

EMBARGO jusqu'au 2 octobre 2025 à 9 heures



Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Rapport du HCAAM

Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux

Octobre 2025

1. Une augmentation continue du montant des dépassements d'honoraires, une accélération sur les dernières années	10
1.1. La régulation du droit à dépassements a connu plusieurs évolutions contrastées et repose aujourd'hui sur des dispositifs facultatifs visant à inciter les professionnels en secteur 2 à modérer leur pratique de dépassements	10
1.1.1 La mise en place de tarifs opposables s'est accompagnée de la définition d'un « droit permanent » à dépassement (DP) fondé sur la « notoriété »	10
1.1.2. La création du secteur 2	11
1.1.3. Le gel du secteur 2 dans les années 90.....	11
1.1.4. Les conditions d'accès au secteur 2 ont été considérablement élargies depuis	12
1.1.5. Depuis les années 2010, la régulation des dépassements repose sur des dispositifs facultatifs d'incitation à la modération des dépassements par les praticiens en secteur 2	15
1.2. La hausse des dépassements s'accélère en période récente, tirée à la fois par les effectifs en secteur 2 et le niveau des dépassements.....	20
1.2.1. Un montant total de dépassements qui atteint 4,5 milliards d'euros en 2024	20
1.2.2. Le développement de la part du secteur 2 parmi les spécialistes hors généralistes contribue à expliquer cette évolution.....	23
1.2.3. Après une baisse entre 2012 et 2020, les taux de dépassements sont repartis à la hausse et la part d'activité à tarifs opposables diminue.....	25
1.3. Focus sur les dépassements dans le cadre de l'activité libérale à l'hôpital public	31
1.3.1. Un cadre juridique qui a évolué	31
1.3.2. Un poids faible (2 %) dans le total des dépassements	33
1.3.3. Des effectifs stables et des taux de dépassement en baisse, mais une augmentation sensible de l'activité en secteur 2.....	34
2. Pratiques de dépassement et revenus des médecins	36
2.1. L'importance et la dynamique des dépassements est très contrastée selon les spécialités, les territoires et les praticiens	36
2.1.1. La part du secteur 2 varie fortement selon les spécialités, même si elle est en augmentation dans l'ensemble des spécialités hors médecine générale.....	36
2.1.2. Les taux de dépassement, qui représentent aujourd'hui la moitié du tarif conventionnel en moyenne, sont également très variable selon les spécialités.....	38
2.1.3. L'importance du secteur 2 et le niveau des dépassements varient avec le niveau des territoires.....	41
2.2. Les dépassements constituent une part importante des revenus des professionnels, avec toutefois des différences importantes selon les spécialités et les professionnels	43
2.2.1. Une part élevée des dépassements dans les honoraires	43
2.2.2. A spécialité donnée, les revenus sont plus élevés en secteur 2.....	45
2.2.3. Mais les inégalités de revenus entre spécialités sont peu liées aux dépassements.....	48
2.2.4. Au sein de chaque spécialité, les taux de dépassements sont extrêmement différenciés	

2.3.	De nouvelles générations pour qui le secteur 2 est devenu la norme	56
3.	Dépassements d'honoraires : quelle charge pour les patients et quelle lisibilité ?.....	58
3.1.	Une grande hétérogénéité des dépassements d'honoraires, qui se cumulent sur le parcours de soins	61
3.1.1.	L'accessibilité financière et géographique à la médecine spécialisée de ville est très variable selon les spécialités.....	61
3.1.2.	Des dépassements variables selon les territoires, le besoin de soins, les actes, les praticiens	64
3.1.3.	Des cumuls de dépassements sur les épisodes de soins (EDS)	69
3.2.	Quels mécanismes de protection et de solvabilisation pour les patients exposés aux dépassements d'honoraires ?	76
3.2.1.	La protection des plus pauvres contre les dépassements rencontre des limites.....	76
3.2.2.	Pour le reste des patients, une prise en charge par les couvertures complémentaires partielle et variable selon les praticiens et les contrats.....	78
3.3.	Des dépassements plus fréquents et élevés pour les patients aisés, mais qui n'épargnent pas les patients défavorisés.....	84
3.3.1.	Des dépassements qui augmentent en moyenne avec le revenu.....	84
3.3.2.	Une concentration des dépassements variable selon les actes	86
3.3.3.	Des exemples de cumuls de dépassements élevés pour des patients de communes défavorisées	92
3.3.4.	Le principe de tact et mesure est supposé adapter la pratique de dépassement à la situation du patient	94
3.3.5.	Une majorité de médecins ont effectivement plusieurs tarifs pour le même acte.....	95
3.3.6.	Mais peu de médecins appliquent des tarifs plus faibles aux patients des communes défavorisées	96
3.4.	Au total, pour les patients et la population, la perception d'une rupture par rapport aux valeurs fondatrices de la sécurité sociale	98
4.	Conclusion : la diffusion et la hausse des dépassements d'honoraires ont des impacts sur le système de prise en charge et la régulation de l'offre de soins	100
	Annexe 1. Liste des 14 actes retenus et critères de sélection.....	104

Synthèse

Les dépassements d'honoraires sont le supplément de prix par rapport au tarif conventionnel facturé au patient par un médecin dans le cadre d'une activité libérale¹. Ce supplément est financé directement par le patient et son éventuelle assurance maladie complémentaire (AMC) et non par l'assurance maladie obligatoire (AMO).

La définition de tarifs conventionnels dans les années 1960 s'est accompagnée de la définition de conditions sur la facturation des dépassements. Ils connaissent un essor à partir de la convention médicale de 1980, qui crée le secteur 2, pour répondre aux revendications de revalorisations tarifaires des médecins qui se heurtent aux difficultés financières de l'assurance maladie. A côté du secteur 1, dans lequel les praticiens s'engagent à respecter les tarifs conventionnels, le secteur 2 dit à « honoraires libres », permet aux praticiens de pratiquer des dépassements, et d'augmenter leurs tarifs sans conséquences pour les comptes de l'assurance maladie. Au début des années 1990, la dynamique du secteur 2 fait craindre des passages massifs en secteur 2 et conduit à définir des conditions d'installation en secteur 2 beaucoup plus restrictives. Réservé aux anciens chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux, l'accès au secteur 2 concernait alors un petit nombre de médecins par rapport à l'ensemble des spécialistes qui s'installaient en exercice libéral. Ces conditions d'accès ont considérablement été élargies depuis, avec pour résultat qu'une grande part des médecins spécialistes (hors médecine générale) remplit les conditions d'accès au secteur 2.

Ce rapport présente, 45 ans après la création du secteur 2, un état des lieux des dépassements d'honoraires réalisés par les médecins libéraux en ville, en cliniques privées ou encore dans le cadre de l'exercice d'une activité libérale à l'hôpital public. Il vise à éclairer les enjeux que pose la dynamique des dépassements d'honoraires sur la maîtrise des dépenses de santé, la rémunération des médecins, et l'accès aux soins des patients. **Ces travaux se poursuivront par une réflexion sur les pistes de réformes qui pourraient être envisagées.**

La hausse des dépassements d'honoraires s'accélère

Au cours des cinq dernières années, les dépassements d'honoraires ont augmenté de manière très dynamique. Le montant total des dépassements d'honoraires atteint 4,3 Mds € pour les médecins spécialistes en 2024 (4,5 Mds € en 2024 au total, y compris généralistes), en forte accélération depuis 2019 (+5% par an en valeur réelle) alors que leurs montants évoluaient peu au cours de la décennie précédente (+2,7% par an entre 2010 et 2019 en valeur réelle). En dehors des omnipraticiens, dont l'adhésion au secteur 2 est résiduelle, la part des médecins adhérant au secteur 2 parmi les médecins est élevée et continue d'augmenter : parmi les médecins nouvellement installés, hors généralistes, elle est passée de 64 à 74% entre 2017 et 2024, conduisant à ce que la part du secteur 2 parmi l'ensemble des médecins hors généralistes atteigne 56% en 2024, contre 37% en 2000². Cette dynamique d'installation des jeunes médecins continuera, à politique inchangée, à alimenter l'accélération de la croissance des montants des dépassements d'honoraires dans les années à venir³.

¹ En l'absence de définition légale, les dépassements d'honoraires sont usuellement définis ainsi lors des négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels. Ils sont distingués dans ce rapport de la liberté tarifaire, qui recouvre plus largement l'ensemble des suppléments tarifaires que certains professionnels de santé peuvent pratiquer au-delà des tarifs conventionnels (en particulier sur les prothèses dentaires, les équipements d'optique ou d'audiologie).

² CNAM, Rapport charges et produits pour 2026

³ Les taux de dépassements augmentent avec l'âge et l'ancienneté des médecins dans toutes les spécialités – de façon plus ou moins marquée – et leur évolution au cours des quinze dernières années ne suggère pas d'effet de génération parmi les médecins récemment installés.

La dynamique des dépassements est tirée non seulement par celle des effectifs de secteur 2, mais aussi par celle du niveau et de la fréquence des dépassements. Alors que désormais plus de la moitié des praticiens de secteur 2 adhèrent au dispositif optionnel de maîtrise des tarifs (Optam et Optam-ACO), qui a remplacé en 2017 le CAS (contrat d'accès aux soins), les taux de dépassement augmentent à nouveau depuis 2020, après avoir baissé entre 2012 et 2020 ; la part d'activité à tarifs opposables (c'est-à-dire sans dépassements) des professionnels adhérant au secteur 2, après avoir augmenté jusqu'en 2020, est en repli. Cet effet se cumule à la hausse tendancielle des effectifs de médecins en secteur 2.

Les dépassements d'honoraires ne pèsent pas directement sur les dépenses d'assurance-maladie mais ils induisent des effets sur la régulation de l'offre de soins et l'accès aux soins. Par ailleurs, les dépassements constituent un enjeu de régulation des dépenses de santé pour les ménages (que ce soit directement *via* les restes à charge ou indirectement *via* les primes d'assurance complémentaire), d'autant plus s'il s'agit d'une dépense contrainte pour les patients.

Un enjeu d'accessibilité financière des soins

Les dépassements d'honoraires représentent dans leur ensemble une part relativement modeste des dépenses de santé et du reste à charge des ménages. Les soins de médecins spécialistes libéraux (hors médecine générale) réalisés en ville ou en clinique représentent 23,1 Mds € de dépenses, soit 9% de la consommation de soins et biens médicaux en 2022. Le reste à charge pour les ménages sur ce poste atteint 5,6 Mds € après assurance maladie obligatoire (AMO) et 2,4 Mds € après assurance maladie complémentaire (AMC) : ce reste à charge après AMC, principalement composé de dépassements d'honoraires, représente 14% du reste à charge des ménages⁴. Selon les estimations issues des comptes de la santé, ces dépassements d'honoraires sont pris en charge à 37-40% par les complémentaires santé (à hauteur de 1,3 à 1,4 Md€).

Les dépassements sont très concentrés : près de la moitié des patients consomment des soins exclusivement à tarif opposable (ou au sein du panier 100% santé) et ne s'acquittent d'aucun dépassement⁵. Ils varient fortement : selon le lieu d'habitation des patients (le montant de dépassements d'honoraires par patient est 4 fois plus élevé à Paris qu'en moyenne) et selon les besoins de soins, qu'ils résultent de l'âge (les 70-79 ans paient deux fois plus que les 30-39 ans) ou de l'état de santé (les patients en ALD paient des montants de dépassements plus élevés^{6,7}).

Ces dépenses ne sont pas prises en charge par le système universel et redistributif de l'AMO qui repose sur le principe fondateur « *de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins* » et peuvent être élevées pour les patients au regard de leur revenu. Si les ménages les plus modestes peuvent en théorie bénéficier d'une protection par l'opposabilité des tarifs qui s'applique aux assurés couverts par la complémentaire santé solidaire (C2S), l'effectivité de cette protection est atténuée par le non-recours et la méconnaissance des droits. Pour les autres assurés, l'accès à une complémentaire santé permet à 60% des assurés couverts par des contrats souscrits à titre individuel et 90% des assurés couverts par des contrats collectifs de bénéficier d'une prise en charge (rarement intégrale) des dépassements. Il s'agit dans le cas de l'AMC de prestations contributives, qui reposent sur des cotisations liées au niveau de couverture choisi et au niveau de risque (principalement l'âge dans le cas des contrats individuels). Dans le cadre de la réglementation des contrats responsables, ces garanties sont plus basses et plafonnées pour les consultations de médecins non-signataires de

⁴ D'autres postes de soins pèsent en effet sur les restes à charge des ménages : médicaments en ambulatoire, dispositifs médicaux, soins et prothèses dentaires, sages-femmes et auxiliaires médicaux, etc.

⁵ La liberté tarifaire recouvre un champ plus large que celui des dépassements d'honoraires, qui s'applique notamment aux dispositifs médicaux : prothèses dentaires, auditives et lunettes notamment.

⁶ Bithorel PL, Reduron V., 2023, Dépenses de santé et restes à charge pour les patients : comment expliquer les disparités entre départements ? Etudes et résultats, n°1265, DREES.

⁷ Même s'ils ne représentent qu'une part modérée (10%) des RAC AMO en lien avec l'ALD

l'Optam et Optam-ACO. Les dépassements s'avèrent plus élevés en moyenne pour les patients ayant un meilleur niveau de vie et vivant dans les communes plus riches, mais les patients habitant des communes modestes se trouvent aussi exposés à des dépassements d'honoraires du fait d'une insuffisance d'offre à tarif opposable, et ces dépassements peuvent atteindre des niveaux élevés pour certains actes et épisodes de soins qui sont au cœur des soins nécessaires. Finalement, en raison des inégalités de souscription et de contenu des contrats complémentaires, les restes à charge liés aux dépassements représentent environ 20% du reste à charge⁸ après intervention de l'assurance maladie complémentaire au sein du 1^{er} comme pour le dernier dixième de niveau de vie.

La variabilité et la faible prévisibilité des dépassements d'honoraires suscitent chez beaucoup de patients un sentiment de facturation aléatoire, discrétionnaire et imprévisible, et d'incompréhension face à un système difficilement lisible. Les trois quarts de la population vivant en France estiment que les dépassements d'honoraires pratiqués par certains médecins ne sont pas justifiés⁹.

Un enjeu de rémunération des médecins spécialistes

Les dépassements d'honoraires ont permis au cours du temps de revaloriser les revenus de certains médecins sans peser directement sur les dépenses d'assurance-maladie obligatoire. Ils représentent aujourd'hui une part très importante des revenus de certains professionnels, plus du tiers pour les praticiens de certaines spécialités. C'est le cas en 2023 pour les anesthésistes, les chirurgiens, les dermatologues, les gynécologues – obstétriciens, les ophtalmologues, les psychiatres, les stomatologues.

La place et le rôle des dépassements d'honoraires sont toutefois extrêmement différenciés selon les spécialités. Les spécialités pour lesquelles les dépassements constituent une part importante des revenus sont des spécialités présentant des revenus plus faibles que la moyenne : les dépassements représentent par exemple 40% du revenu libéral des psychiatres de secteur 2, un tiers de celui des pédiatres. Ils contribuent également de façon importante aux revenus des spécialités médico-chirurgicales et chirurgicales, mais où - dans ces deux secteurs - les revenus sont plus élevés. A l'opposé, les dépassements tiennent une place bien moindre dans les revenus des spécialités techniques et souvent intensives en capital (radiologie, radiothérapie, médecine nucléaire, anatomocyto-pathologie), dont les revenus sont pourtant les plus élevés : le niveau de rémunération permis par les tarifs opposables limite le recours aux dépassements. Les dépassements sont donc en partie mobilisés pour réduire les écarts de revenus entre spécialités. Dans certaines spécialités, la progression des dépassements d'honoraires a servi à compenser la progression des charges (et l'érosion, en valeur réelle, du tarif opposable qui en résulte), sans suffire parfois à stabiliser le revenu. Les dépassements d'honoraires sont en partie révélateurs, en creux, des limites du pilotage des tarifs opposables et des inadéquations tarifaires, qui, tout en permettant à certaines spécialités des revenus tirés des seuls tarifs opposables nettement supérieurs aux autres spécialités, laissent s'installer des situations de sous-financement d'autres spécialités qui créent des problèmes d'attractivité et contribuent à nourrir la dynamique des dépassements. Les dépassements ont par ailleurs pour effet de fragiliser les effets de la régulation par les tarifs conventionnels : ils constituent un point de fuite qui peut mettre en échec une hiérarchisation des tarifs en adéquation avec le coût de la pratique et l'effort médical.

Les dépassements ne s'expliquent toutefois pas en totalité par des inadéquations tarifaires. En effet au sein de chaque spécialité, on constate une très forte dispersion des niveaux de dépassements

⁸ Mesuré ici avec le modèle de microsimulation Ines-Omar 2019 de la DREES qui simule la prise en charge par les contrats de complémentaires santé pour un échantillon représentatif de ménages de la population en France dont les données sont appariées à leurs dépenses de santé. La différence avec les 14% du RAC AMC dans les données macro des comptes de la santé s'explique par des différences de champ, principalement l'inclusion des soins non remboursables dans la CSBM.

⁹ Baromètre d'opinion de la DREES, 2023 ([DigDash - Baromètre d'opinion](#))

pratiqués selon les professionnels, et notamment un décrochage systématique des taux de dépassement des médecins appartenant aux 10 % appliquant les dépassements les plus élevés (souvent deux fois supérieurs à ceux du 7^e décile). Les volumes d'activité, mesurés en nombre d'actes, sont d'autant plus faibles que les médecins ont des taux de dépassement élevés. Les dépassements les plus élevés permettant donc aux professionnels, dans certaines spécialités, de maintenir leur revenu en réduisant leur activité ; dans d'autres spécialités, ils permettent de réaliser à la fois moins d'actes et d'avoir des revenus plus élevés.

Le niveau des dépassements d'honoraires pratiqué est tributaire des effets de concurrence : il est plus élevé dans les spécialités et dans les territoires où le secteur 2 représente une part importante de l'offre. Inversement, l'existence d'une offre importante à tarifs opposables tend à modérer le niveau des dépassements d'honoraires.

La part des professionnels en secteur 2 et le niveau des dépassements d'honoraires sont plus élevés dans les territoires des grandes métropoles où les patients disposent de revenus plus élevés. Les dépassements d'honoraires contribuent donc à aggraver les inégalités territoriales dans la répartition des spécialistes.

Les dépassements d'honoraires peuvent générer des inégalités importantes de revenus entre professionnels, amoindrir le poids des rémunérations forfaitaires ou à la qualité, et introduire des distorsions dans les choix de mode d'exercice, de lieu d'installation et de temps de travail.

