répartition des gynécologues médicaux et obstétriciens par secteur conventionnel en France entre 2016 et 2023



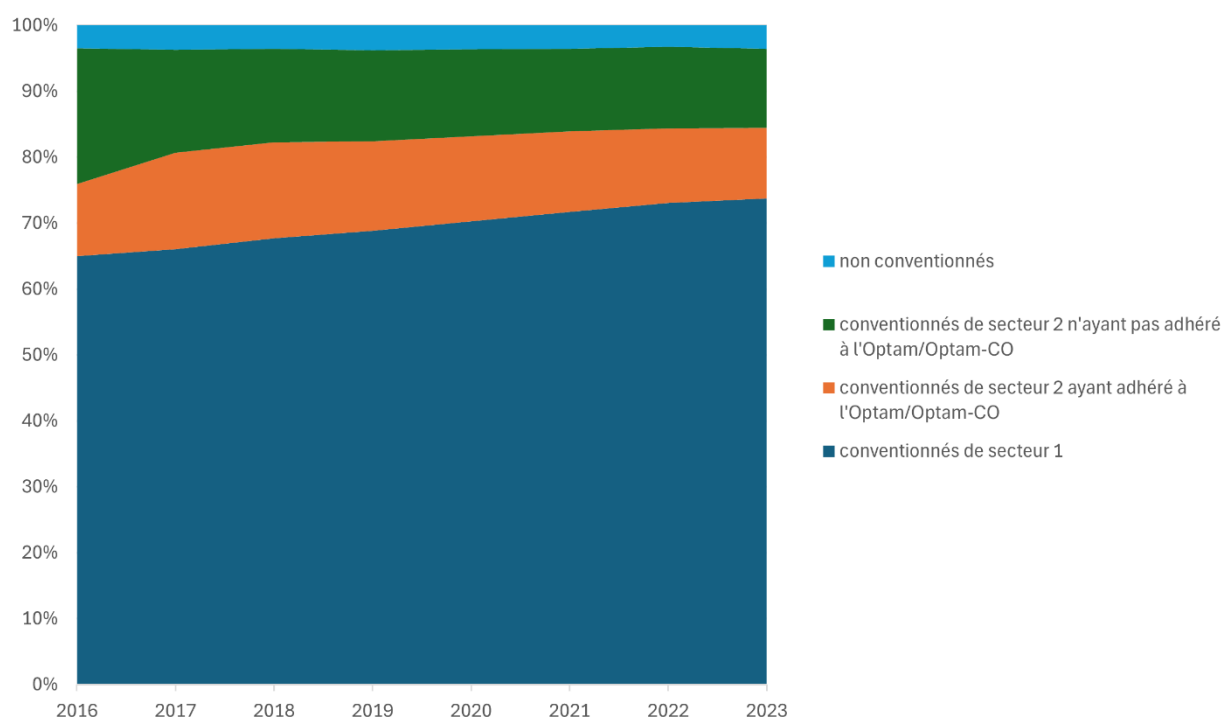
Répartition des hépato-gastro-entérologues par secteur conventionnel en France entre 2016 et 2023



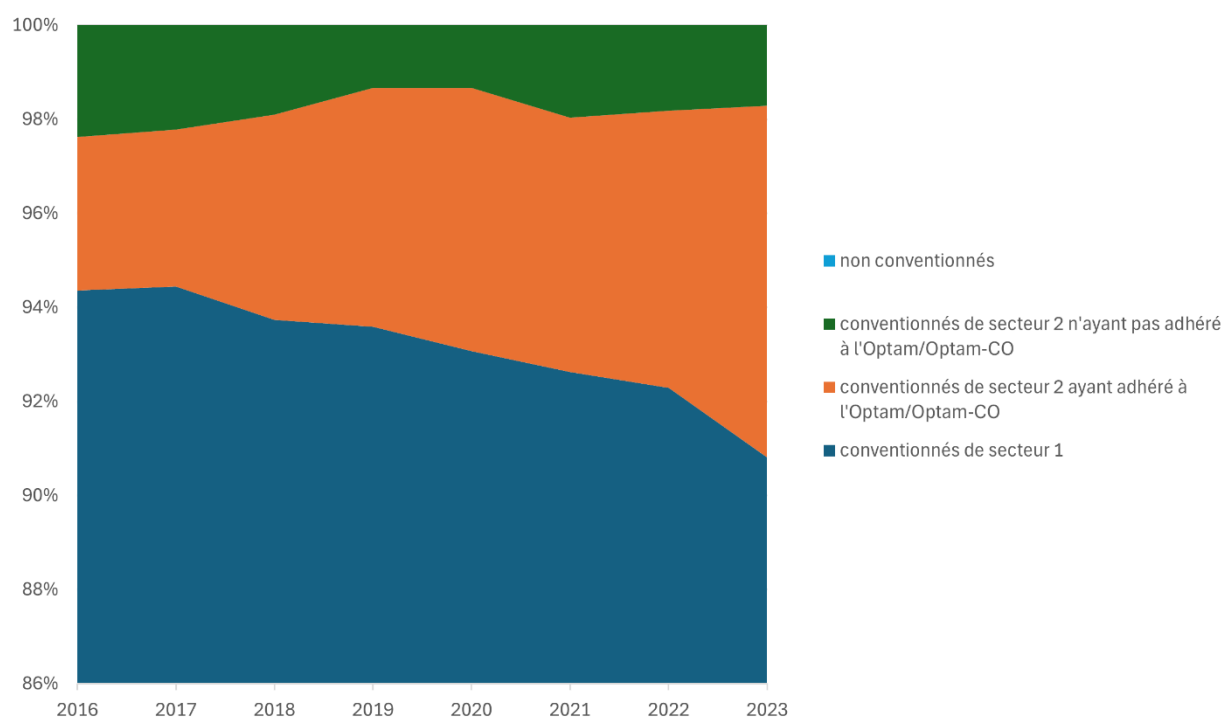
Répartition des médecins généralistes (hors médecins à expertise particulière - mep) par secteur conventionnel en France entre 2016 et 2023