Introduction

Les dépassements d'honoraires sont le supplément de prix par rapport au tarif conventionnel facturé au patient par un médecin dans le cadre d'une activité libérale¹⁰. Certains acteurs préfèrent employer le terme de « compléments d'honoraires ». La différence n'est pas que sémantique : le terme de « complément » implique que l'honoraire défini par le tarif opposable appelle ce complément et tend à normaliser l'existence de cette rémunération allant au-delà du tarif opposable, alors que le terme de « dépassement » souligne qu'elle excède le tarif opposable. Dans le cadre de ce rapport, nous retiendrons le terme le plus communément retenu de dépassements d'honoraires. Ce supplément est financé directement par le patient et son éventuelle assurance maladie complémentaire (AMC) et non par l'assurance maladie obligatoire (AMO). La définition de tarifs conventionnels dans les années 1960 s'est accompagnée de la définition de conditions sur la facturation des dépassements. Ils connaissent un essor à partir de la convention médicale de 1980, qui crée le secteur 2, afin de revaloriser la rémunération de certains médecins sans que cela ne pèse sur les dépenses publiques. Ce rapport présente, 45 ans après la création du secteur 2, un état des lieux des dépassements d'honoraires réalisés par les médecins libéraux en ville, en cliniques privées ou encore dans le cadre de l'exercice d'une activité libérale à l'hôpital public.

Dans son rapport sur les scénarios d'évolution de l'articulation entre la sécurité sociale et l'assurance complémentaire de janvier 2022, le HCAAM s'était engagé à poursuivre ses travaux sur la médecine spécialisée en approfondissant la question des dépassements d'honoraires qui apparaissait transversale à l'ensemble des scénarios. En effet, au travers de la réflexion sur l'articulation de la prise en charge des dépassements entre l'AMO, l'AMC et les ménages, se pose celle de la régulation des dépassements d'honoraires face à trois enjeux : celui de la maîtrise des dépenses de santé, de l'accessibilité financière aux soins, et de la rémunération des médecins spécialistes.

Afin de dresser un diagnostic de l'évolution des dépenses liées aux dépassements d'honoraires et de ses causes, une première partie de ce rapport retrace l'évolution des droits à dépassement depuis la création de l'assurance maladie obligatoire et de ses dispositifs de régulation. Elle décrit la dynamique des dépassements sur longue période, en détaillant ce qui relève de l'évolution des effectifs en secteur 2 et des pratiques de dépassements des médecins dans le cadre de leur activité libérale en cabinet de ville, en clinique ou à l'hôpital public. Elle illustre enfin la situation très différenciée des niveaux de dépassements selon les territoires et les spécialités. La régulation des dépassements constitue un enjeu de régulation des dépenses de santé pour les ménages (que ce soit directement *via* les restes à charge ou indirectement *via* les primes d'assurance complémentaire), d'autant plus s'il s'agit d'une dépense contrainte pour les patients.

La deuxième partie du rapport aborde le rôle des dépassements dans les revenus des médecins et interroge leurs conséquences sur le volume et la répartition de l'offre de soins. Elle détaille le rôle des dépassements dans les écarts de revenus entre spécialités et entre praticiens d'une même spécialité, ainsi que dans l'évolution de leurs revenus au cours des dernières années, et analyse le lien entre le niveau des dépassements et le volume d'actes.

La troisième partie du rapport décrit la charge que représentent les dépassements pour les patients et s'interroge sur leur lisibilité. Elle établit un diagnostic de l'exposition des patients aux dépassements, qui varient selon les territoires, les actes, le besoin de soin et les praticiens, et qui se cumulent sur le

¹⁰ En l'absence de définition légale, les dépassements d'honoraires sont usuellement définis ainsi lors des négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels. Ils sont distingués dans ce rapport de la liberté tarifaire, qui recouvre plus largement l'ensemble des suppléments tarifaires que certains professionnels de santé peuvent pratiquer au-delà des tarifs conventionnels (en particulier sur les prothèses dentaires, les équipements d'optique ou d'audiologie).

parcours de soins. Elle décrit les mécanismes de protection existants pour les patients les plus modestes et les niveaux de couverture offerts par l'assurance maladie complémentaire, interroge les pratiques de dépassements vis-à-vis des patients et la question du « tact et mesure », et illustre par quels mécanismes les patients défavorisés n'en sont pas épargnés même si les dépassements sont plus élevés pour les patients aisés.

En conclusion, le rapport s'interroge sur les effets systémiques que soulève aujourd'hui la pratique des dépassements et sur l'urgence à agir dans un contexte où, pour les nouvelles générations, le secteur 2 est aujourd'hui devenu la norme.

Ces travaux se poursuivront, dans un second temps, par une réflexion sur les pistes de réformes qui pourraient être envisagées.

Ce rapport est le résultat de deux années de travaux menés au HCAAM et contient en annexes des études approfondies qui ont alimenté son contenu et les discussions en séance avec les membres du HCAAM. Que leurs contributeurs, anciens membres du secrétariat général, conseillers scientifiques du HCAAM, statisticiens et chercheurs à la DREES, la CNAM, et l'IRDES, en soient ici sincèrement remerciés.

1. Une augmentation continue du montant des dépassements d'honoraires, une accélération sur les dernières années

En 2024, les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes en pratique libérale (en ville ou clinique) se sont élevés à 4,3 milliards d'euros (4,5 Mds € au total, y compris médecins généralistes). Si les dispositifs optionnels de modération tarifaire (CAS puis OPTAM) ont permis de ralentir leur progression pendant une dizaine d'années, ils retrouvent depuis 2019 une croissance très dynamique : + 27 % en valeur réelle (hors inflation). Cette croissance est portée par la tendance de long terme à la diffusion du secteur 2 au sein de la médecine spécialisée libérale (hors médecine générale), mais aussi, évolution plus récente, par une reprise de l'augmentation des niveaux de dépassement facturés.

1.1. La régulation du droit à dépassements a connu plusieurs évolutions contrastées et repose aujourd'hui sur des dispositifs facultatifs visant à inciter les professionnels en secteur 2 à modérer leur pratique de dépassements

1.1.1 La mise en place de tarifs opposables s'est accompagnée de la définition d'un « droit permanent » à dépassement (DP) fondé sur la « notoriété »

La mise en place, avec la sécurité sociale, d'un système d'assurances sociales pour les soins médicaux a soulevé inévitablement la question de la détermination des honoraires médicaux, jusqu'alors librement fixés par les praticiens¹¹. Comme le souligne Pierre-Louis Bras, « *dès lors que ceux-ci [les honoraires médicaux] sont pris en charge par un assureur, la question de la régulation des tarifs se pose nécessairement. En effet :*

- *si l'assureur prend en charge les tarifs sans limites, il encourage leur progression et le dispositif d'assurance est alors menacé par l'inflation des coûts et donc des primes ou cotisations,*
- *si l'assureur borne son remboursement à un tarif de responsabilité, il conforte la position du médecin (celui-ci peut d'autant plus facilement pratiquer des tarifs élevés qu'une partie de ses honoraires n'est pas supportée par son patient) et il ne procure pas une réelle sécurité à l'assuré. »*

A partir de 1960, une régulation des tarifs se met en place, avec des tarifs opposables fixés par l'État dans les départements où les négociations entre caisses et syndicats médicaux n'ont pas abouti. Des possibilités de dépassement sont alors prévues, les justifications pouvant être « *la situation de fortune de l'assuré, les exigences particulières du malade résultant des circonstances de temps et de lieu ainsi que la notoriété [du praticien]* »¹². Cette notoriété est constatée par l'inscription sur une liste établie par une commission paritaire comprenant, dans chaque département, des représentants des organisations professionnelles de praticiens et des caisses.

En 1971, la première convention nationale fixe des tarifs opposables pour l'ensemble des médecins et en définit les exceptions : elle précise la notion de notoriété et institue le « droit permanent à dépassement » (DP) :

« *Le médecin s'interdit tout dépassement non justifié par une des situations suivantes :*

Circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade (DE) ;

Qualité particulière du praticien résultant de titres universitaires ou hospitaliers ;

¹¹ PL Bras. La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes. Les Tribunes de la santé, 2015/3, n° 48. Pp 73-92.

¹² Décret n° 60-451 du 12 mai 1960 relatif aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Autorité médicale accrue résultant :

Soit de fonctions hospitalières ;

Soit de travaux personnels ;

Soit de la durée d'exercice liée à la fréquentation d'un établissement hospitalier ayant un rôle d'enseignement, postérieure à l'obtention du diplôme de docteur en médecine (ou, en ce qui concerne les spécialistes qualifiés, postérieure à l'obtention de certificats d'études spéciales), et dont la durée, l'assiduité et l'adaptation à la discipline du praticien intéressé seront jugées suffisantes, ou à l'appel habituel en consultation par des confrères de même discipline.

En cas de dépassement des tarifs, le praticien en détermine le montant avec tact et mesure et indique le montant des honoraires demandés sur les feuilles de maladie en précisant le motif du dépassement : DE : exigence particulière du malade visée en a ci-dessus ; DP : droit permanent à dépassement pour qualité particulière ou autorité médicale accrue visée en b et c ci-dessus. »¹³

La liste des praticiens bénéficiant d'un droit permanent à dépassement est dressée par la commission médico-sociale paritaire départementale. Dans certaines spécialités, le DP est fréquent ; les données les plus anciennes disponibles font ainsi apparaître qu'en 1979, il concernait 50 % des chirurgiens, un tiers des pneumologues et des oto-rhino-laryngologistes (ORL).

1.1.2. La création du secteur 2

Au début des années 1980, au moment de la négociation de la troisième convention nationale, les revendications de revalorisations tarifaires des médecins se heurtent aux difficultés financières de l'assurance maladie. Face à cette tension, le gouvernement de Raymond Barre décide la création de deux secteurs conventionnels, qui sont ainsi introduits dans la convention de 1980 : le secteur 1, dans lequel les médecins s'engagent à respecter les tarifs conventionnels, et le secteur 2 dit « à honoraires différents », dans lequel les praticiens sont autorisés à pratiquer des dépassements. Ils peuvent ainsi augmenter leurs tarifs sans conséquences pour les comptes de l'assurance maladie. En contrepartie, en optant pour ce secteur, ils renoncent aux avantages sociaux dont sont bénéficiaires les médecins de secteur 1¹⁴. La possibilité d'adhérer au secteur 2 est alors ouverte tous les deux ans : au cours des années 1980, les médecins sont de plus en plus nombreux à faire ce choix.

En 1989, 44 % des spécialistes et 23 % des généralistes (66 % pour la petite fraction d'entre eux qui déclarent un mode d'exercice particulier, tel qu'acupuncture, homéopathie...) peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires (secteur 2 ou DP).

1.1.3. Le gel du secteur 2 dans les années 90

La dynamique du secteur 2 au cours des années 1990 fait craindre des passages massifs en secteur 2, comme l'exprime la convention médicale signée en mars 1990 :

« Article 1er bis

1. Les parties signataires affirment qu'il est de leur responsabilité conventionnelle de garantir à tous les assurés la liberté d'accéder à des soins de qualité dans le cadre d'honoraires opposables, et cela sur tout le territoire.

L'augmentation continue du pourcentage de praticiens hors honoraires opposables, la multiplication de zones géographiques où il n'existe plus de véritable libre choix et la progression du « taux de

¹³ Arrêté d'approbation de la convention nationale des médecins, JORF du 31 Octobre 1971, pp 10758-10763.

¹⁴ L'assurance maladie prend en charge une partie des cotisations sociales (maladie, famille et vieillesse) des médecins de secteur 1.

dépassement » compromettent l'équilibre et la survie du système conventionnel auquel les parties signataires sont attachées. »

Les parties signataires décident de suspendre l'application du dispositif instauré en 1980 ; si les praticiens installés antérieurement au 1er décembre 1989 et qui ont fait le choix du secteur 2 peuvent conserver le bénéfice de cette option conventionnelle, celle-ci est désormais restreinte aux praticiens qui s'installent pour la première fois, et uniquement s'ils détiennent certains titres ou ont exercé certaines fonctions : « *Les anciens chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux, les anciens assistants des hôpitaux généraux ou des hôpitaux régionaux ne faisant pas partie de C.H.U. qui s'installent ou se sont installés pour la première fois postérieurement au 1er décembre 1989 peuvent choisir de pratiquer des honoraires conventionnels ou des honoraires différents* ».

La convention prévoit également que « tout médecin exerçant sous le régime des honoraires différents s'engage à effectuer annuellement un quart de ses actes en tarifs opposables ou en actes gratuits », cet engagement étant contrôlé par les commissions conventionnelles paritaires locales.

L'impact des conditions d'accès plus restrictives est sensible : entre 1989 et 2000, la proportion de praticiens autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (au-delà des dépassements pour exigence particulière du malade) baisse de 23 % à 14 % pour les généralistes, de 44 % à 37 % pour les spécialistes hors médecine générale.

1.1.4. Les conditions d'accès au secteur 2 ont été considérablement élargies depuis

En 1990, les conditions étaient très sélectives : réservé aux anciens chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux, l'accès au secteur 2 concernait un petit nombre de médecins par rapport à l'ensemble des spécialistes qui s'installaient en exercice libéral.

Cette sélectivité a été fortement réduite, avec pour résultat qu'une grande part des médecins spécialistes (hors médecine générale) remplit les conditions d'accès au secteur 2. Cet élargissement du nombre de médecins spécialistes hors médecine générale résulte de plusieurs évolutions : d'une part, la liste des titres et des fonctions permettant de pratiquer des honoraires différents a été progressivement élargie au fur et à mesure des négociations conventionnelles (Voir encadré 1) ; d'autre part, le post-internat est devenu au fil du temps une étape quasi systématique, inscrite dans les textes en 2018 avec la création du statut de docteur junior. Par ailleurs, pour pourvoir les besoins hospitaliers, on a créé des postes d'assistants spécialistes, auxquels le bénéfice du secteur 2 a été ouvert. Toutes ces évolutions ont eu pour résultat une forte augmentation de la proportion de praticiens éligibles au secteur 2 au moment de leur installation. Il est à noter que l'effet cumulatif de ces évolutions n'a pas été perçu : notamment, les évolutions relatives à la formation et au statut des futurs médecins (statut du docteur junior, création de postes d'assistants spécialisés) ont été décidées sans conscience de leur impact sur le champ du secteur 2.

ENCADRE 1 - ÉLARGISSEMENT DES TITRES ET DES FONCTIONS POUR ÊTRE AUTORISÉ À PRATIQUER DES HONORAIRES DIFFÉRENTS LORS DE LA PREMIÈRE INSTALLATION

La liste des titres et des fonctions qui rend éligible à l'option en faveur d'une pratique d'honoraires différents a été élargie au fur et à mesure des négociations conventionnelles. Aux titres et fonctions listés dans la convention de 1990, la convention de 1993 ajoute les fonctions d'ancien assistant des hôpitaux spécialisés, les praticiens chef de clinique ou assistant des hôpitaux militaires ainsi que les praticiens temps plein hospitalier (dont le statut relève du décret du 24 février 1984). En 1997, il est confié à une Commission conventionnelle paritaire locale le soin de se prononcer sur les équivalences pour les titres acquis dans les établissements participant au service public hospitalier ou ceux acquis au sein de l'Union européenne¹⁵. A la suite de la signature de la convention de 2005¹⁶, l'accès à la pratique d'honoraires différents est encore élargi, cette fois-ci aux praticiens temps partiel hospitaliers comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions. La convention de 2011 reconnaît les fonctions et les titres exercés dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif¹⁷. Quant au règlement arbitral du 26 mai 2010, il supprime la référence aux CHU pour indiquer seulement les établissements suivants : « *anciens assistants des hôpitaux généraux ou régionaux* »¹⁸. La convention de 2016 précise quant à elle que les fonctions occupées pour détenir les titres visés peuvent être réalisées alternativement au sein d'établissements de santé de nature différente ainsi que dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif. Quant à la dernière convention en date, conclue le 4 juin 2024 et approuvée par un arrêté du 20 juin 2024, elle n'emporte aucune modification par rapport à la convention précédente en ce qui concerne les conditions d'accès et les critères d'éligibilité au secteur 2 (voir Encadré 2).

Enfin, certains médecins font le choix d'exercer en dehors du cadre conventionnel ou sont déconventionnés à titre de sanction. Ils fixent leurs honoraires librement et la prise en charge des patients par l'assurance maladie est basée sur un tarif d'autorité qui s'élève à 16% des tarifs conventionnels (soit un remboursement de 0,85€ à 1,22 € chez un médecin spécialiste), pouvant engendrer des restes à charge importants pour les patients. Ces médecins parfois désignés comme médecins de « secteur 3 » sont seulement au nombre 800 toutes spécialités confondues, y compris médecine générale, soit un effectif qui reste très minoritaire et relativement stable au cours des 15 dernières années (900 en 2010¹⁹). Toute proportion gardée, les spécialités les plus concernées sont la médecine générale à exercice particulier (3,5% de la spécialité), les dermatologues (1,3%), la médecine générale (0,9%), les psychiatres (0,8%), les chirurgiens (0,7%) et les ophtalmologues (0,5%). Leurs pratiques d'honoraires ne sont pas analysées dans le cadre de ce rapport.

¹⁵ Art. 10 des conventions approuvées par arrêté du 28 mars 1997.

¹⁶ Arrêté du 26 mai 2005.

¹⁷ Art. L. 6161-5 du CSP : « sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif, les centres de lutte contre le cancer définis à l'article L. 6162-1 du CSP et les établissements de santé privés gérés par les personnes morales de droit privé mentionnées au 1° du II de l'article 1er de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire remplissant les conditions et ayant obtenu l'habilitation mentionnées à l'article L. 6112-3 du présent code et qui poursuivent un but non lucratif ».

¹⁸ Modification apportée au d) de l'article 4.3 de la convention du 12 janvier 2005.

¹⁹ Cnam, Data professionnels de santé libéraux.

ENCADRE 2 - LES CONDITIONS ACTUELLES D'ACCÈS AU SECTEUR 2

L'article 12-2 de la convention nationale conclue le 4 juin 2024 fixe les conditions d'accès au secteur 2 :

« Peuvent demander à être autorisés à pratiquer des honoraires différents les médecins qui (conditions cumulatives) :

- s'installent pour la première fois en exercice libéral conventionné dans le cadre de la spécialité médicale qu'ils souhaitent exercer (primo installation libérale ou changement de spécialité médicale) ;

- et sont titulaires :

* de l'un des titres publics hospitaliers français visés par la convention dans le cadre de la procédure de l'accès direct (cf. article suivant) ;

* d'un titre ou d'un cursus professionnel pouvant faire l'objet d'une procédure d'équivalence avec les titres hospitaliers publics français visé dans le cadre de la procédure de l'accès direct. »

Titres et/ou cursus requis pour l'accès au secteur 2 (convention de 2024)

Procédure d'accès direct (art. 13-1)	Procédure d'équivalence des titres (art. 14-1)
<p>Ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux</p> <p>Ancien assistant hospitalier universitaire</p> <p>Ancien chef de clinique des universités de médecine générale</p>	<p>Titres acquis en France dans les ESPIC (en dehors du cas spécifique de l'affectation qui s'inscrit dans la procédure de l'accès direct) ou dans les établissements relevant d'une collectivité d'outre-mer</p>
<p>Ancien assistant des hôpitaux dont le statut est régi par les articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique²⁰</p>	<p>Titres acquis à l'étranger dans les établissements hospitaliers situés sur un territoire concerné :</p> <ul style="list-style-type: none"> - par le régime de reconnaissance des qualifications professionnelles de l'Union européenne mise en place par la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles 2005 ; - ou par l'arrangement Franco-Québécois du 25 novembre 2011 en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des médecins.
<p>Praticiens hospitaliers dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique :</p> <ul style="list-style-type: none"> o sans durée d'ancienneté requise dans ces fonctions, lorsqu'ils exercent à 100% de sein de leur établissement, dès lors qu'ils sont nommés à titre permanent ; o avec 5 ans d'ancienneté requise dans ces fonctions, lorsqu'ils exercent entre 50 et 90% au sein de leur établissement 	
<p>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</p>	

²⁰ Une année réalisée sous le statut de docteur junior est désormais comptabilisée à raison d'une année pour acquérir le titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux (CSP, art. R. 6152-537). Cela modifie le calcul des conditions d'ancienneté et accélère l'accès au titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux.

1.1.5. Depuis les années 2010, la régulation des dépassements repose sur des dispositifs facultatifs d'incitation à la modération des dépassements par les praticiens en secteur 2

A partir de 2005, une différenciation des tarifs conventionnels entre secteur 1 et secteur 2 a été mise en place. Certaines revalorisations tarifaires ont en effet été réservées au secteur 1 par le biais d'ajout, au tarif de base de l'acte, de majorations (pour les consultations) ou de modificateurs (pour certains actes techniques) que seuls pouvaient coter les praticiens en secteur à tarif opposable. C'était le cas par exemple du « modificateur K », applicable à une liste limitative d'actes réalisés en bloc opératoire par les chirurgiens et les gynéco-obstétriciens, et qui augmentait la valeur de ces actes de 11,5 %²¹. Les tarifs du secteur 2 n'ont quant à eux pas été revalorisés jusqu'à la création du CAS.

Cette différenciation des tarifs conventionnels servant de base au remboursement des patients est donc venue s'ajouter à celle concernant la prise en charge des cotisations sociales, instaurée dès la création du secteur 2 en 1980. Elle a conduit à dissocier le niveau de dépassement "du point de vue du patient" (écart entre le tarif pratiqué et la base remboursable) et le niveau de dépassement "du point de vue du professionnel" (pour qui la comparaison peut se faire avec le tarif appliqué dans le cas du secteur 1).

L'encadrement des niveaux de dépassements était à l'origine très limité

A la différence des conditions d'éligibilité à la pratique des dépassements, les niveaux de dépassements n'ont fait l'objet de mesures d'encadrement que récemment.

Pendant longtemps, pour la détermination du montant des dépassements d'honoraires supportés par le patient, la seule référence était la notion de « tact et mesure », inscrite dans le Code de déontologie²² et rappelée dans les conventions successives.

Une première limite a été posée par la loi du 29 décembre 1999, qui a créé la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et instauré l'interdiction de facturer des dépassements aux bénéficiaires de ces dispositifs. Cette interdiction a été étendue par la convention de 2011 aux bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé, dispositif qui a été fusionné avec celui de la CMU-C en novembre 2019 dans la complémentaire santé solidaire (C2S)²³. L'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale dispose : « I - Les tarifs des médecins mentionnés à l'article L. 162-5 ne peuvent donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, sauf en cas d'exigence particulière du patient, notamment en cas de visite médicalement injustifiée, et sauf dans le cas prévu au 18° de l'article L. 162-5 »²⁴. Elle s'applique également aux personnes écrouées.

Les praticiens doivent également appliquer les tarifs opposables dans les situations d'urgence médicale²⁵.

²¹ Ce modificateur a été revalorisé depuis par la convention de 2016 (de 11,5 % à 20 %), puis par la convention de 2024 qui a prévu de passer de 20 % à 30 % en deux étapes.

²² Article R. 4127-53 du CSP

²³ Ces interdictions ne s'appliquent pas aux bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME).

²⁴ Article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale.

²⁵ Consultation correspondant au niveau CCMU 3, au niveau CCMU 4 ou au niveau CCMU 5 du médecin urgentiste. Voir NGAP, version du 13 juill. 2024, art. 14.1.1.

La mise en place d'un cadre d'incitation à la modération des dépassements en 2012

Dans l'encadrement des dépassements d'honoraires, l'année 2012 marque un tournant avec l'émergence d'un statut conventionnel lié à l'adhésion aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Une régulation plus globale apparaît en effet nécessaire dans un contexte d'augmentation préoccupante des niveaux de dépassements facturés : de 23 % en 1985, le taux de dépassement moyen des spécialistes (hors médecine générale) est passé à 56 % en 2011. Il atteint 59 % pour les chirurgiens, 67 % pour les pédiatres, jusqu'à 78 % pour les gynécologues-obstétriciens (tableau 1).

TABLEAU 1- ÉVOLUTION DES TAUX DE DEPASSEMENT MOYENS DES MEDECINS DE SECTEUR 2 DE 1985 A 2011

	1985	1995	2005	2011
Généralistes	35%	40%	43%	43%
Spécialistes hors médecine générale	23%	29%	49%	56%
Chirurgiens	21%	24%	52%	59%
Anesthésistes	22%	23%	50%	50%
Gynécologues - obstétriciens	27%	40%	64%	78%
ORL	20%	28%	44%	49%
Pédiatres	23%	34%	49%	66%
Ophtalmologues	21%	33%	55%	60%

Source : données Cnam

Le Contrat d'accès aux soins (CAS) est créé par l'avenant n° 8 à la convention médicale de 2011, conclu le 8 octobre 2012, dans un contexte où le plafonnement des dépassements d'honoraires avait été annoncé au cours de la campagne pour l'élection présidentielle de 2012.

Les médecins qui souscrivent à ce contrat s'engagent pour 3 ans à ne pas augmenter leurs tarifs, à stabiliser leur taux de dépassement et la part de leurs actes qu'ils réalisent à tarif opposable.

En contrepartie, l'assurance maladie s'engage à aligner leurs tarifs de remboursement sur ceux, plus élevés, des médecins exerçant en secteur 1 (revenant ainsi pour ces professionnels sur la dissociation introduite en 2005). Cela permet à ces médecins de pratiquer des tarifs opposables mieux valorisés, mais également à leurs patients d'être mieux remboursés par la sécurité sociale et par leur éventuelle complémentaire santé. Les garanties des complémentaires santé sont plus élevées dans le cadre du CAS, d'une part parce qu'elles s'appliquent à une base de remboursement plus élevée, et d'autre part parce que dans le cadre des contrats responsables, elles doivent être supérieures à celles proposées hors CAS et sont plafonnées hors CAS. En conséquence, le reste à charge est, à couverture donnée et tarif de consultation identique, toujours inférieur pour les patients lorsqu'ils consultent un médecin adhérent au CAS. Ces dispositions visent à créer une incitation pour les médecins non-signataires à modérer leurs tarifs, en supposant que ceux-ci les ajustent en tenant compte des remboursements dont bénéficient les patients – un mécanisme dont la portée dépend très fortement de la capacité du patient à choisir son praticien et à influencer le niveau de tarif pratique, capacité très réduite lorsque l'offre à tarif opposable est réduite.

L'assurance maladie s'engage également à faire bénéficier les signataires des mêmes revalorisations tarifaires et à prendre en charge leurs cotisations sociales dans les mêmes conditions, sur la partie de leur activité réalisée à tarifs opposables.

Ce dispositif prend la forme d'une incitation : il ne s'impose donc pas aux professionnels pratiquant des dépassements, qui ont toute liberté de souscrire ou de ne pas souscrire au CAS, ce qui offre un arbitrage, pour les médecins, entre les bénéfices attendus de l'adhésion au CAS et ce qu'ils peuvent espérer du maintien d'une liberté tarifaire non régulée. Il est ouvert aux médecins exerçant en secteur

à honoraires différents, aux titulaires du droit à dépassement permanent ainsi qu'aux médecins titulaires de titres qui rendent éligibles au secteur 2 et qui s'installent pour la première fois en libéral²⁶. Les médecins ne peuvent adhérer que si leur taux de dépassement (recalculé) est inférieur ou égal à 100 %.

La convention de 2016 remplace le CAS par une nouvelle option tarifaire conventionnelle qui autorise tous les médecins titulaires d'autorisations de dépassement (médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents, médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent, médecins titulaires de titres s'installant pour la première fois en libéral et donc éligibles à l'exercice en secteur à honoraires différents) à s'inscrire dans un dispositif de dépassements maîtrisés (OPTAM) ou, pour les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou une spécialité de gynécologie-obstétrique, et, depuis la convention de 2024, une spécialité d'anesthésie-réanimation, dans un dispositif baptisé initialement OPTAM-CO et désormais OPTAM-ACO.

L'OPTAM conforte l'accès à toute une série « d'aides » conventionnelles qui au départ avaient été réservées aux médecins de secteur 1, ainsi que la différenciation des remboursements des complémentaires santé (voir partie 3, encadré 11), et comprend, comme antérieurement avec le CAS, des contreparties spécifiques (encadré 3). Ces aides ont depuis 2012 fortement progressé si bien que l'OPTAM est devenu aujourd'hui un véritable statut conventionnel qui rend éligible le médecin qui y adhère à de nombreux avantages conventionnels par ailleurs reconnus aux médecins pratiquant en tarifs opposables. La convention de 2016 et ses nombreux avenants permettent aux médecins adhérant à l'OPTAM de bénéficier, comme dans le cadre du CAS, de l'alignement de leurs tarifs de remboursement sur ceux des médecins exerçant en secteur 1, des revalorisations tarifaires et des cotations pour les consultations complexes, mais aussi d'appliquer un certain nombre de majorations disponibles pour les médecins conventionnés du secteur 1 (consultations coordonnées, consultations de suivi de l'enfant de moins de 6 ans, ou encore consultations spécifiques ou très complexes ou consultations de synthèse etc..). Les médecins adhérant à l'OPTAM sont en outre éligibles à la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), qui, même si elle cible majoritairement les médecins généralistes, contient (notamment depuis les avenants de 2018) un certain nombre d'indicateurs à destination des cardiologues, des spécialistes en gastroentérologie et hépatologie et des spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition. Enfin, les médecins adhérant à l'OPTAM sont également éligibles aux aides conventionnelles pour le recrutement d'un assistant médical.

Toutes ces évolutions ont en commun de dessiner un espace conventionnel partagé entre les secteurs d'exercice. La convention de 2024 prolonge cette logique : une large partie des rémunérations forfaitaires, aides conventionnelles et majorations/valorisations de certaines prises en charge sont prévues sous condition d'éligibilité relative à la pratique tarifaire : exercice en secteur 1 ou en secteur 2 adhérant à l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO. Les avantages comparatifs à l'installation en secteur 1 plutôt qu'en secteur 2 OPTAM se réduisent donc aujourd'hui à la prise en charge des cotisations sociales par l'assurance-maladie, qui offre un avantage plus élevé que la prime OPTAM (encadré 4). Mais cette différence s'explique principalement par le fait que l'activité opposable ne représente qu'une fraction de l'activité des praticiens OPTAM.

Implicitement, s'observe la mise en place d'une nouvelle forme de structuration des secteurs conventionnels d'exercice. A côté des médecins exerçant dans le secteur 2, on assiste à l'émergence d'un statut conventionnel hybride qui est celui des *“médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents et ayant adhéré aux options de pratique tarifaire maîtrisée (secteur 2 OPTAM et OPTAM ACO)”*. Ce nouveau “découpage” des pratiques

²⁶ Pour tenir compte des situations antérieures, l'avenant ouvre également cette possibilité d'adhésion aux mêmes médecins, mais qui se sont installés avant le 1er janvier 2013. V. l'art. 4 de l'arrêté du 29 novembre 2012.

conventionnelles d'exercice résulte de la création d'un socle conventionnel partagé de cotations, de tarifs et de majorations, et même d'aides spécifiques, exclusivement réservés aux médecins exerçant au tarif opposable (secteur 1) et à ceux pratiquant des honoraires différents et adhérant à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO. Cette mise en commun de deux "secteurs" d'exercice bouscule la structuration initiale des modalités d'exercice conventionnel de la médecine libérale, et surtout la "sectorisation" initiale qui, jusqu'à récemment, était très cloisonnée. La limite de cette restructuration des secteurs d'exercice est toutefois que, à la différence de l'option pour le secteur 1, qui est irrévocable, l'adhésion à l'Optam n'engage pas définitivement le praticien, qui peut faire le choix d'en sortir, ce qui ouvre la voie à des arbitrages possibles: option pour un exercice à tarifs maîtrisés en début de carrière à des âges où les niveaux de dépassement possibles sont dans les faits les plus limités, puis sortie de l'Optam lorsqu'on atteint un âge où on peut augmenter son niveau de dépassements.

ENCADRE 3 - ÉVOLUTIONS DEPUIS 2012 DES OPTIONS CONVENTIONNELLES VISANT A MODERER LES PRATIQUES TARIFAIRES EN SECTEUR 2

Le **contrat d'accès aux soins (CAS)**, ouvert à partir de 2012, repose sur les engagements suivants :

- l'assurance-maladie s'engage à aligner les tarifs de remboursement des médecins signataires sur ceux exerçant en secteur 1 et à les faire bénéficier des revalorisations tarifaires ultérieures, ainsi qu'à participer au financement de leurs cotisations sociales sur la part de leurs honoraires réalisée aux tarifs opposables ;
- en contrepartie, le médecin s'engage :
 - o à ne pas augmenter son taux de dépassement moyen, par rapport à celui constaté sur l'année 2012 (il s'agit du taux recalculé avec les tarifs du secteur 1). Le CAS prévoit que ce taux tient compte des revalorisations des tarifs opposables doit donner lieu à une modération des dépassements à due concurrence : « *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 bénéficiant alors d'une diminution équivalente du dépassement.* »
 - o à ne pas diminuer le pourcentage de son activité effectuée aux tarifs opposables, toujours par rapport à 2012.

Pour les médecins nouvellement installés, la référence est la moyenne régionale dans la spécialité concernée. C'est le cas également pour les médecins qui étaient en secteur 1 au moment du gel du secteur 2, mais qui avaient les titres pour exercer en secteur 2, et à qui l'avenant 8 a ouvert la possibilité d'adhérer au CAS.

Les médecins ne peuvent adhérer que si leur taux de dépassement (recalculé) est inférieur ou égal à 100 %.

L'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM - OPTAM-CO) inscrite dans la convention médicale de 2016 (arrêté du 20 octobre 2016) fonctionne comme le CAS qu'elle remplace à partir de 2017, avec quelques aménagements destinés à rendre le contrat plus attractif :

- la prise en charge d'une partie des cotisations sociales est remplacée par une prime d'un montant équivalent (toujours uniquement sur l'assiette de l'activité réalisée à tarif opposable) – l'avantage financier est ainsi plus immédiat (la prise en charge des cotisations est différée) et plus visible ;
- Les augmentations tarifaires, qui devaient dans le CAS se traduire par une baisse équivalente des dépassements, sont désormais partagées entre une moitié qui doit se

retrouver dans une baisse des dépassements et une moitié dont le praticien peut garder le bénéfice pour revaloriser ses honoraires.

Une nouveauté est introduite avec une modulation de la prime selon le taux de respect des objectifs (en fonction du niveau de l'écart constaté sur l'indicateur²⁷, celle-ci est réduite, voire supprimée s'il est supérieur à 5 points).

Par ailleurs, une option spécifique est proposée aux chirurgiens et obstétriciens, l'OPTAM-CO : cette option ne prévoit pas il n'y a pas de prime, mais le bénéfice financier lié à l'application des tarifs du secteur 1 est très conséquent, car la convention de 2016 revalorise fortement les actes de plateaux techniques lourds par :

- l'élargissement du périmètre des actes autorisant les modificateurs de chirurgie J et K (qui majorent le tarif de l'acte),
- l'augmentation significative de la valeur du modificateur K, porté à + 20 % au lieu de +11,5 % à compter de juin 2017.

La **convention médicale signée en juin 2024** (arrêté du 20 juin 2024) conforte le dispositif en lui apportant certains aménagements :

- l'OPTAM-CO est remplacée par l'OPTAM-ACO, ouverte également aux médecins anesthésistes-réanimateurs, qui peuvent appliquer un modificateur nouvellement créé par la convention pour les actes d'anesthésie (fixé à 8 % pour les médecins OPTAM-ACO, 12 % pour les médecins de secteur 1) ; les revalorisations du modificateur K prévues par la convention (de 20 % à 25 % le 1er janvier 2025 puis de 25 % à 30 % le 1er juillet 2025) bénéficient par ailleurs aux praticiens adhérant à l'option ;
- en cas de revalorisation, le partage des gains (antérieurement 50/50) est variable en fonction du taux de respect des engagements²⁸ ;
- pour les médecins nouvellement installés, la règle de plafonnement (héritée du CAS) par référence à une moyenne régionale risque de rendre peu attractives les régions où les taux de dépassement sont faibles. Afin d'éviter cet effet pervers, les écarts entre ces références régionales sont resserrés, avec un taux plancher (taux de dépassement moyen régional le plus faible majoré de 10 points) et un taux plafond (taux de dépassement moyen régional constaté le plus élevé minoré de 5 points) ;
- en cas de résiliation à l'initiative de la caisse pour non-respect des engagements, les sommes versées sont systématiquement récupérées si l'écart à l'objectif est supérieur à 10 points.

²⁷ 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 entre les taux constats et les taux d'engagements. 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.

²⁸ Les médecins en respect strict peuvent réintégrer 60% du montant de la revalorisation de la base de remboursement (écart entre l'ancienne et la nouvelle base de remboursement) dans le tarif total de l'acte facturé au patient tout en respectant leurs nouveaux engagements et les médecins en non-respect compris entre 1 et 5 points peuvent réintégrer 40% du montant de la revalorisation de la base de remboursement.