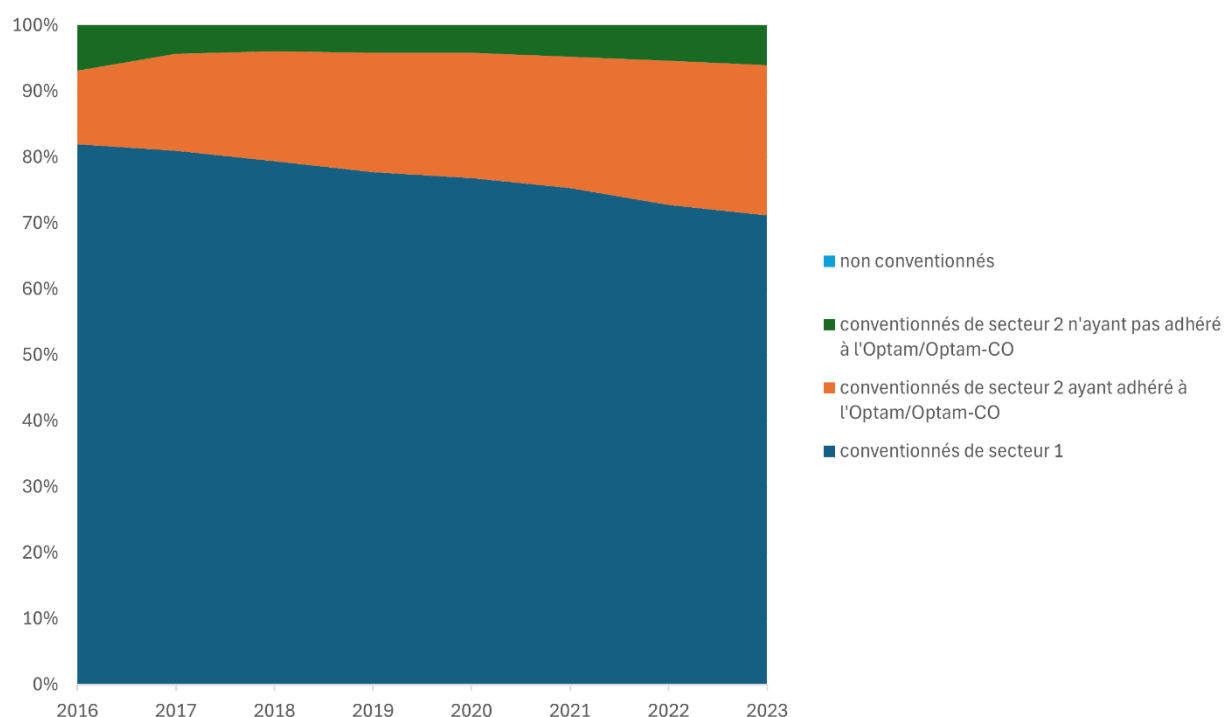
Répartition des médecins généralistes à expertise particulière (mep) par secteur conventionnel en France entre 2016 et 2023



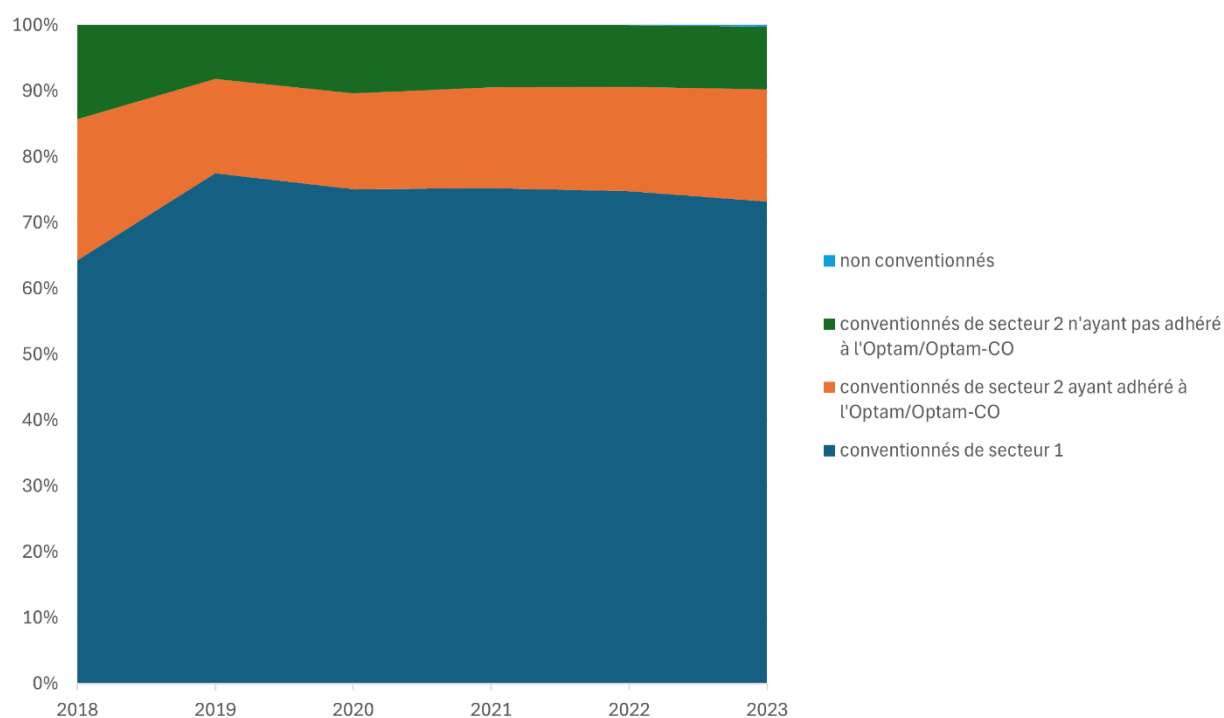
Répartition des médecins nucléaires par secteur conventionnel en France entre 2016 et 2023



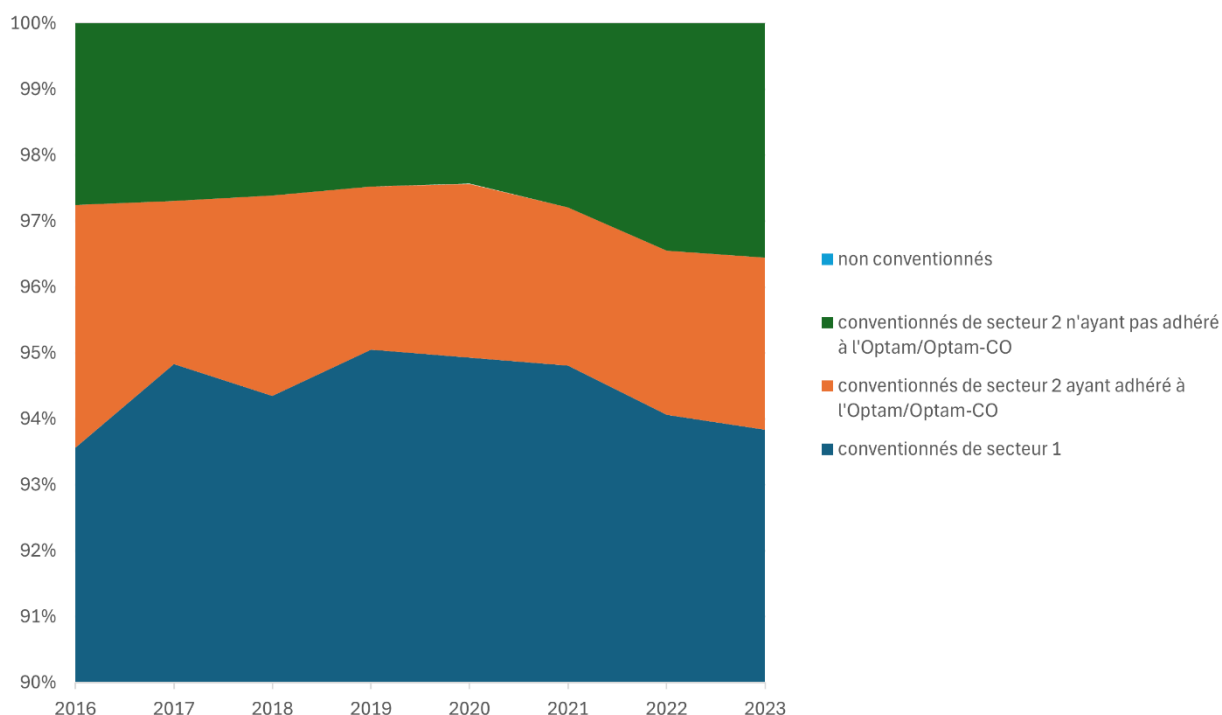
Répartition des médecins pathologistes par secteur conventionnel en France
entre 2016 et 2023