ENCADRE 4. LES DIFFERENCES ENTRE SECTEUR 1 ET SECTEUR 2 OPTAM

Les tarifs conventionnels (qui constituent la base de remboursement pour les patients) sont identiques, sauf pour l'anesthésie : le modificateur 3, nouvellement créé par la convention pour les actes d'anesthésie, est valorisé à 12 % pour les médecins de secteur 1, à 8 % pour les médecins OPTAM-ACO.

La participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales est plus large en secteur 1 : l'assiette de participation comprend l'ensemble des honoraires des professionnels, y compris indemnités kilométriques, forfaits, PDSA, indemnités pour participation à des commissions paritaires, etc.

Pour les secteurs 2 OPTAM, l'assiette se limite aux honoraires facturés sur lequel un dépassement peut avoir lieu (donc hors forfaits, indemnités kilométriques...). D'autre part, elle ne s'applique évidemment qu'à la fraction de ces honoraires qui est effectivement facturée aux tarifs opposables.

La modalité de la participation est également différente. Pour les secteurs 2 OPTAM, il s'agit d'une prime, calculée en appliquant à l'assiette, définie comme indiquée ci-dessus, le taux moyen de cotisations pour la spécialité (qui n'est pas le reflet strict du taux de cotisations réellement appliqué pour le médecin).

En dernier lieu, la prime peut être réduite en fonction du taux de respect des engagements par le praticien.

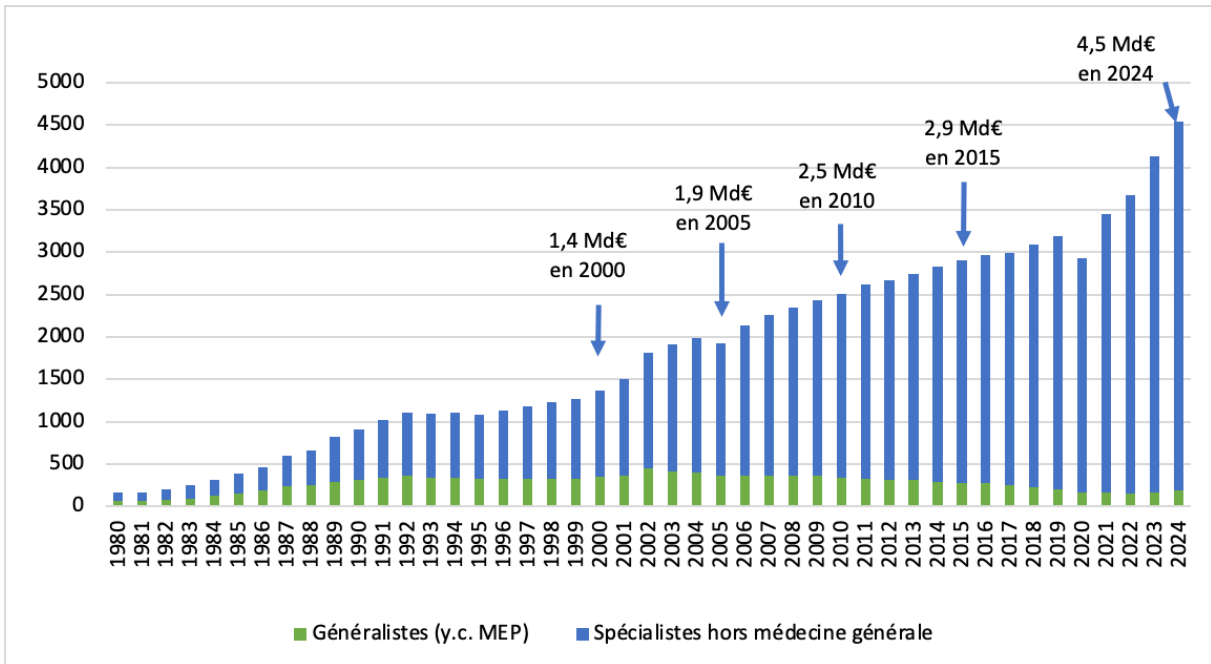
1.2. La hausse des dépassements s'accélère en période récente, tirée à la fois par les effectifs en secteur 2 et le niveau des dépassements

1.2.1. Un montant total de dépassements qui atteint 4,5 milliards d'euros en 2024²⁹

A l'exception de l'année 2020, au cours de laquelle l'activité des médecins libéraux a été fortement impactée à la baisse par l'épidémie de Covid19, le montant total des dépassements d'honoraires a progressé continûment depuis 1980, pour atteindre 4,5 Md€ en 2024 (Figure 1).

²⁹ Pour des raisons de disponibilité de données, les chiffres présentés dans cette partie incluent la totalité des dépassements, y compris DE et DA, qui concernent essentiellement les praticiens de secteur 1. Ils représentent cependant une faible part dans le montant total.

FIGURE 1 – ÉVOLUTION DU MONTANT TOTAL DES DEPASSEMENTS ENTRE 1980 ET 2024, EN EUROS COURANTS

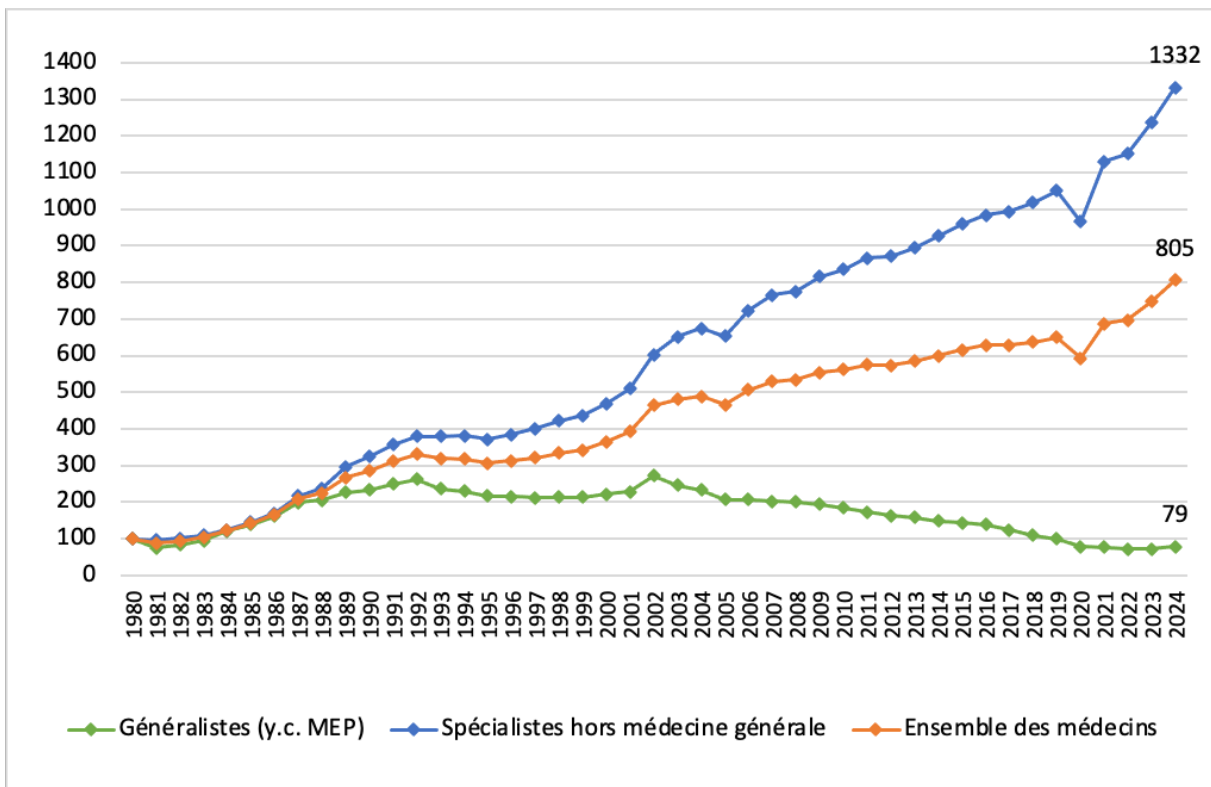


Sources : 1979 à 1999 : Ecosanté, France métropolitaine. 2000 à 2024 : Cnam, France entière

* MEP = mode d'exercice particulier

Pour les spécialistes hors médecine générale, en valeur réelle (c'est-à-dire en enlevant l'inflation), le montant total des dépassements a été multiplié par 13 entre 1980 et 2024. Entre 2000 et 2024, il a été multiplié par 2,5, tandis qu'il était divisé par trois pour les généralistes (Figure 2).

FIGURE 2 – ÉVOLUTION DU MONTANT TOTAL DES DEPASSEMENTS EN VALEUR REELLE (HORS INFLATION) DE 1980 A 2024 – BASE 100 EN 1980



Sources : 1979 à 1999 : Ecosanté, France métropolitaine. 2000 à 2024 : Cnam, France entière. Insee pour l'indice des prix.

* MEP = mode d'exercice particulier

Même si le taux moyen de dépassement des spécialistes de secteur 2 (hors médecine générale) a globalement baissé depuis la mise en place des dispositifs optionnels de modération tarifaire (56 % en 2012, 49 % en 2024), le montant global des dépassements a, lui, continué à progresser, car la base à laquelle ces taux s'appliquent, c'est-à-dire la masse des honoraires aux tarifs conventionnels des professionnels en secteur 2, a fortement augmenté sur la même période :

- du fait de la croissance des effectifs de praticiens en secteur 2 : + 35 % entre 2012 et 2024 (cette croissance ne tient pas à la démographie globale des spécialistes libéraux, qui est stable, mais à la part croissante qui exerce dans ce secteur conventionnel),

- mais aussi de l'augmentation des honoraires sans dépassement (HSD) par tête : + 57 %.³⁰

Ces deux évolutions ont joué à la hausse sur le montant global des honoraires sans dépassements des professionnels en secteur 2 qui a plus que doublé entre 2012 et 2024 (+112%). C'est pourquoi, malgré la baisse des taux moyens, le montant total des dépassements des spécialistes (hors médecine générale) a augmenté de 86 % entre 2012 et 2023.

Dans la décennie 2010, cette croissance a ralenti par rapport à la décennie précédente : en valeur réelle³¹, elle a été de moins de 3% par an entre 2010 et 2019, contre +6% par an entre 2000 et 2010.

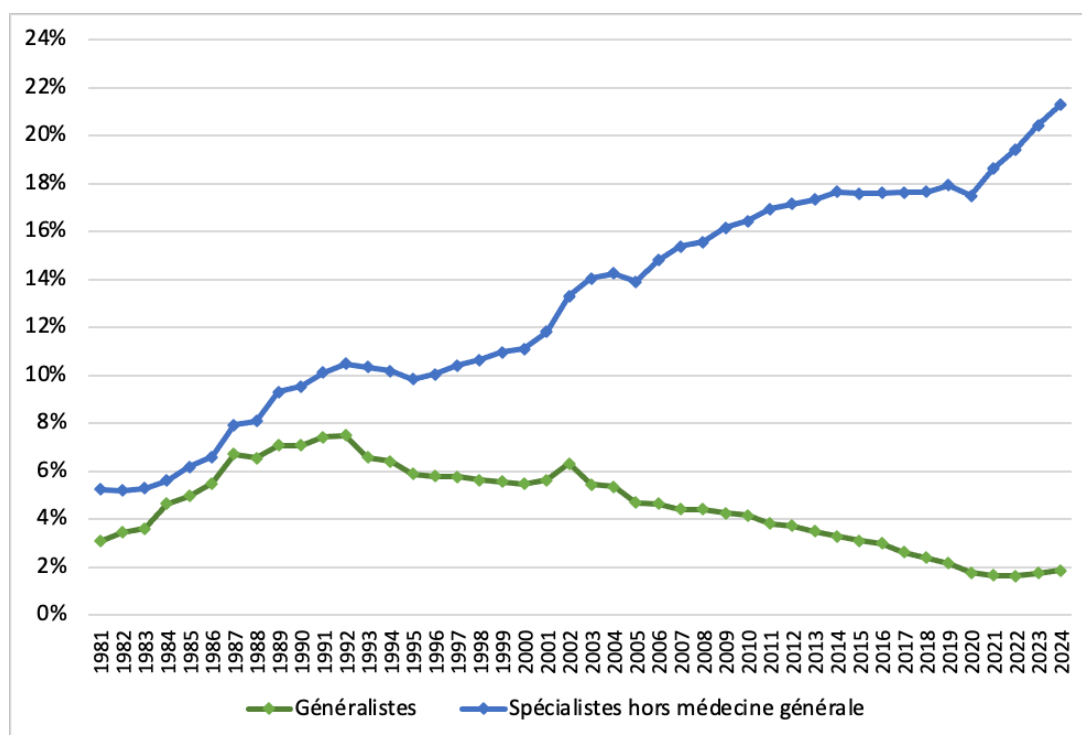
On observe cependant une accélération sur la période récente : entre 2019 et 2024, l'augmentation est de 8 % par an en moyenne en euros courants. Même si l'on tient compte de la forte inflation des années 2022-2023, la hausse sur ces quatre années reste élevée en valeur réelle (+5 % par an en moyenne) et marque une accélération par rapport à la décennie précédente.

Corrélativement, la part que représentent les dépassements dans l'ensemble des honoraires des spécialistes hors médecine générale (tous secteurs confondus), qui s'était stabilisée pendant plusieurs années autour de 18 %, repart à la hausse depuis 2021 (Figure 3).

³⁰ Deux approximations sont à signaler dans ce calcul, pour pallier la non-disponibilité de certaines données : on a fait l'hypothèse d'une stabilité des effectifs totaux en 2024, et les honoraires sans dépassements ont été calculés en appliquant le taux de dépassement du secteur 2 aux dépassements totaux, secteur 1 compris. Il faut donc prendre ces estimations comme des ordres de grandeur.

³¹ Hors inflation

FIGURE 3 – ÉVOLUTION DE LA PART DES DÉPASSEMENTS DANS LES HONORAIRES TOTAUX (TOUS SECTEURS CONVENTIONNELS CONFONDUS) POUR LES SPÉCIALISTES



Sources : 1979 à 1999 : Ecosanté, France métropolitaine. 2000 à 2024 : Cnam, France entière

1.2.2. Le développement de la part du secteur 2 parmi les spécialistes hors généralistes contribue à expliquer cette évolution

Comme évoqué plus haut, les années 1980 ont vu une proportion croissante de praticiens, généralistes et spécialistes, rejoindre le secteur 2 nouvellement créé ; puis le durcissement des conditions d'accès a entraîné, dans la décennie 1990, une baisse de la proportion de médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, là encore pour les généralistes comme pour les spécialistes hors médecine générale.

A partir des années 2000, les évolutions sont contrastées entre les généralistes et les spécialistes hors médecine générale.

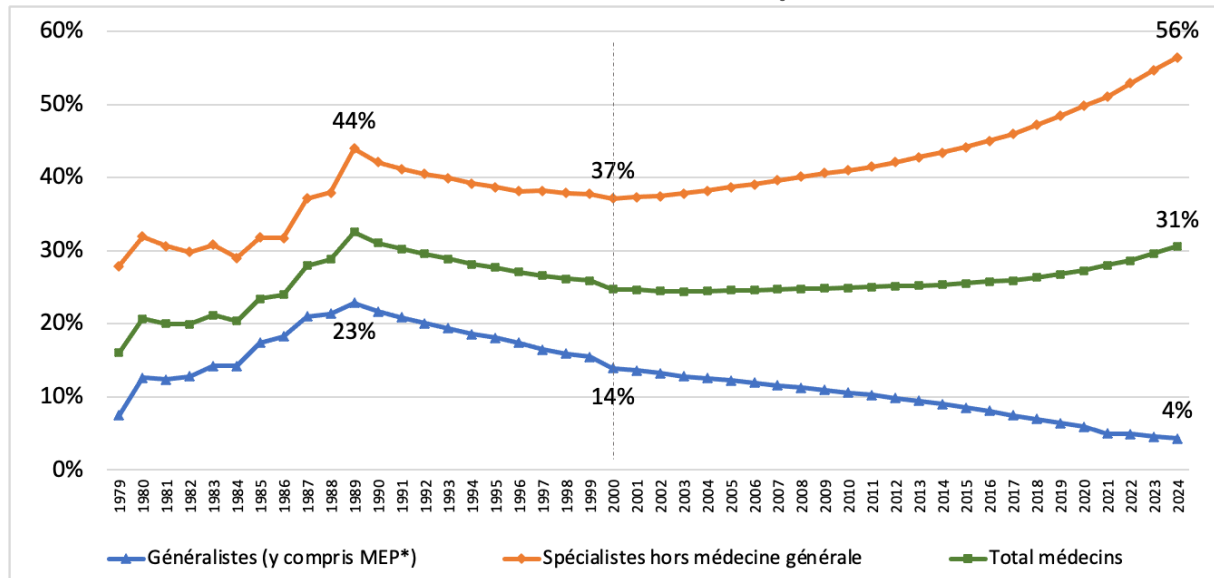
La pratique des dépassements d'honoraires continue à diminuer parmi les généralistes : les anciennes générations bénéficiant du droit à dépassement permanent ou ayant pu choisir le secteur 2 dans les années 80 partent progressivement en retraite, et les nouveaux installés sont peu nombreux à détenir les titres pour une installation en secteur 2. Avec seulement 4 % de praticiens en secteur 2 en 2024, et 3 % si l'on exclut les médecins ayant un mode d'exercice particulier³², on peut considérer que l'accès à la médecine générale est aujourd'hui facilité sur l'ensemble du territoire par une pratique à tarif opposable largement répandue³³.

³² La catégorie des médecins à expertise particulière (MEP) est une catégorie hétérogène où l'on regroupe diverses pratiques pour lesquelles le médecin s'est formé comme par exemple la médecine vasculaire (angiologie/phlébologie), l'homéopathie, l'acupuncture, la médecine d'urgence ou encore SOS médecins.

³³ La proportion de secteur 2 reste néanmoins significative dans certains départements franciliens (30 % à Paris, 20 % dans les Hauts-de-Seine en 2022 – 26 % et 17 % respectivement hors médecins à exercice particulier). Source Cnam

Pour les autres spécialistes libéraux, à l'inverse, le secteur 2 a repris sa progression à compter de 2000, après une décennie de diminution. Le cap des 50 % a été franchi en 2020. En 2024, 56 % des 56 000 spécialistes libéraux peuvent facturer leurs actes à un tarif supérieur à celui qui sert de base au remboursement de la sécurité sociale.

FIGURE 4 – ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE MEDECINS LIBERAUX EXERÇANT EN SECTEUR 2 ET 1 DP 1979-2024



Source : Eco-santé de 1979 à 1999 (France métropolitaine), Cnam de 2000 à 2024 (périmètre France entière)

* MEP = mode d'exercice particulier

L'augmentation de la part des nouveaux médecins éligibles au secteur 2, à la fois du fait des réformes des études médicales et des élargissements successifs, a contribué à cette part croissante du secteur 2 parmi les nouveaux installés.