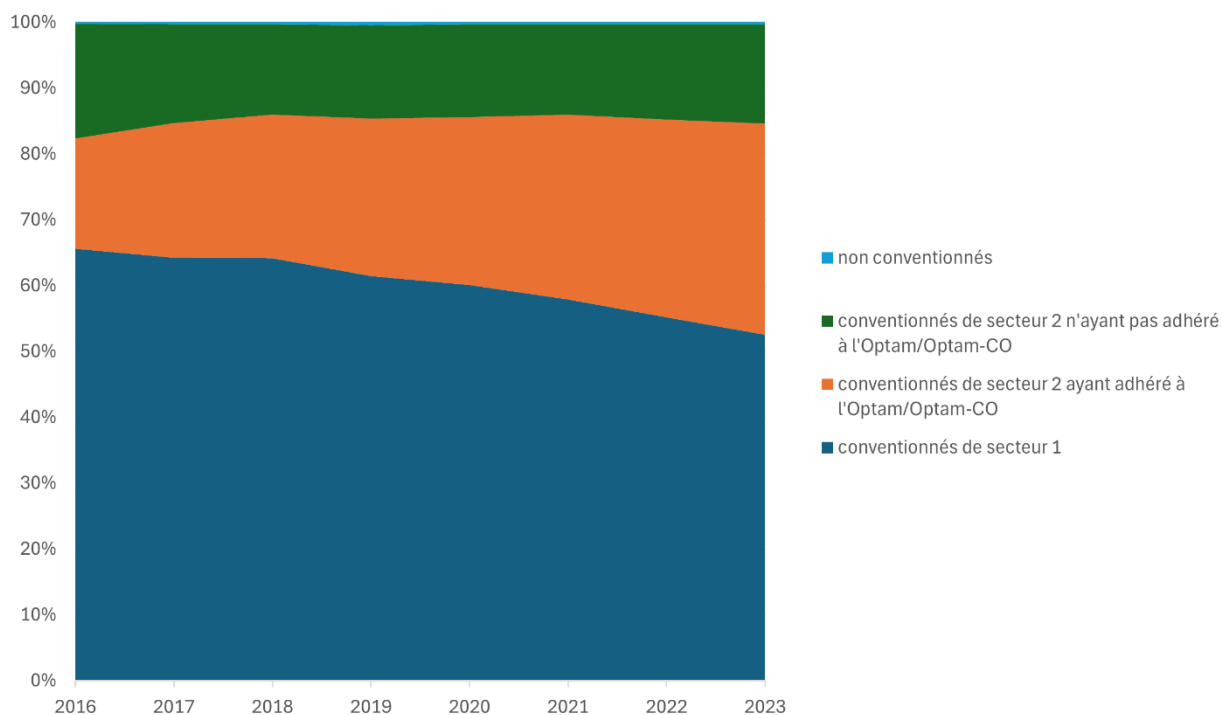
Répartition des médecins vasculaires par secteur conventionnel en France
entre 2016 et 2023



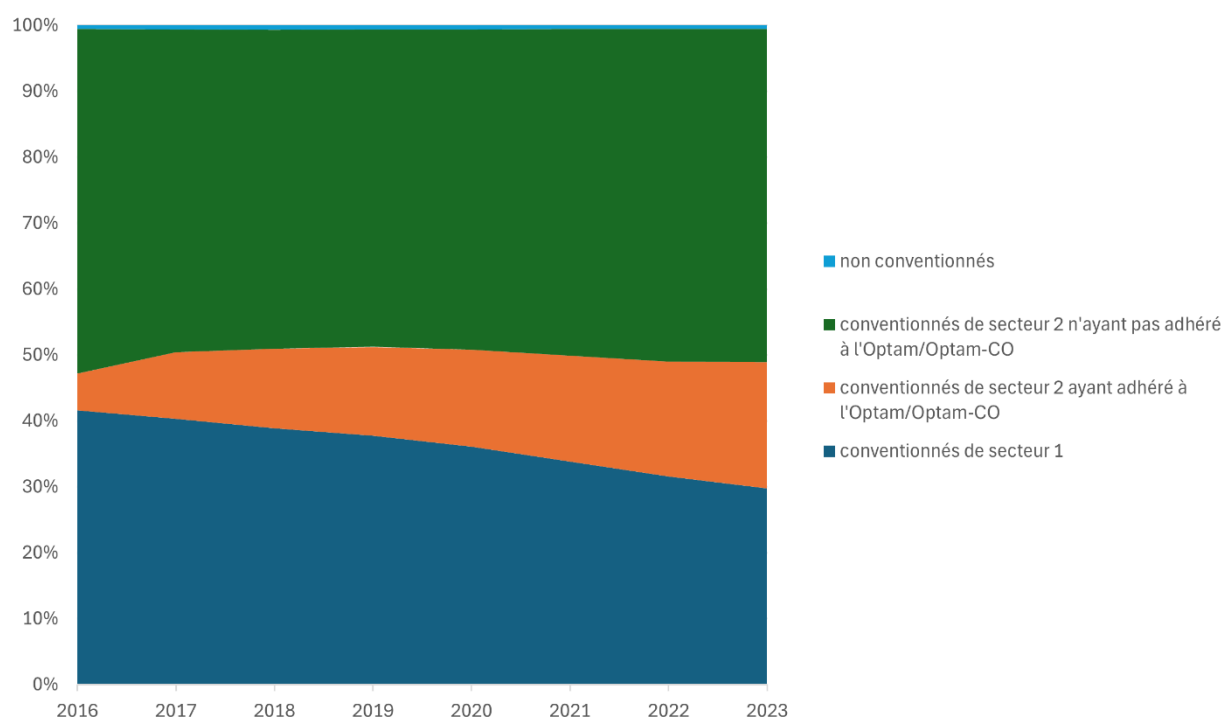
Répartition des néphrologues par secteur conventionnel en France entre 2016 et 2023



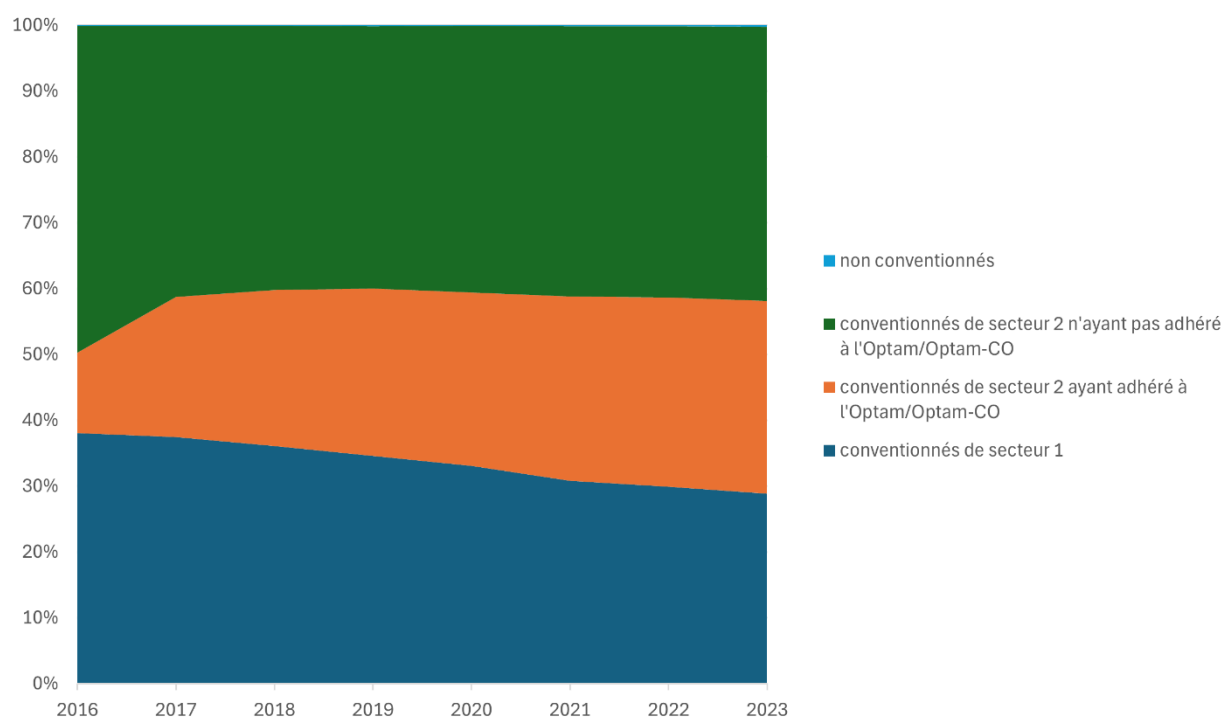
Répartition des neurologues par secteur conventionnel en France entre 2016 et 2023



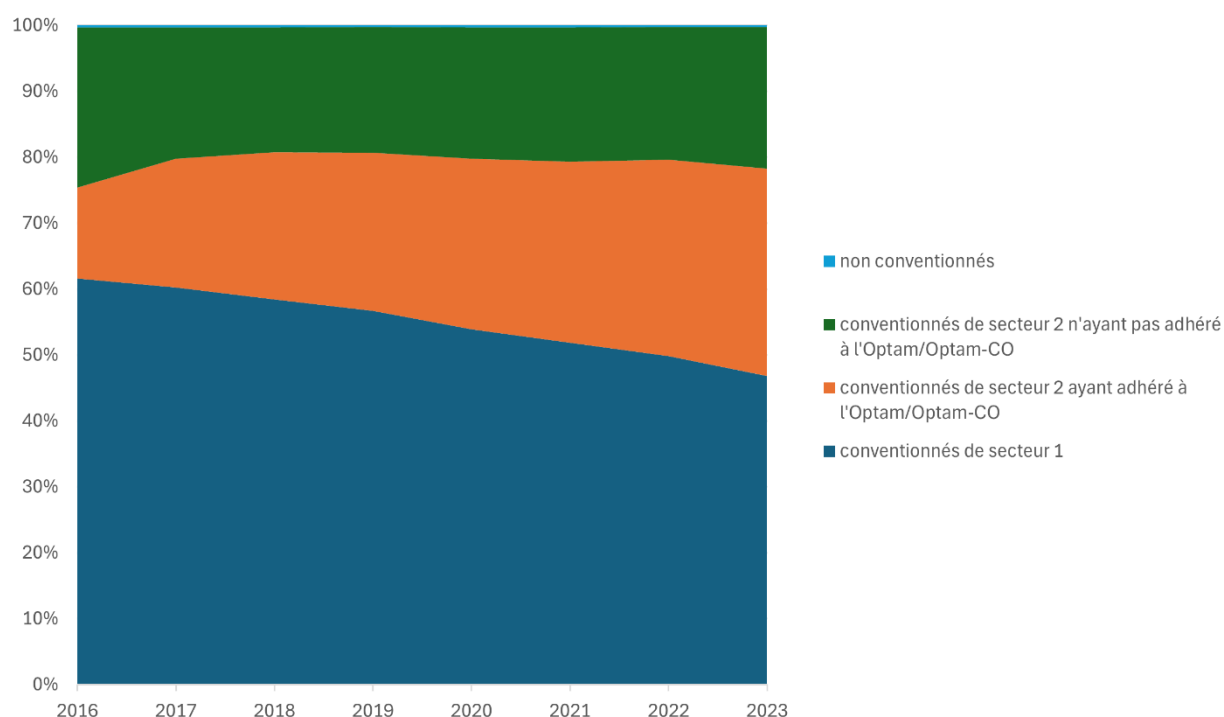
Répartition des ophtalmologues par secteur conventionnel en France entre 2016 et 2023