Cet effet est renforcé par la propension à choisir le secteur 2 lorsqu'on est éligible. Il est probable qu'elle a aussi augmenté, même s'il n'existe pas de données permettant d'appréhender cette évolution. L'évolution des conditions d'exercice du secteur, avec les avantages accordés aux professionnels dans le cadre de l'OPTAM, les ont rendus nettement plus attractives ; cette attractivité, conjuguée au caractère irréversible d'un choix d'installation en secteur 1, incitent à choisir le secteur 2 OPTAM dès l'installation.

Un indicateur publié dans le Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale permet d'illustrer cette dynamique contrastée entre les généralistes et les spécialistes hors médecine générale : depuis 2018, toute la population réside dans un département où au moins 80 % des généralistes exercent en secteur 1, mais en 2023, seulement 48% de la population réside dans un département où le secteur 1 est majoritaire chez les spécialistes, et cette proportion a baissé continûment (Figure 5).³⁴³⁵

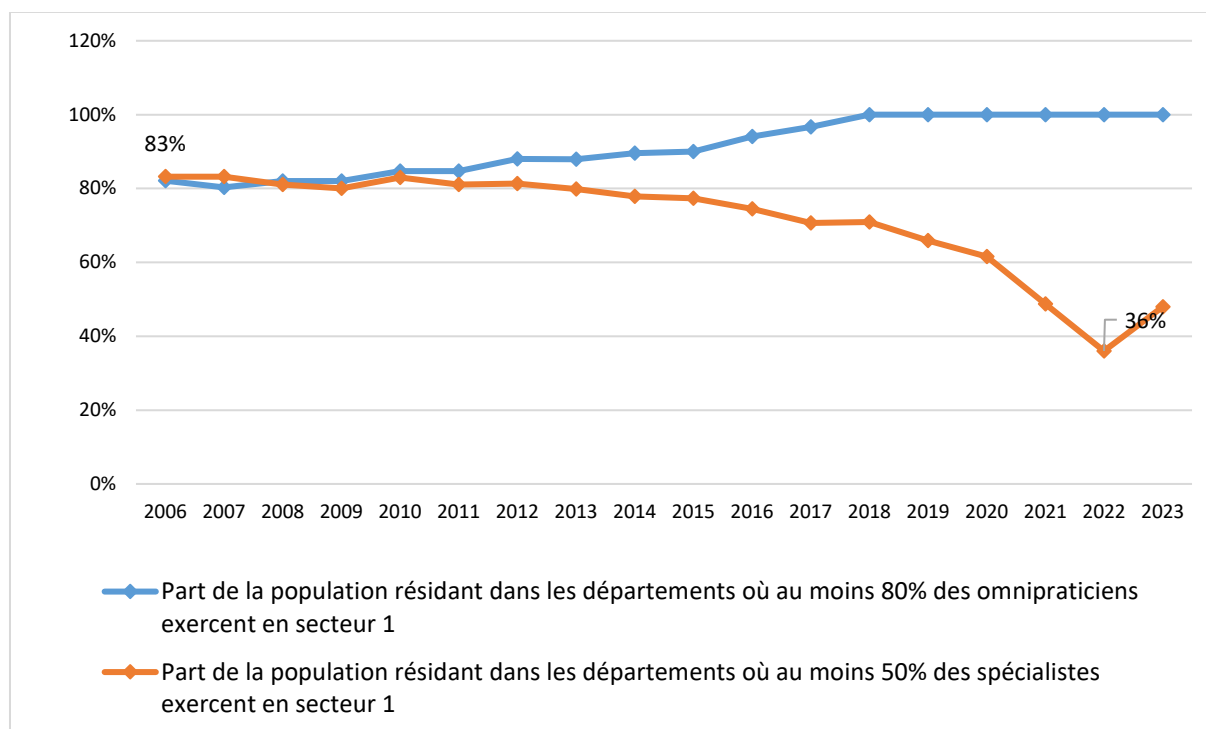
La tendance à l'expansion du secteur 2 dans la médecine spécialisée libérale ne peut que se poursuivre, car il est beaucoup plus répandu parmi les nouveaux installés que parmi les médecins déjà en exercice.

³⁴ Source : Rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale, 2025. [Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - Maladie](#). Il s'agit des généralistes APE (actifs à part entière) actifs sur l'ensemble de l'année et d'âge inférieur à 65 ans, contrairement aux chiffres cités précédemment (30 % de généralistes en secteur 2 à Paris) qui concernent l'ensemble des généralistes en activité.

³⁵ En 2023, cette proportion augmente de 36 à 48% du fait du basculement de 11 départements (Ardèche, Bouches-du-Rhône, Charentes, Hérault, Jura, Maine et Loire, Oise, Pyrénées Atlantiques, Saône et Loire, Deux Sèvres et Vaucluse) vers une proportion de spécialistes en secteur 2 inférieure à 50% concernant plus de 8 millions d'habitants.

C'est vrai dans toutes les spécialités, hormis la médecine générale. Ainsi si la moitié des spécialistes libéraux en exercice était en secteur 2 en 2020, c'était le cas des trois quarts des praticiens installés dans les trois dernières années (2022 - 2023 - 2024).

FIGURE 5 – PART DE LA POPULATION SUIVANT LA REPARTITION DES MEDECINS, OMNIPRATICIENS ET SPECIALISTES, EN SECTEUR 1



Source : Rapports d'Évaluation des Politiques de Sécurité Sociale (REPS), 2025

1.2.3. Après une baisse entre 2012 et 2020, les taux de dépassements sont repartis à la hausse et la part d'activité à tarifs opposables diminue

La possibilité d'adhérer au CAS puis à l'OPTAM a été ouverte à tous les praticiens dont les taux de dépassements moyens n'excédaient pas 100 % du tarif conventionnel³⁶, soit une très large fraction d'entre eux. En 2022, 93 % des praticiens de secteur 2 et 1DP étaient éligibles.

En septembre 2023, 53 % des 30 600 éligibles, soit 16 200 praticiens, étaient adhérents. La proportion augmente régulièrement depuis 2017, où elle était de 47 %. Elle semble plus élevée pour les jeunes générations³⁷.

En termes de respect strict des engagements (taux de dépassement et taux d'activité à tarif opposable), selon les dernières données disponibles de la Cnam³⁸, pour l'année 2022, ce serait le cas de 60% des contrats OPTAM et 36% des OPTAMCO. En incluant ceux qui respectent quasi-strictement

³⁶ Taux de dépassement recalculé sur la base des tarifs conventionnels applicables en cas de signature du contrat, c'est-à-dire les tarifs de secteur 1.

³⁷ Source : C Dixte, N Vergier. Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017. Études et résultats n°1223, mars 2022. La publication met en évidence un taux d'adhésion plus élevé chez les médecins installés depuis moins de 10 ans. Les données sont cependant un peu anciennes (2017).

³⁸ Document interne CNAM : commission GDR 12 novembre 2024.

leur contrat (écart total jusqu'à 5 points entre les taux constatés et les taux d'engagement), les taux de respect passent respectivement à 73 % et 56 %. L'encadré 5 présente plus en détail les éléments d'évaluation de l'OPTAM.

Après deux décennies de hausse continue, l'instauration des dispositifs de modération des dépassements (CAS puis OPTAM) a conduit à une baisse significative des taux de dépassement (calculés par rapport aux tarifs appliqués au secteur 2, donc du "point de vue du patient"). Ils sont ainsi passés de 55 % à 46 % entre 2012 et 2020 pour l'ensemble des médecins de secteur 2 et 1DP (Figure 6). Certaines spécialités comme la gynécologie-obstétrique ou la pédiatrie ont enregistré des baisses de plus de 20 points. Notons que la hausse du nombre de médecins adhérents à l'OPTAM conduit mécaniquement à une baisse des taux de dépassements puisque leurs tarifs de remboursement sont alignés sur ceux du secteur 1 et donc plus élevés que ceux des spécialistes de secteur 2 non OPTAM.

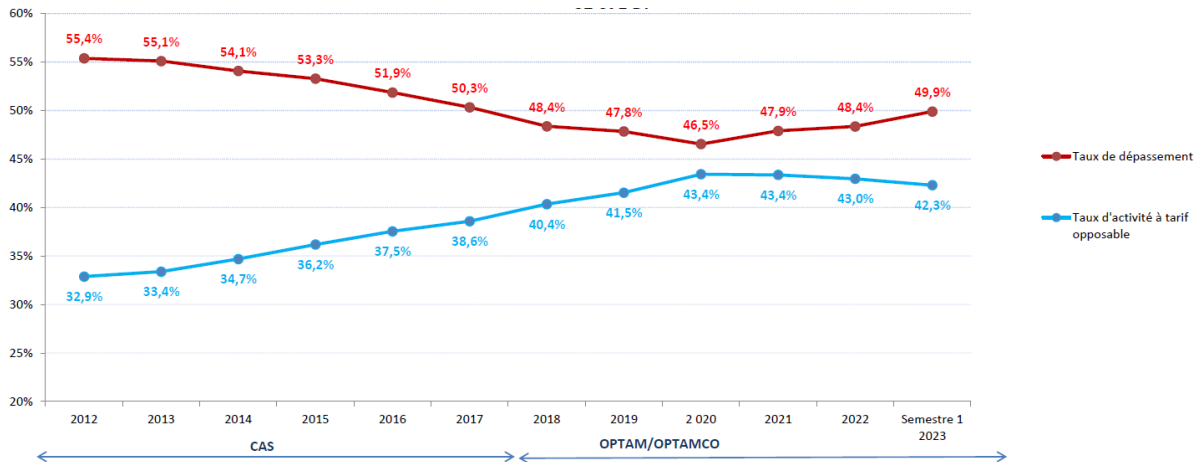
Dans le même temps, la part d'activité à tarifs opposables a augmenté (de 33 % à 43 % entre 2012 et 2020).

Mais ces évolutions favorables ne se poursuivent pas après 2020. Les taux de dépassement reprennent une dynamique à la hausse sur les dernières années, tandis que la part d'activité à tarifs opposable fléchit au contraire (Figure 6). C'est l'activité technique qui tire ces évolutions, plus que l'activité clinique (Figure 7). La remontée des taux de dépassements est d'ailleurs très significative pour des spécialités techniques telles que la chirurgie, l'anesthésie ou la radiologie.

La part d'activité à tarifs opposables, après avoir augmenté jusqu'en 2020, stagne puis régresse.

Pour l'avenir, la conjonction de la forte proportion de secteur 2 parmi les nouveaux installés et de la possibilité de sortir de l'Optam pour les professionnels qui y adhèrent est porteuse d'un risque de hausse des niveaux de dépassements lorsque ces générations de nouveaux professionnels installés en secteur 2 et adhérent à l'Optam auront accumulé suffisamment d'ancienneté (et de notoriété ou de patientèle) pour pouvoir augmenter leurs niveaux de dépassements en sortant de l'Optam.

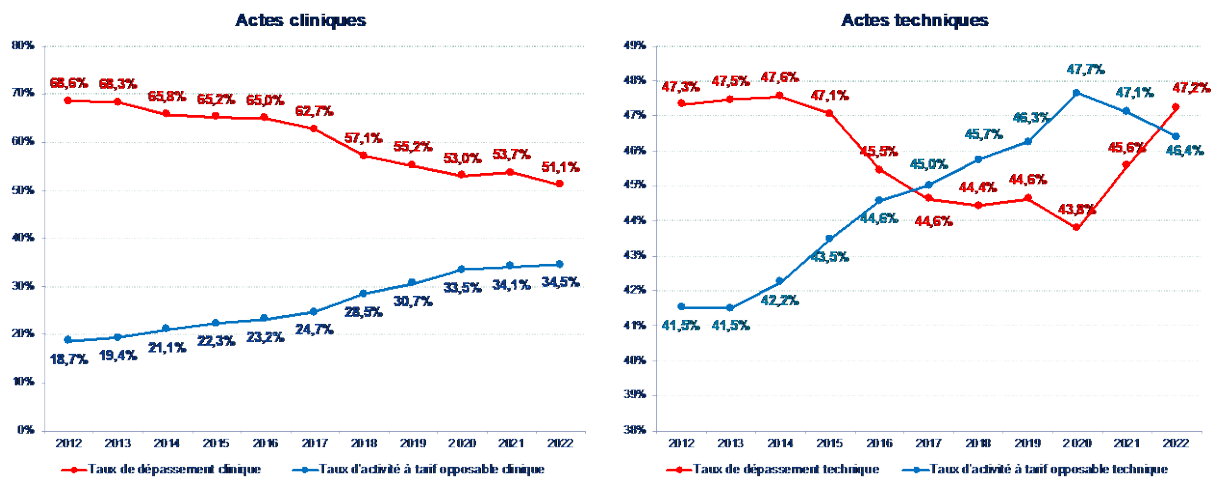
FIGURE 6 – ÉVOLUTION DES TAUX DE DEPASSEMENT ET DES PARTS D’HONORAIRES FACTURES AU TARIF OPPOSABLE DES MEDECINS S2 ET 1DP (OPTAM ET HORS OPTAM)³⁹



Note de lecture : Au premier semestre 2023, le taux d’activité des spécialistes en S2 ou S1DP en tarif opposable est de 42,3%. Le taux de dépassement moyen (montant des dépassements rapporté à l’ensemble des honoraires opposables) toute spécialité confondue est de 49,9%.

Source : CNAM

FIGURE 7 – ÉVOLUTION DES TAUX DE DEPASSEMENT ET DES PARTS D’HONORAIRES FACTURES AU TARIF OPPOSABLE, POUR LES ACTES CLINIQUES ET LES ACTES TECHNIQUES



Source : données Cnam

En 2023, le taux moyen de dépassement, pour l’ensemble des médecins éligibles à la pratique des dépassements d’honoraires en secteur 2, pour l’ensemble de leurs actes, s’élève à 47,3 %. Cette moyenne sur l’ensemble de la pratique des médecins éligibles combine deux réalités distinctes : 43% des actes réalisés par les médecins éligibles le sont aux tarifs opposables (donc avec 0% de dépassement), mais, pour les actes sur lesquels sont appliqués des dépassements, le taux de dépassement moyen est de 87%⁴⁰.

³⁹ Taux d’honoraires au tarif opposable = Honoraires réalisés au tarif opposable / Honoraires remboursables

⁴⁰ Cnam, RESS 2025. Ces chiffres diffèrent légèrement des graphiques précédents pour des raisons de champ

ENCADRE 5 : ELEMENTS D'ÉVALUATION DE L'OPTAM

Les médecins de secteur 2 adhérents à l'Optam et leurs patients bénéficient des bases de remboursement plus élevées que le secteur 1. Pour un cas-type d'un pédiatre de secteur 2 réalisant uniquement des consultations à 50 € (en supposant qu'il réalise 4 800 consultations par an), le passage à l'Optam a pour conséquence, du fait du passage de la base remboursement de 23 à 35 euros pour une consultation de pédiatrie (2 à 6 ans), à tarif de consultation inchangé, et en maintenant la moitié de ses actes à tarifs opposables :

- de réduire le reste à charge du patient lié au dépassement de 27€ à 15€
- de passer d'un taux de dépassement de 117,4% à 42,9%⁴¹

S'il respecte ses engagements à l'Optam, il est éligible à une prime Optam (prime = honoraires remboursables constatés x taux d'opposable constaté x taux de la spécialité x niveau de respect) soit ici 7 308 € (=168 000 x 50% x 8,7% x 100%), ce qui lui permet :

- d'augmenter ses honoraires totaux de 240 000 à 247 308 € (+3%).

Cependant, une fois adhérent à l'Optam, le professionnel bénéficie tout au long du contrat des revalorisations prévues pour les médecins de secteur 1 : toute revalorisation d'acte conduit alors à un partage de gain avec l'assurance-maladie, à hauteur de 60% pour le médecin en cas de respect strict, et 40% en cas de non-respect compris entre 1 et 5 points. Il bénéficie en outre d'avantages et de rémunérations forfaitaires du secteur 1 (FPMT, assistants médicaux, etc.). Le coût pour l'assurance-maladie sera donc *in fine* plus élevé que le seul coût de la hausse de la base de remboursement et de la prime, et les coûts supplémentaires bénéficieront au professionnel.

A titre de comparaison, un médecin de secteur 1 ayant des honoraires sans dépassements équivalents (168 000 euros), bénéficierait d'une prise en charge de ses cotisations de l'ordre de 19 000 euros⁴², ainsi que des avantages et rémunérations forfaitaires du secteur 1. L'Optam reste donc plus favorable pour un professionnel qui comme celui du cas-type applique un niveau de dépassement élevé.

D'après la Cnam (Commission GDR du 12/11/2024), parmi les spécialistes adhérents à l'Optam, le montant moyen de la prime était de 11 700 € en cas de respect strict, 10 700 € en cas de respect compris entre 0 et 5 points. En cas de non-respect des engagements, les médecins adhérents ne perçoivent pas la prime.

Il faut préciser toutefois, pour les adhérents qui ne respecteraient pas leurs engagements, que la seule absence de prime ne suffit pas à tirer les conséquences du non-respect des engagements : en effet, un praticien adhérent qui ne respecterait pas ses engagements mais resterait adhérent continuerait à bénéficier des revalorisations tarifaires ainsi que des autres avantages associés (FMT, assistants médicaux). Par rapport à un praticien en secteur 2 non adhérent à l'Optam, il continuerait donc à bénéficier d'avantages résultant d'engagements non respectés. Il est donc nécessaire, pour éviter des distorsions inévitables entre professionnels, que des résiliations d'adhésion pour des praticiens ne respectant pas leurs engagements soient réalisées, lors de campagnes nationales de résiliation ou à l'initiative de chaque caisse primaire et que l'assurance maladie récupère les sommes

⁴¹ En secteur 2 non Optam, le taux de dépassement moyen pour des consultations à 50 euros avec une base de remboursement à 23 euros est $27/23=117,4\%$, et en secteur 2 Optam, le taux de dépassement moyen pour des consultations à 50 euros avec une base de remboursement à 35 euros : $15/35=42,9\%$.