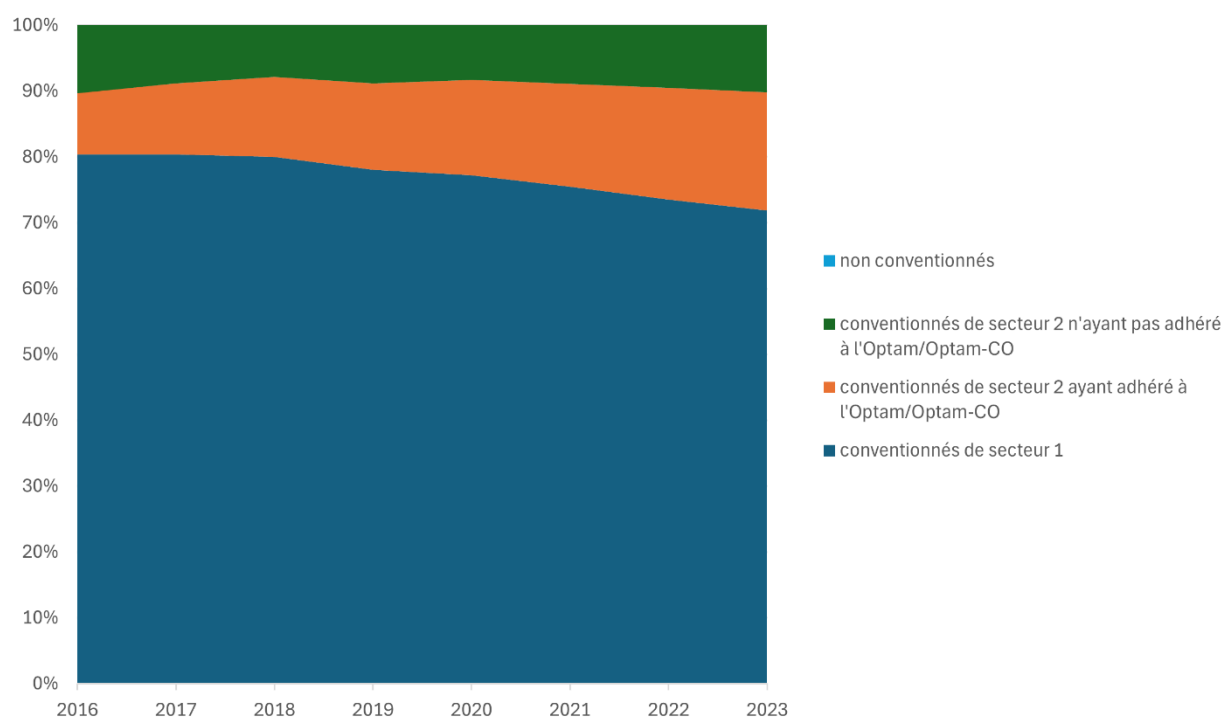
Répartition des oto-rhino-laryngologistes par secteur conventionnel en France entre 2016 et 2023



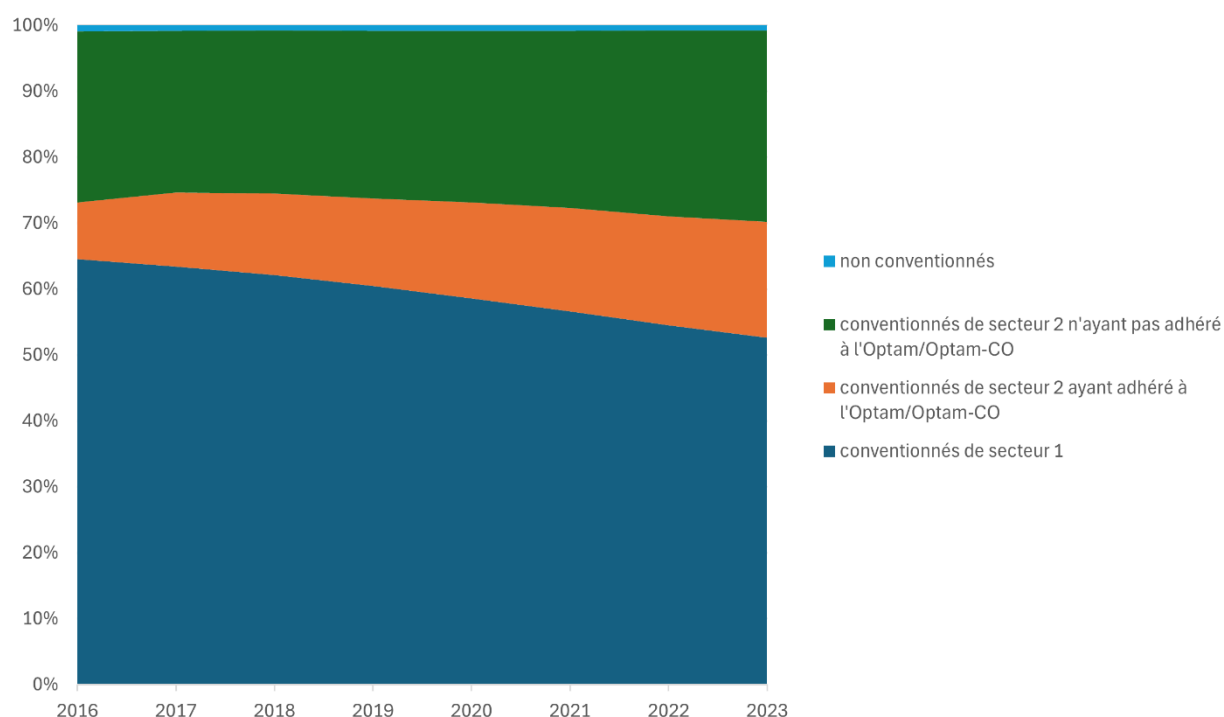
Répartition des pédiatres par secteur conventionnel en France entre 2016 et 2023



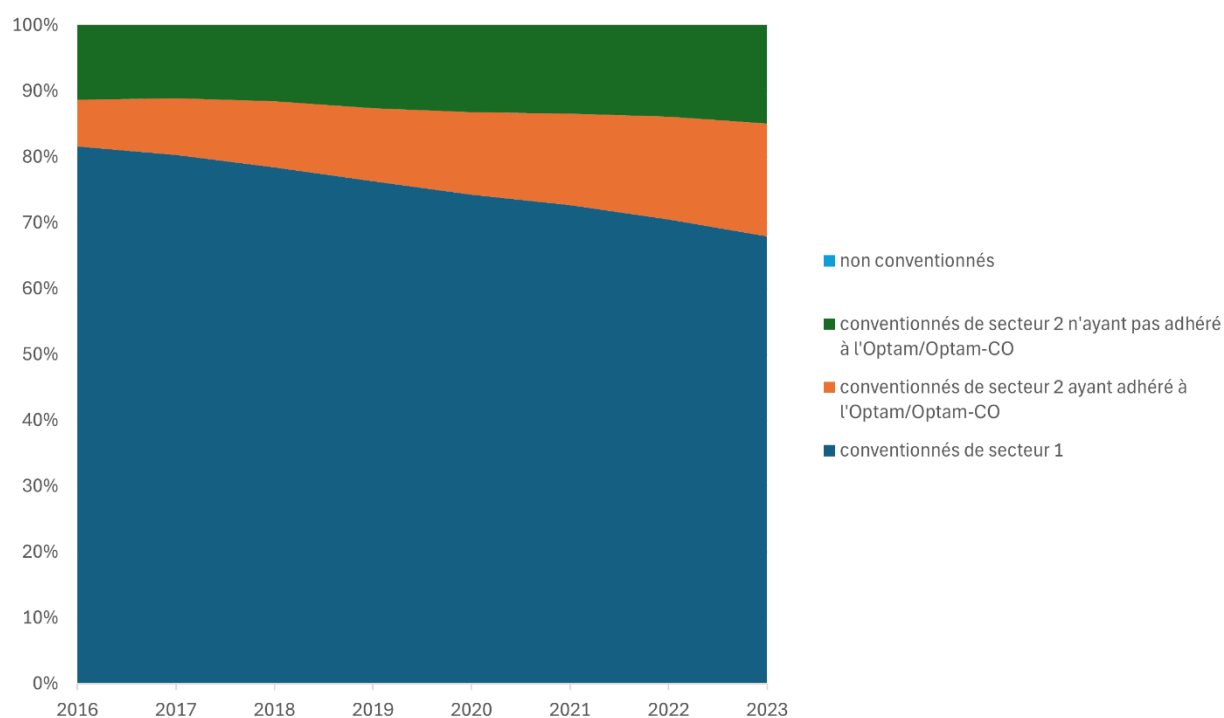
Répartition des pneumologues par secteur conventionnel en France entre 2016 et 2023