⁴² D'après la CNAM, sur le coût moyen d'une consultation de médecine générale, l'Assurance maladie paie 1,4€ de prime Optam vs 3,6 € de prise en charge des cotisations sociales. En effet, dans le secteur 1, l'assiette de participation des cotisations comprend l'ensemble des honoraires des PS. Celle de la prime Optam est plus restreinte (hors forfaits, hors IK), et le calcul de la prime dépend du taux d'activité à tarif opposable, du taux moyen de cotisation pour la spécialité, et du taux d'atteinte des engagements.

indument versées dans le cadre de l'Optam (modificateurs, RCP, forfaits...). Une récupération systématique est prévue au-delà de 10 points de non-respect. Néanmoins, ces avantages ne représentent qu'une partie des bénéfices versés dans le cadre de l'Optam, auxquels s'ajoute le coût de la revalorisation des actes du fait de l'alignement des bases de remboursement sur ceux du secteur 1.

Le coût du dispositif pour l'assurance maladie dépasse en effet celui du versement des primes : d'après une étude antérieure de la Cnam⁴³, en 2019, la prime représentait 35% du coût moyen par adhérent à l'Optam : 42% du coût relève de la revalorisation des honoraires sans dépassement des actes cliniques et 23% pour les actes techniques. Pour les Optam-CO, le coût du dispositif était 2,5 fois plus élevé par médecin, à 84% en raison des actes techniques et 16% des actes cliniques.

Ainsi, le coût du dispositif (prime et revalorisation des honoraires sans dépassements) était estimé à 339 millions d'euros en 2019. Il aurait permis, d'après les simulations de la CNAM sur l'année 2020⁴⁴, d'éviter 288 millions d'euros de dépassements.

Le CAS et l'OPTAM ont fait l'objet d'une évaluation récente (Kingsada A., 2024⁴⁵). A partir de l'appariement Insee-Cnam-Dgfi-Drees (données 2005 à 2017), cette étude analyse l'effet causal de ces deux dispositifs sur les médecins libéraux par une méthode de « différences de différences » consistant à comparer l'évolution des pratiques des adhérents à celles de leurs confrères non adhérents, utilisant une méthode de *matching* permettant de limiter les biais de sélection.

Les résultats indiquent que si le CAS n'a pas eu d'effet significatif sur l'activité des médecins pour les spécialités chirurgicales (chirurgiens, ORL, ophtalmologistes, gynéco-obstétriciens), l'OPTAM modifie les pratiques : il augmente le nombre de patients traités par les médecins, y compris ceux avec de faibles revenus (patients à la CMU-C), ainsi que le nombre d'actes techniques et de consultations. Cela conduit à une hausse notable des honoraires.

Pour les spécialités cliniques, le CAS et l'OPTAM conduisent tous deux à une augmentation du volume d'activité, plus important pour l'OPTAM, avec une hausse notable du nombre de patients traités consécutive à la hausse du nombre de consultations.

En conséquence, si l'adhésion au CAS a eu un effet neutre sur les revenus tirés des honoraires des médecins signataires, l'OPTAM a quant à lui un effet positif, avec une augmentation du revenu tiré des honoraires des médecins adhérents entre 7 et 9 % lorsque la prime atteint 100%.

Ces résultats suggèrent donc une certaine efficacité des incitations financières de ces dispositifs pour accroître le volume de l'activité des médecins, en cohérence avec d'autres travaux révélant qu'une baisse des tarifs est associée avec un accroissement du volume d'activité. Ceci suggère que les médecins compensent la modération des tarifs pour ne pas subir de baisse de revenu. Par ailleurs, la modération des tarifs semble également réduire l'écroulement des patients et favoriser l'accès aux soins en particulier des patients les plus modestes bénéficiaires de la C2S.

⁴³ Présentation de la CNAM au HCAAM le 20 juillet 2021

⁴⁴ Ces simulations reposent sur l'hypothèse 1) que si les adhérents non ex-CAS à l'Optam-Optam-Co n'avaient pas adhéré et ils avaient maintenu leur taux de dépassement avant adhésion (au lieu de le baisser avec l'Optam), alors ce taux de dépassement appliqué aux honoraires sans dépassements 2020 (corrigé de l'effet Optam) conduit à un montant de dépassement supérieur à 183 M€ aux dépassements 2020 réellement constatés, et 2) si les adhérents actuels ex-Cas à l'Optam-Optam-Co avaient maintenu leur taux de dépassement avant adhésion (2011), alors ce taux de dépassement appliqué aux HSD 2020 (corrigé de l'effet Optam), conduit à des dépassements évités à 105 M€.

⁴⁵ Kingsada A., 2024, Can financial incentives improve access to care ? Evidence from a French experiment on specialist physicians, *Social Science & Medicine*, 352

Il convient toutefois de soulever que le CAS comme l'OPTAM représentent un coût important pour l'assurance maladie, plus élevé pour l'OPTAM que pour le CAS. Selon une étude préalable (Kingsada, 2022⁴⁶), toujours sous l'hypothèse que l'intégralité des bonus CAS/OPTAM ait été versée à ses adhérents, le coût estimé pour l'assurance maladie est d'environ 5€ pour 1€ de dépassements évités. Ainsi, ces dispositifs réalisent en quelque sorte un transfert de la prise en charge des dépassements des patients vers la solidarité nationale (l'assurance maladie).

L'ampleur de l'écart entre le coût de ce dispositif pour l'assurance maladie (primes et la revalorisation des tarifs opposables) et le bénéfice pour les patients (baisse des dépassements) est très variable selon les évaluations. Ces différences peuvent s'expliquer par des différences de champ et de méthode : alors que les dernières estimations disponibles de la Cnam portent sur l'année 2019 et l'Optam uniquement, celle de A. Kingsada porte sur les années 2005 à 2017 et estime le cumul des coûts, à la fois du CAS et de l'Optam, entre 2011 et 2017. Une partie de l'écart entre ces deux estimations pourrait être due au fait que le CAS ait été moins efficient que l'Optam. Une autre différence notable concerne le contrefactuel mobilisé : la Cnam estime le coût du dispositif en simulant acte par acte les tarifs et majorations qui auraient été appliqués par les mêmes médecins s'ils étaient restés en secteur 2 non-Optam, alors que A. Kingsada compare le tendanciel des honoraires sans dépassements financés par l'assurance maladie entre les médecins adhérents et les médecins non (ou pas encore) adhérents. Par conséquent, contrairement à la première, la seconde estimation intègre l'impact de la plus forte hausse du volume des actes parmi les adhérents sur les dépenses de l'assurance maladie. Ici encore, cette différence peut constituer une explication d'un coût relatif plus élevé dans l'estimation d'A. Kingsada. Enfin, le coût de la prime, qui s'ajoute au coût lié à la valorisation plus élevée des actes dans l'Optam, est observé par la Cnam dans son estimation, alors qu'il est simulé dans les travaux d'A. Kingsada sous l'hypothèse que l'intégralité des bonus CAS/OPTAM ait été versée à ses adhérents (et donc sans tenir compte que ces bonus sont dégressifs et que certains adhérents n'atteignent pas leurs objectifs à 100%). Ceci conduit également a priori à l'estimation d'un coût relatif plus élevé dans la seconde estimation par rapport à la première.

L'appréciation portée sur ces dispositifs dépend très fortement de cette évaluation du rapport entre le coût pour l'assurance-maladie et la réduction du reste à charge obtenue. Le résultat issu de l'évaluation de la Cnam, avec 85% du coût pour l'assurance-maladie qui se traduit par une réduction des dépassements, est un résultat très satisfaisant au regard de l'objectif du dispositif. Le résultat issu de la thèse d'A. Kingsada, avec un taux de seulement 20%, est bien plus défavorable. Encore ce résultat doit-il être nuancé dès lors que le coût plus élevé pour l'assurance-maladie dans cette approche inclut le coût du surcroît d'activité réalisé par les praticiens ayant adhéré au CAS/Optam : or, si ce coût constitue bien une dépense supplémentaire pour l'assurance-maladie, il a pour contrepartie la réalisation d'activités de soins supplémentaires, qui offrent un bénéfice supplémentaire au patient.

Il existe donc une forte incertitude sur l'efficacité globale de ces dispositifs, et d'autres travaux seraient sans doute nécessaires pour évaluer l'efficacité-coût de ces dispositifs, en tenant également compte du gain collectif associé à l'amélioration de la prise en charge des patients, notamment pour les plus modestes, en les actualisant au regard de la hausse récente des taux de dépassements et de la baisse de la part d'actes à tarif opposable depuis 2020, et en tenant compte des coûts de gestion associés.

⁴⁶ Kingsada A., 2022, Régulation tarifaire et incitations financières : quels effets sur l'activité des médecins libéraux ?, Thèse de doctorat de l'Université Paris Dauphine PSL.

1.3. Focus sur les dépassements dans le cadre de l'activité libérale à l'hôpital public

1.3.1. Un cadre juridique qui a évolué

Rappel des textes

L'ordonnance de 1958 qui a créé les centres hospitaliers et universitaires (CHU) a fixé un principe d'exercice hospitalier et universitaire à temps plein, tout en prévoyant un cadre dérogatoire permettant d'exercer une activité libérale à l'hôpital comme facteur d'attractivité.

La loi 28 octobre 1982, qui a supprimé le secteur privé à l'hôpital, n'a jamais été mise en œuvre faute de décret d'application. Il a été officiellement rétabli en 1987, par une loi qui a précisé ses conditions d'application.

L'éligibilité à l'activité libérale à l'hôpital public

Jusqu'à l'ordonnance du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières, seuls les praticiens à temps plein pouvaient avoir une activité libérale au sein des établissements publics de santé.

Le décret n° 2022-134 du 5 février 2022 a réformé le statut des praticiens hospitaliers, fusionnant les deux anciens statuts de praticien hospitalier à temps plein (exercice à temps plein avec possibilité d'une activité réduite entre 50 % et 90 %) et de praticien des hôpitaux à temps partiel (exercice entre 40 % et 60 %). La quotité d'exercice du PH est désormais comprise entre cinq demi-journées par semaine (50 %) et dix demi-journées par semaine (100 %) pour un temps plein.

L'ordonnance du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières a ouvert la possibilité d'une activité libérale au sein de l'hôpital public aux praticiens « exerçant au minimum huit demi-journées par semaine dans les établissements publics de santé » (donc les PH ayant une quotité d'exercice de 80 % ou 90 %).

Elle a également ouvert ce droit aux praticiens hospitaliers en période probatoire, et prévu que l'activité libérale peut s'exercer « *au sein de l'établissement dans lequel le praticien a été nommé ou, dans le cas d'une activité partagée, dans les établissements du groupement hospitalier de territoire dans lesquels il exerce* ».

Les conditions de cet exercice libéral

Elles ont été précisées par la loi du 27 janvier 1987 :

« L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation ; elle s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique, à la triple condition :

1° Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;

2° Que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;

3° Que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale. »

La loi du 26 janvier 2016 a apporté plusieurs évolutions :

- elle a ajouté l'obligation, pour les praticiens exerçant une activité libérale, d'adhérer à la convention avec l'assurance-maladie;
- elle n'a pas modifié la triple condition (exercice de la même activité, plafond de 20% du temps, pas plus de consultations ou actes), mais a ajouté un principe d'information des patients et de neutralité de leur orientation entre activité libérale et activité publique,
- elle a introduit une clause de non-concurrence, pour les praticiens quittant l'hôpital définitivement ou temporairement (sauf départ en retraite): le praticien hospitalier s'engage à ne pas s'installer dans un certain délai (compris entre 6 et 24 mois) dans un rayon géographique autour de l'établissement.

L'ordonnance du 17 mars 2021 ayant ouvert l'activité libérale aux praticiens à temps partiel exerçant à 80 % ou 90 %, la condition de temps consacré à l'activité libérale a été complétée ainsi :

« Les praticiens hospitaliers mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 exerçant à hauteur de huit ou neuf demi-journées par semaine peuvent exercer une activité libérale dans la limite d'une demi-journée par semaine ; les praticiens hospitaliers exerçant à hauteur de dix demi-journées par semaine peuvent exercer une activité libérale dans la limite de deux demi-journées par semaine. »

En résumé, les possibilités sont aujourd'hui les suivantes :

- Les praticiens qui exercent entre cinq et neuf demi-journées par semaine (soit entre 50 % et 90 %) peuvent avoir une activité privée *en dehors de l'hôpital*.
- La clause de non-concurrence, prévue initialement pour des praticiens quittant l'hôpital public, a été introduite aussi pour ces activités mixtes.
- Les praticiens à 80-90 % (huit ou neuf demi-journées par semaine) peuvent avoir une activité libérale *intra hospitalière* (à hauteur d'une demi-journée par semaine) ou *extra hospitalière*, mais ne peuvent pas cumuler les deux.
- Les praticiens à 100 % (dix demi-journées par semaine) peuvent exercer une *activité libérale au sein de l'hôpital* dans la limite de deux demi-journées par semaine.

Les modalités d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'un contrat de cinq ans entre le praticien et l'établissement public de santé, qui doit être approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé. L'activité libérale donne lieu au versement d'une redevance à l'établissement⁴⁷. Les taux de redevance sont ainsi fixés⁴⁸ :

- 1° Consultations : 16 % pour les centres hospitaliers universitaires, 15 % pour les centres hospitaliers ;
- 2° Actes autres que les actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie : 25 % pour les centres hospitaliers universitaires, 16 % pour les centres hospitaliers ;
- 3° Actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie : 60 % pour les centres hospitaliers universitaires et pour les centres hospitaliers.

Les établissements publics de santé ont l'obligation de constituer une commission de l'activité libérale qui a notamment pour obligation de vérifier la conformité de l'exercice libéral avec les dispositions

⁴⁷ Article L6154-3 du code de la santé publique

⁴⁸ Article D6154-10-3 du code de la santé publique

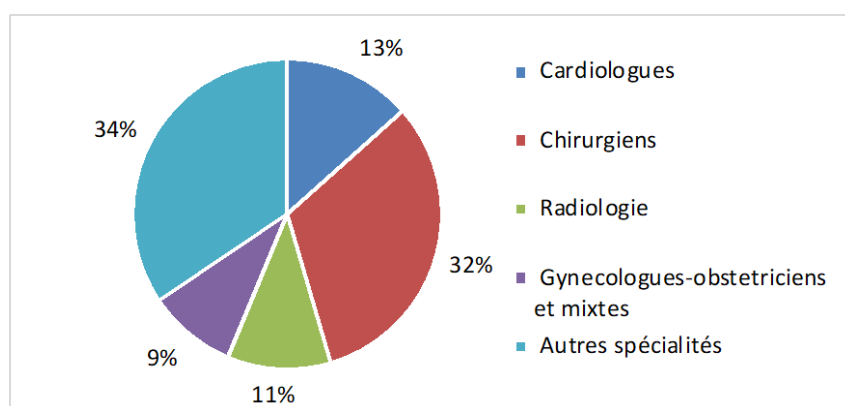
légales et réglementaires et de produire un rapport annuel sur les activités libérales de l'établissement, destiné au conseil de surveillance et au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS)⁴⁹.

Il faut rappeler que les praticiens qui n'exercent pas d'activité libérale perçoivent une indemnité d'engagement de service public exclusif, dont le montant mensuel est de 1 010 € bruts.

1.3.2. Un poids faible (2 %) dans le total des dépassements

Sur les 47 000 praticiens hospitaliers, seul 10% ont une activité libérale en 2022 (4 706⁵⁰). Près d'un tiers sont chirurgiens, et quatre spécialités forment à elles seules les deux tiers des effectifs (Figure 8). Près de la moitié (2 282) sont en secteur 2.

FIGURE 8 – REPARTITION PAR SPECIALITES DES PRATICIENS HOSPITALIERS AYANT UNE ACTIVITE LIBERALE A L'HOPITAL PUBLIC (2022)



Source : données Cnam

Leur activité a représenté 644 millions d'euros d'honoraires, dont 309 millions pour les praticiens exerçant en secteur 2. Sur ces 309 millions, 73 millions sont des dépassements d'honoraires, ce qui représente 2% du total des dépassements des médecins libéraux.

Si l'on compare ces ordres de grandeur à ceux, détaillés plus haut, qui concernent les médecins libéraux, le poids de l'activité libérale à l'hôpital public par rapport à l'ensemble de l'offre de soins spécialisée libérale reste très limité (Tableau 2).

TABLEAU 2 - EFFECTIFS, HONORAIRES, DEPASSEMENTS DES SPECIALISTES LIBERAUX ET DES SPECIALISTES HOSPITALIERS PUBLICS AYANT UNE ACTIVITE LIBERALE EN 2022

		Médecins spécialistes (hors MG) hospitaliers ayant une activité libérale	Médecins spécialistes (hors MG) libéraux
Effectifs		4 671	50 707
	Dont secteur 2 et 1DP	2 280 (48,8%)	27 012 (53,3%)

⁴⁹ Néanmoins, selon la Cour des comptes "les contrôles d'établissements de santé réalisés par les juridictions financières depuis 2018 mettent en évidence que les limites posées à l'exercice libéral en établissement public sont aisément contournées, en raison du contrôle insuffisant et de la tolérance vis-à-vis des fréquents abus". Source : Cour des comptes. Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité. Octobre 2023.

⁵⁰ Dont 4 671 spécialistes hors omnipraticiens.

Honoraires totaux (en millions d'€)	644	17 482
Dont honoraires secteur 2 (HS2)	309 (48% HT)	11 059 (63,3% HT)
Dont dépassements	73	3 447

Source : données Cnam - % calculs Hcaam

Dans certaines métropoles où les dépassements d'honoraires sont très répandus, l'exercice libéral à l'hôpital public, lorsqu'il est pratiqué en secteur 2, augmente le risque pour les usagers de se voir facturer des dépassements, même si cette activité libérale reste très limitée par rapport à l'activité publique et par rapport à l'activité des libéraux exclusifs : par exemple à l'AP-HP elle concerne, en 2023, 366 praticiens soit 6 % des praticiens éligibles, et ce pour 30 % de leur activité, et ces 366 praticiens représentent 3% des spécialistes libéraux franciliens (hors médecine générale)⁵¹.

Néanmoins, même si elle représente une part très minoritaire dans les dépassements d'honoraires, il est logique d'inclure cette activité libérale à l'hôpital public dans le tableau d'ensemble, afin d'avoir une vision exhaustive.

1.3.3. Des effectifs stables et des taux de dépassement en baisse, mais une augmentation sensible de l'activité en secteur 2

Les effectifs de praticiens qui exercent une activité libérale à l'hôpital n'ont pas évolué sensiblement ; leur nombre en 2022 (4 706) est comparable à celui d'il y a une dizaine d'années (Figure 9).

En 2021, le Centre national de gestion dénombre 45 637 postes occupés de PH temps plein, tandis que la même année la Cnam recense 4 694 praticiens avec activité libérale, soit une proportion d'environ 10,3 % par rapport au nombre d'éligibles. Ce ratio est similaire à celui qu'avait estimé Dominique Laurent pour l'année 2011, dans un rapport rédigé à la demande de la ministre Marisol Touraine⁵².