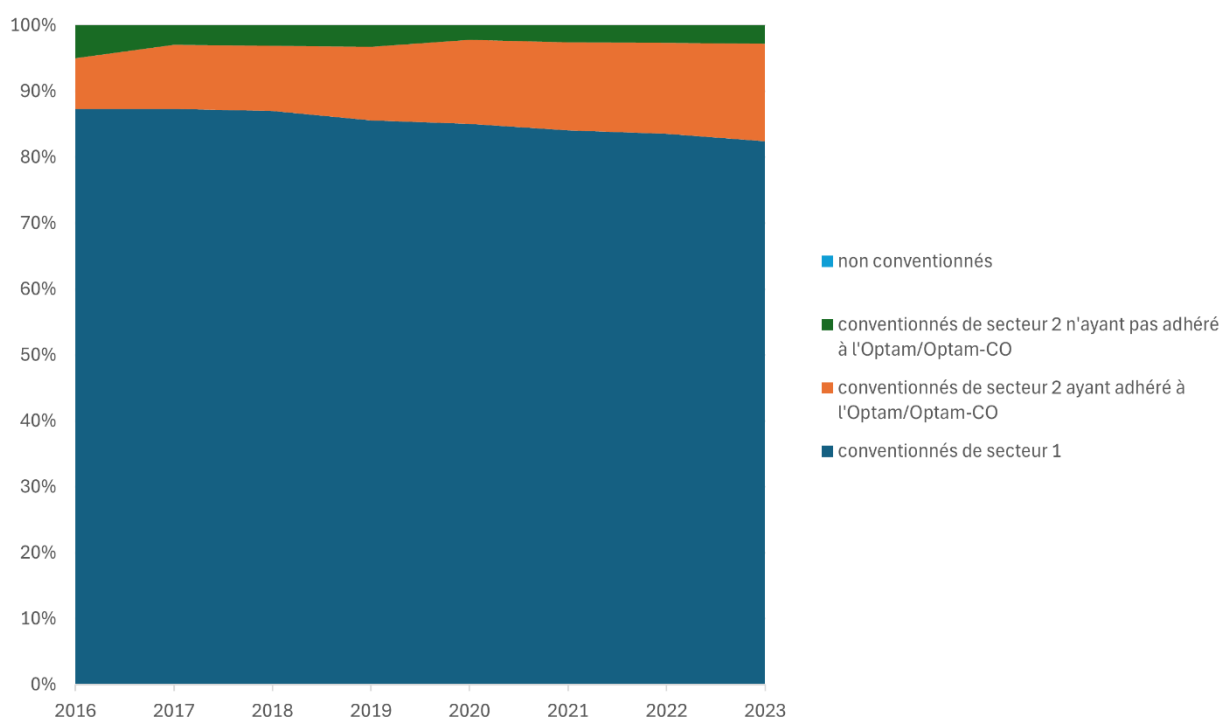
Répartition des psychiatres par secteur conventionnel en France entre 2016 et 2023



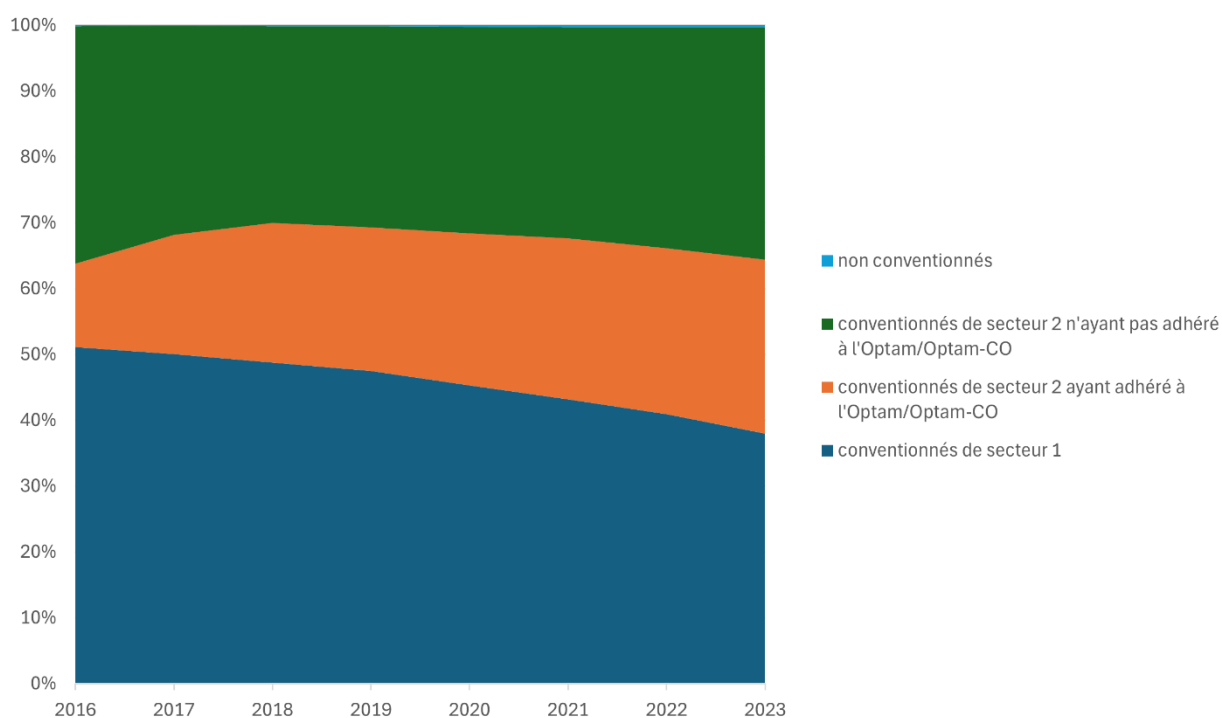
Répartition des radiologues par secteur conventionnel en France entre 2016 et 2023



Répartition des radiothérapeutes par secteur conventionnel en France entre 2016 et 2023



Répartition des rhumatologues par secteur conventionnel en France entre 2016 et 2023



Répartition des stomatologues par secteur conventionnel en France entre 2016 et 2023