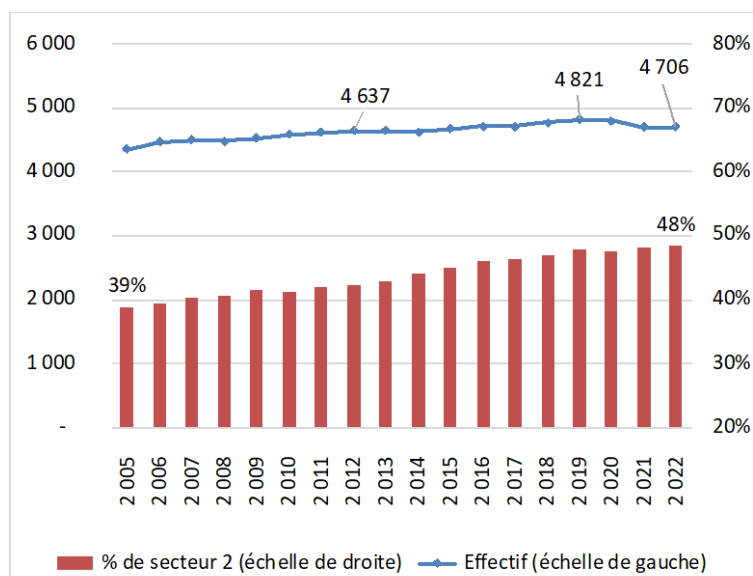
Si l'effectif global est assez stable, en revanche, comme en médecine libérale, la part du secteur à honoraires libres augmente au fil du temps parmi les praticiens ayant une activité privée à l'hôpital : 2 282 sont en secteur 2 en 2022, soit 48 %, alors qu'ils étaient 39 % en 2005 (Figure 9).

Il faut évidemment rapporter ce sujet à l'ensemble des praticiens qui exercent à l'hôpital. Le nombre de praticiens ayant une activité libérale en secteur 2 (2 280) ne représente que 5% de l'ensemble des praticiens hospitaliers (47 000) et 2,4% de l'ensemble des médecins exerçant à l'hôpital (93 200 en 2022). En supposant que l'activité libérale de ces médecins représente 20 % de leur activité totale (limite imposée par les textes), l'activité en secteur 2 représenterait 0,5 % à 1 % de l'activité totale des médecins à l'hôpital public.

⁵¹ APHP, 2025, Activité libérale 2023, Rapport annuel, Commission centrale de l'activité libérale (mai).

⁵² D Laurent. L'activité libérale dans les établissements publics de santé. Rapport à Madame Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la santé. Mars 2013.

FIGURE 9 - EFFECTIF DE PRATICIENS HOSPITALIERS TEMPS PLEIN AYANT UNE ACTIVITE LIBERALE ET PROPORTION DE SECTEUR 2 – ÉVOLUTION 2005 - 2022

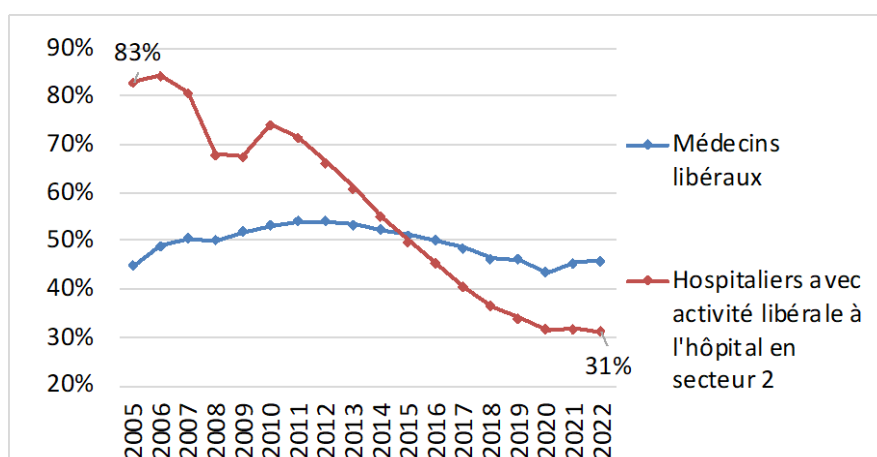


Source : données Cnam

Si l'on ne considère que les spécialités hors médecine générale, la proportion de secteur 2 (49 %) est voisine de celle des médecins libéraux (53 % en 2022) et les évolutions sont parallèles (la proportion était de 39 % en 2005 pour les libéraux comme pour les hospitaliers).

En revanche, l'évolution des taux de dépassements est très différente dans les deux secteurs : très élevé il y a une quinzaine d'années, le taux moyen de dépassement des hospitaliers exerçant leur activité libérale en secteur 2 a beaucoup diminué. Avec 31 % en 2022, il est sensiblement inférieur à celui des libéraux (46 %).

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



Source : données Cnam

Si les effectifs de praticiens hospitaliers ayant une activité libérale au sein de l'hôpital ont peu augmenté, en revanche le volume d'actes réalisé dans le cadre de cette activité a fortement progressé. Elle représentait 644 millions d'euros en 2022, contre 280 millions en 2005 (+130 %). En moyenne, un praticien hospitalier public avec secteur privé a plus que doublé ses honoraires libéraux sur la période. Tous secteurs conventionnels et spécialités confondus, il a perçu en moyenne 137 000 € d'honoraires en 2022 au titre de son activité libérale, dont 12 % de dépassements d'honoraires (16 000 €). Un

praticien hospitalier exerçant cette activité en secteur 2 a perçu un montant similaire d'honoraires (135 000 €), dont 32 000 euros de dépassement. Le montant moyen de dépassement, en valeur absolue, est resté très stable sur les 15 dernières années.

2. Pratiques de dépassement et revenus des médecins

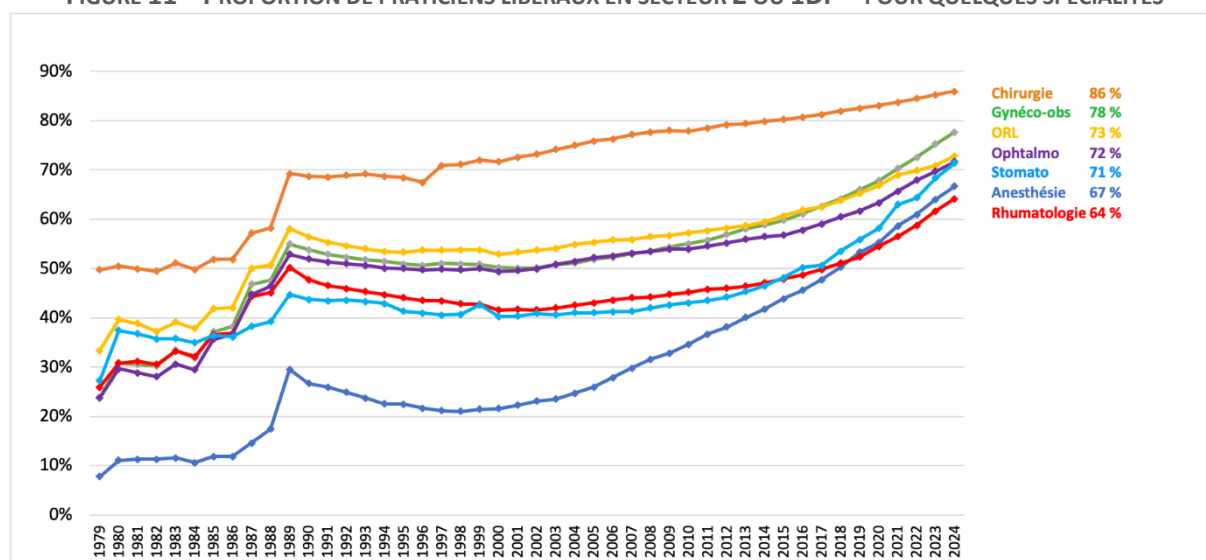
2.1. L'importance et la dynamique des dépassements est très contrastée selon les spécialités, les territoires et les praticiens

2.1.1. La part du secteur 2 varie fortement selon les spécialités, même si elle est en augmentation dans l'ensemble des spécialités hors médecine générale

Si 56 % des spécialistes hors médecine générale sont en secteur 2, cette moyenne recouvre des situations très différentes d'une spécialité à l'autre.

Le secteur 2 est très majoritaire parmi certaines spécialités. C'est en chirurgie qu'il est le plus répandu, 85 % des chirurgiens libéraux pouvant aujourd'hui pratiquer des dépassements d'honoraires. C'est aussi le cas pour les trois quarts des gynécologues-obstétriciens, où le secteur 2 a fortement progressé dans la période récente (il ne concernait que la moitié des praticiens il y a vingt ans). Cette progression est plus spectaculaire encore pour l'anesthésie, où la part des praticiens autorisés à facturer des dépassements est passée de 24 % à 64 % en deux décennies (Figure 11). Doivent également être mentionnées des spécialités médico-chirurgicales où le taux de secteur 2 dépasse 70% comme l'ORL et l'ophtalmologie.

FIGURE 11 – PROPORTION DE PRATICIENS LIBERAUX EN SECTEUR 2 OU 1DP⁵³ POUR QUELQUES SPECIALITES



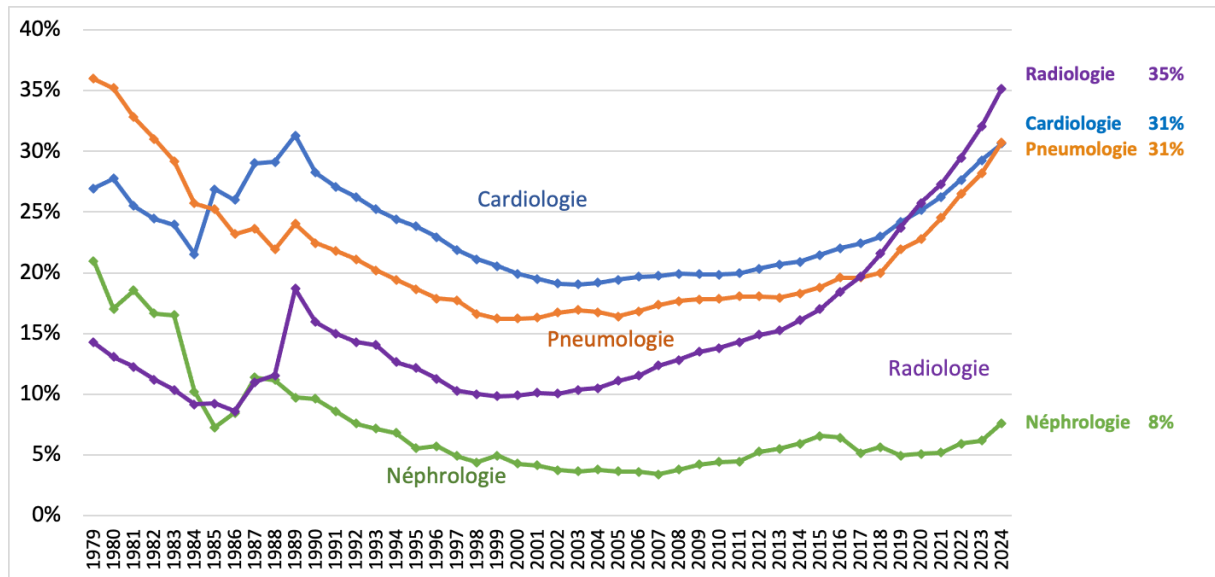
Source : Eco-santé de 1979 à 1999 (France métropolitaine), Cnam de 2000 à 2024 (périmètre France entière)

A l'inverse, le secteur 2 est très limité en néphrologie (6 %), et il représente moins d'un tiers des praticiens dans des spécialités telles que la cardiologie, la radiologie, la pneumologie (Figure 12). Cependant là aussi la tendance est à l'augmentation, et à cet égard l'évolution est particulièrement

⁵³ Les médecins en secteur 1 en dépassement permanent sont peu nombreux. L'accès à ce secteur d'exercice pour les nouveaux médecins n'étant plus possible, elle ne fait l'objet de développements analytiques dans ce rapport.

rapide en radiologie : 10 % des radiologues étaient en secteur 2 au milieu des années 2000, un tiers d'entre eux le sont aujourd'hui.

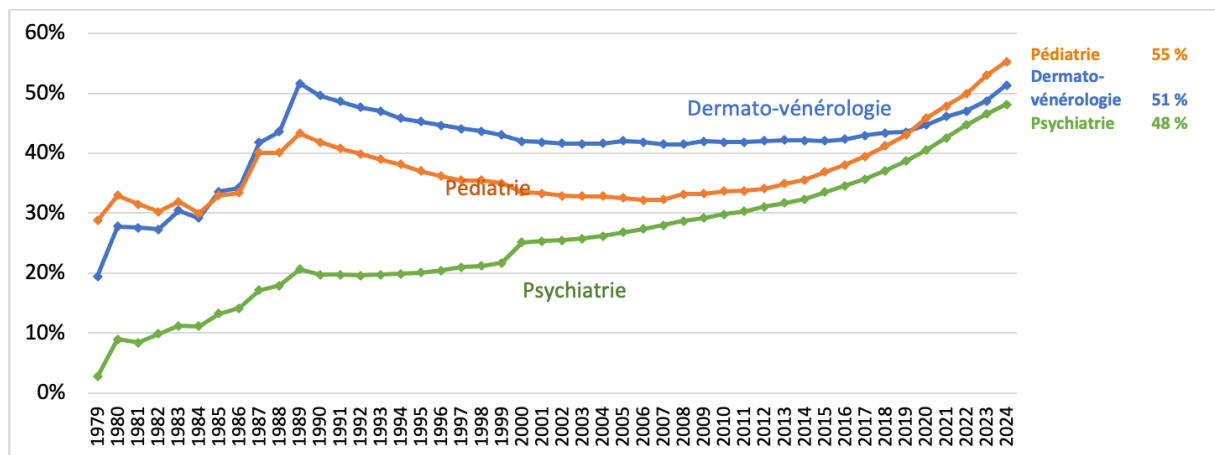
FIGURE 12 - PROPORTION DE PRATICIENS LIBERAUX EN SECTEUR 2 OU 1DP POUR QUELQUES SPECIALITES



Source : Eco-santé de 1979 à 1999 (France métropolitaine), Cnam de 2000 à 2024 (périmètre France entière)

Les spécialités cliniques telles que la dermatologie, la pédiatrie, la psychiatrie sont intermédiaires entre les deux groupes de spécialités évoquées ci-dessus, avec une proportion de praticiens en secteur 2 de l'ordre de 50 %, voisine de la moyenne toutes spécialités confondues. Comme pour l'anesthésie et la radiologie, la progression du secteur 2 apparaît particulièrement rapide pour la psychiatrie et la pédiatrie au cours des 15 dernières années (Figure 13).

FIGURE 13 - PROPORTION DE PRATICIENS LIBERAUX EN SECTEUR 2 OU 1DP POUR QUELQUES SPECIALITES



Source : Eco-santé de 1979 à 1999 (France métropolitaine), Cnam de 2000 à 2024 (périmètre France entière)

Si la part du secteur 2 est très variable entre spécialités, presque toutes les spécialités sont confrontées à une très forte hausse de la part du secteur 2, du fait d'une part nettement plus importante du secteur 2 parmi les nouveaux installés. Dans des spécialités où le secteur 2 est déjà important, il peut représenter plus de 80% des installations (chirurgie, gynécologie, rhumatologie, stomatologie). Mais il est également nettement majoritaire dans les installations de professionnels dans des spécialités où il était nettement minoritaire (radiologie) (Tableau 3).

TABLEAU 3 – PROPORTION DE SECTEUR 2 PARMIS LES MEDECINS EN EXERCICE EN 2024 ET PARMIS CEUX INSTALLES SUR LES TROIS DERNIERES ANNEES (2022 – 2023 -2024)

	Nouveaux installés en 2022 – 2023 – 2024	Ensemble des médecins en exercice
Stomatologues	95%	71%
Rhumatologues	94%	64%
Gynécologues-obstétriciens	90%	78%
Chirurgiens	87%	86%
ORL	86%	73%
Anesthésistes	84%	67%
Ophtalmologues	84%	72%
Endocrinologues	81%	66%
Dermatologues	81%	51%
Neurologues	81%	50%
Gastro-entérologues	79%	54%
Pédiatres	77%	55%
Psychiatres et neuro-psychiatres	72%	48%
Méd. physique et de réadaptation	68%	50%
Radiologues	66%	35%
Pneumologues	57%	31%
Cardiologues	49%	31%
Internistes	44%	45%
Gériatres	31%	29%
Radiothérapeutes	19%	17%
Néphrologues	19%	8%

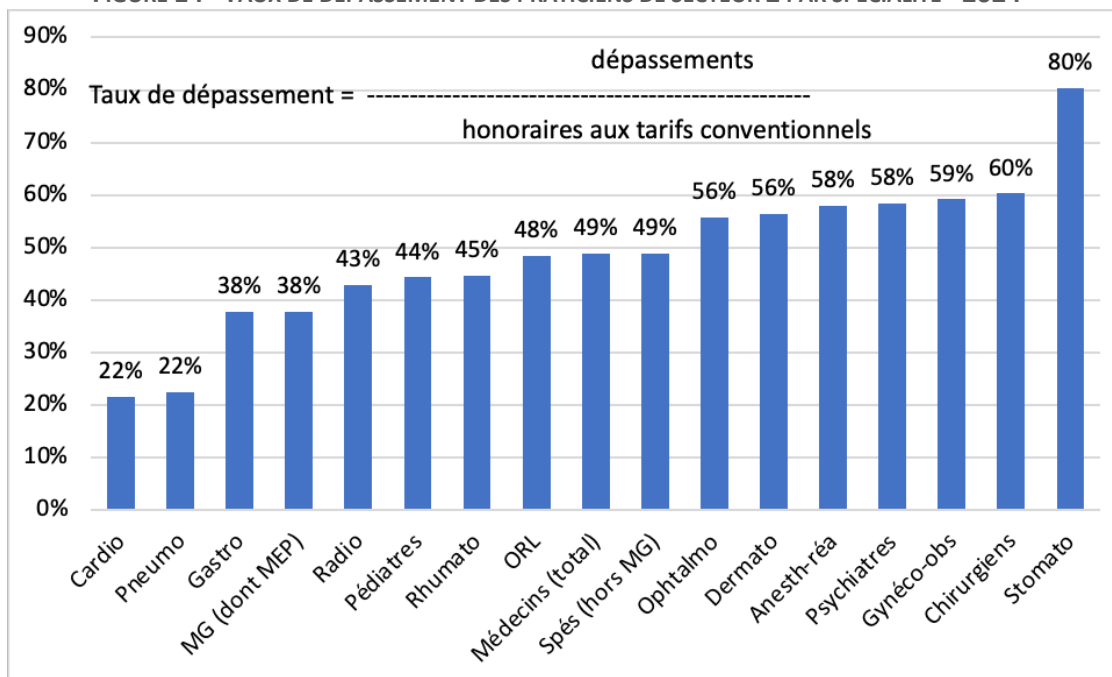
Source : CNAM, calculs HCAAM.

2.1.2. Les taux de dépassement, qui représentent aujourd’hui la moitié du tarif conventionnel en moyenne, sont également très variable selon les spécialités

Le taux moyen de dépassements recouvre des niveaux de dépassements très variables en fonction des spécialités. Ainsi les montants facturés par des cardiologues de secteur 2 dépassent les tarifs conventionnels de 20 % environ, ceux des chirurgiens ou des gynécologues-obstétriciens de l’ordre de 60 %, ceux des stomatologues de 80 %⁵⁴ (Figure 14).

⁵⁴ Pour les stomatologues, ces chiffres incluent les prothèses (qui représentent en 2022 3,5% des honoraires sans dépassements des stomatologues libéraux et 2,7% de leurs actes d’après [l’Assurance maladie](#)) et l’orthodontie faciale (4,4% de leurs actes), pour lesquels les tarifs sont libres.

FIGURE 14 - TAUX DE DEPASSEMENT DES PRATICIENS DE SECTEUR 2 PAR SPECIALITE - 2024⁵⁵

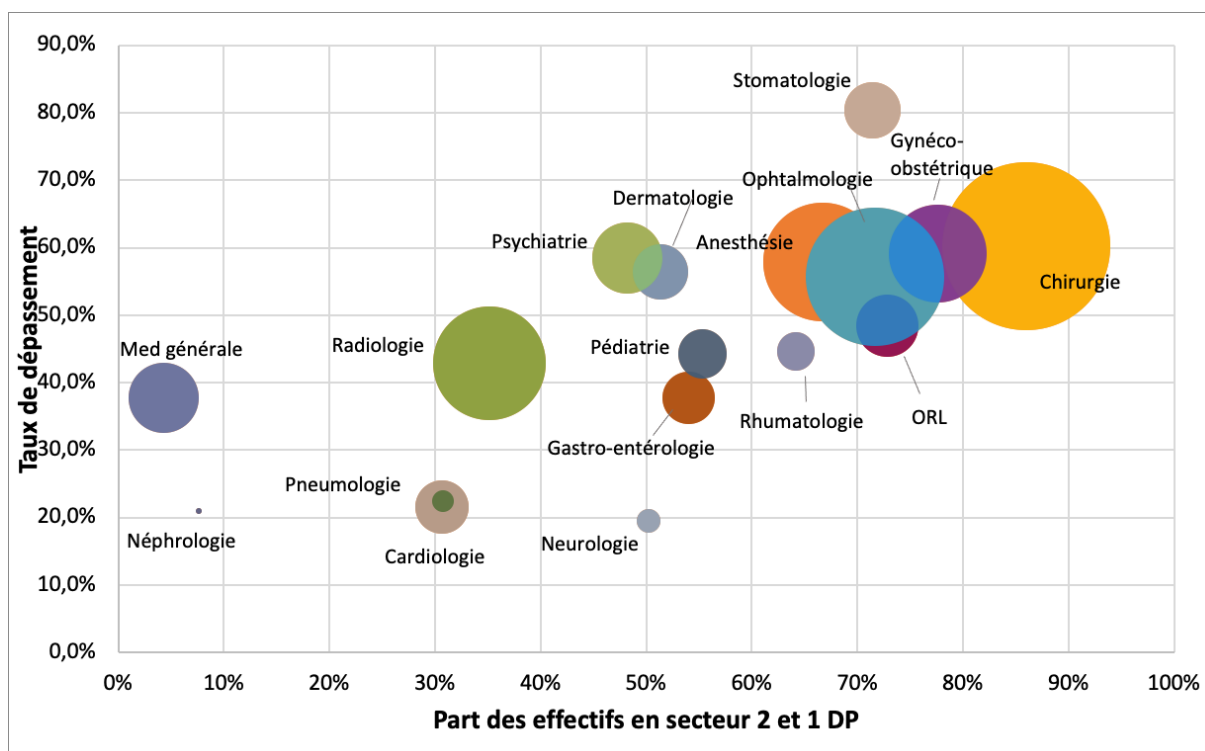


Source : Données Cnam

Les spécialités pour lesquelles la part du secteur 2 est importante sont aussi des spécialités dont les taux de dépassement sont plutôt élevés. Ainsi, les pneumologues, cardiologues et neurologues sont majoritairement en secteur 1, et lorsqu'ils sont en secteur 2, ils pratiquent des dépassements à hauteur de 20 % environ. A l'inverse, la part du secteur 2 est élevée pour les chirurgiens (85 %) ou les gynécologues et obstétriciens (75 %), et les taux de dépassement également (de l'ordre de 60 %) (Figure 15). Cela peut laisser penser que la concurrence d'une offre à secteur opposable joue un rôle dans le niveau des dépassements d'honoraires.

⁵⁵Le taux de dépassement est égal au rapport entre les dépassements et les honoraires valorisés aux tarifs conventionnels. Il faut rappeler que ces tarifs conventionnels, qui servent de base au remboursement des soins par l'assurance maladie, sont différents selon que le médecin de secteur 2 adhère ou non à l'OPTAM. Le taux de dépassement sera donc différent pour un même prix total. A titre d'exemple, la base de remboursement d'une consultation de spécialiste est de 31,50 € pour les médecins de secteur 2 OPTAM, de 23 € pour les médecins de secteur 2 non OPTAM : une consultation facturée 40 € a donc un taux de dépassement de 27 % dans le premier cas, de 74 % dans le second. Les données présentées ici indiquent la situation moyenne sur l'ensemble de la spécialité. Du point de vue des spécialistes, deux taux de dépassement très différents (27% et 74% dans l'exemple choisi) peuvent donc correspondre à une facturation de la consultation équivalente (40 € dans l'exemple – effet OPTAM vs non-OPTAM). En revanche, du point de vue des patients, des taux de dépassement plus élevés engendrent bien systématiquement des RAC AMO plus importants pour eux.

FIGURE 15 - REPARTITION DES SPECIALITES EN FONCTION DE LA PART DES EFFECTIFS EN SECTEUR 2 ET DU TAUX DE DEPASSEMENT (2024)

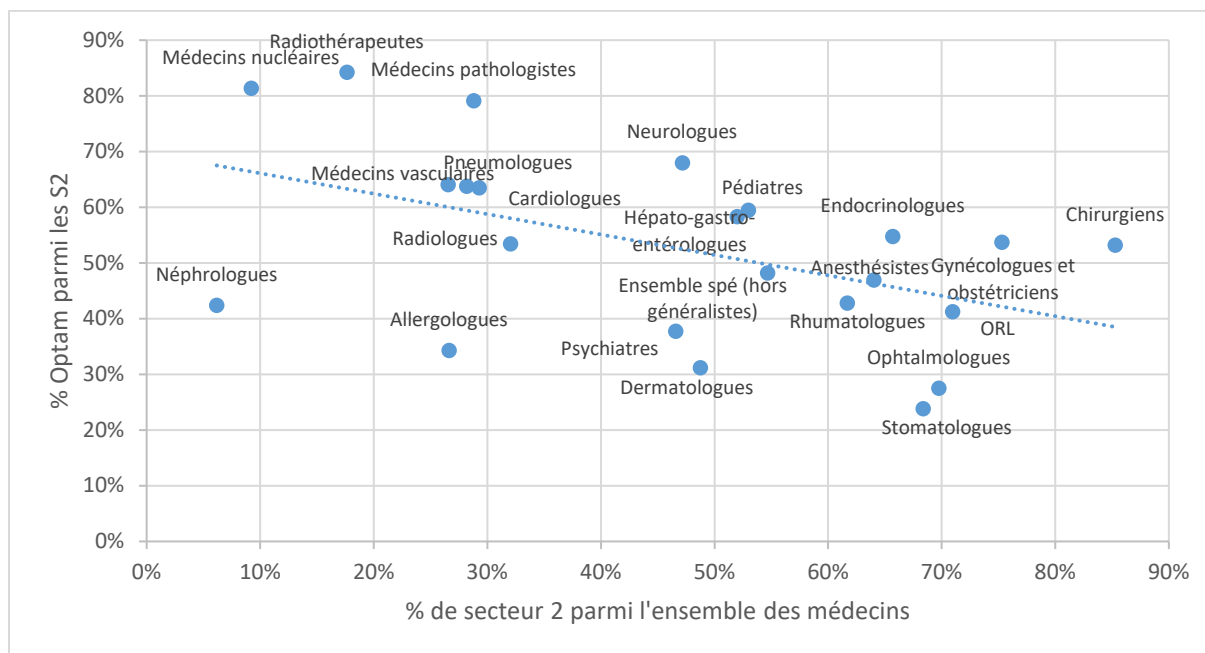


Source : CNAM, Ameli - Data professionnels de santé libéraux

Guide de lecture : chaque spécialité est positionnée en fonction de la proportion de praticiens exerçant en secteur 2 ou 1 DP (en abscisse) et du taux moyen de dépassement pratiqué (en ordonnée). La taille des bulles est proportionnelle au montant total des dépassements, qui dépend également des effectifs globaux de la spécialité.

De même, si globalement la moitié des spécialistes (hors médecine générale) ont souscrit à l'OPTAM, l'adhésion est variable selon les spécialités. En 2022, la moitié des chirurgiens, deux tiers des neurologues ou des pneumologues sont adhérents, mais seulement un quart des ophtalmologues : les spécialités où le secteur 2 est prédominant ont moins tendance à adhérer (Figure 16). Plusieurs explications peuvent être proposées : part plus importante de spécialistes présentant des taux de dépassements trop élevés pour être éligibles à l'OPTAM ; moindre incitation à entrer dans un dispositif de maîtrise des dépassements dès lors que l'offre à tarif opposable est très réduite.

FIGURE 16 - PART DE SPECIALISTES EN SECTEUR 2 ET TAUX D'ADHESION A L'OPTAM PAR SPECIALITE – 2023



Source : Cnam, Ameli - Data professionnels de santé libéraux

Les taux d'adhésion à l'Optam sont d'autant plus élevés que les taux de dépassement des médecins éligibles sont faibles : pour les médecins ayant les taux de dépassements les plus faibles (inférieurs à 10%) les taux d'adhésion à l'Optam sont supérieurs à 75% (supérieurs à 60% à l'Optam-Co), alors que pour ceux dont les dépassements sont les plus élevés (supérieurs à 90%), les taux d'adhésion ne dépassent pas 15% (moins de 25% à l'Optam-Co).

Si l'on rapproche les différents éléments – importance quantitative du secteur 2, niveau des dépassements, engagement dans les dispositifs de régulation –, on voit ainsi se dessiner un paysage très contrasté selon les spécialités.

Si l'on reprend l'exemple de l'ophtalmologie, on a là une spécialité pratiquée à plus de deux tiers en secteur 2 (à plus de 80% pour les nouveaux installés), avec un engagement limité des praticiens (26 % d'adhésions à l'OPTAM) à modérer des dépassements qui représentent en moyenne plus de 50 % des tarifs conventionnels. La situation est très différente, par exemple, pour la cardiologie (28 % de praticiens à honoraires libres, dont les deux tiers adhérents à l'OPTAM, 20 % de taux de dépassement).

2.1.3. L'importance du secteur 2 et le niveau des dépassements varient avec le niveau des territoires

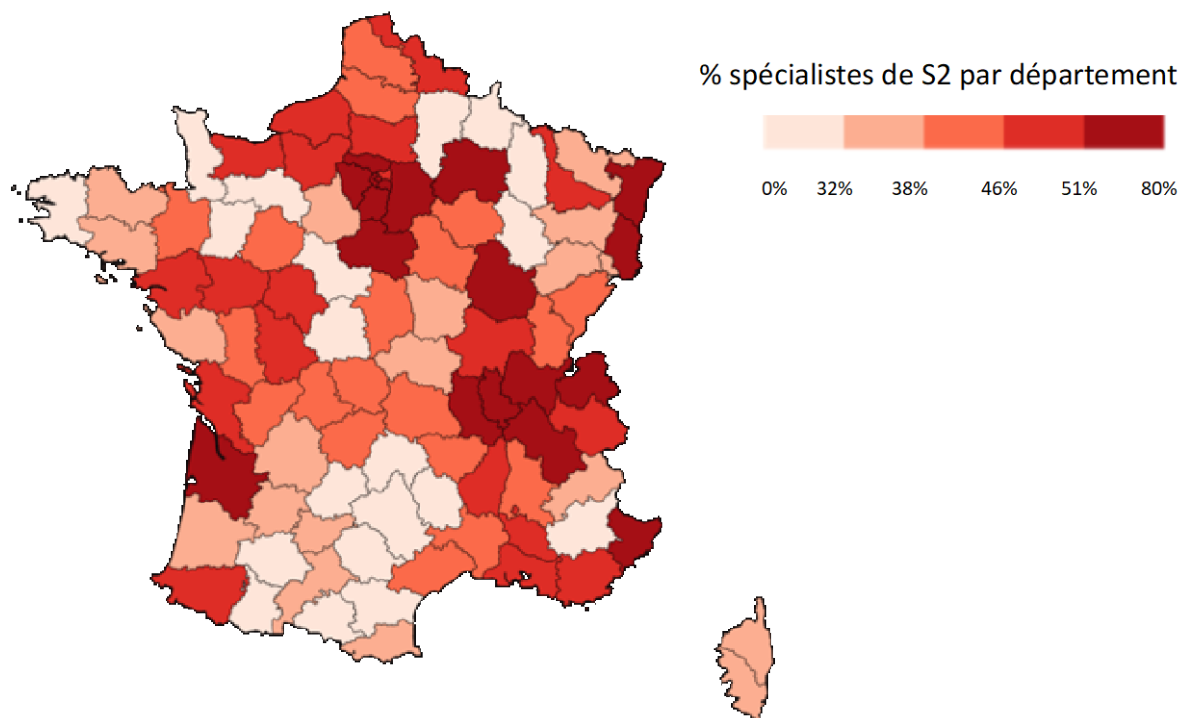
S'il est différent d'une spécialité à l'autre, le poids du secteur 2 est également très variable selon les territoires. Quatre spécialistes libéraux sur cinq peuvent fixer librement leurs tarifs à Paris, les trois quarts dans le département du Rhône ou des Hauts-de-Seine. Le secteur 2 est plus limité dans les départements ruraux, dans lesquels il concerne en général moins d'un tiers des praticiens.

La part du secteur 2 augmente globalement avec le niveau de vie du territoire.⁵⁶

⁵⁶ Une part des différences dans l'implantation du secteur 2 et dans les niveaux de dépassements peut être aussi liée aux différences dans le coût de la pratique, les charges professionnelles (charges locatives, coûts salariaux...) étant plus élevées dans certains territoires, ce qui n'est pas pris en compte dans les tarifs opposables qui sont nationaux.

De ce fait, la possibilité de facturer des dépassements d'honoraires crée une incitation, pour les professionnels, à s'installer dans les territoires les plus favorisés, alors que les territoires où la population est peu solvable sont peu attractifs pour les professionnels ce qui tend à renforcer les inégalités territoriales d'offre de soins.

FIGURE 17 – PROPORTION DE SPECIALISTES (HORS MG) EN SECTEUR 2 OU 1DP PAR DEPARTEMENT - 2022

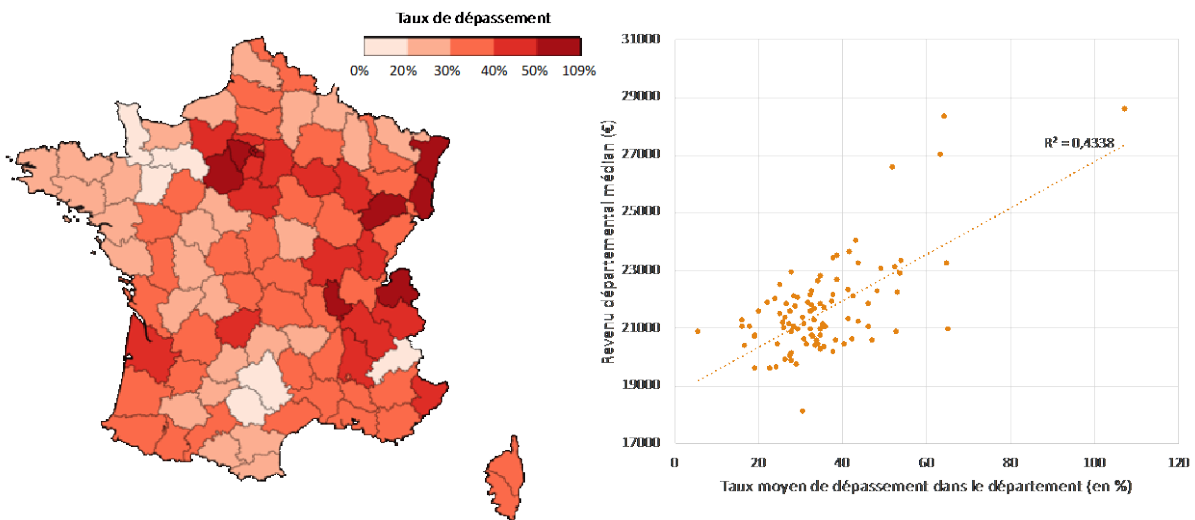


Source : Cnam, Ameli - Data professionnels de santé libéraux. Données 2022. Moyenne France entière en 2022 : 53 %

Ces disparités territoriales peuvent se traduire, dans certains territoires défavorisés, à la fois par une offre réduite et par une part relativement élevée de praticiens en secteur 2 : ainsi, la Seine-Saint-Denis, un des départements les plus pauvres, présente à la fois une densité de spécialistes libéraux hors médecine générale très inférieure à la moyenne nationale (50 praticiens pour 100 000 habitants alors que la moyenne nationale est de 81) et une part de secteur 2 de plus de 50%.

On constate également une hétérogénéité des niveaux de dépassements sur le territoire. Le niveau des dépassements en secteur 2 est en effet très variable par département : 10% dans l'Aveyron, 15 % dans l'Orne, 66 % dans le Rhône ou les Yvelines, jusqu'à 109 % à Paris (pour l'ensemble des spécialités hors médecine générale) (Figure 18).

FIGURE 18 – TAUX DE DEPASSEMENT MOYEN PAR DEPARTEMENT - 2022, ENSEMBLE DES SPECIALISTES (HORS MG) DE S2



Source : Données Cnam 2022 pour les taux de dépassement S2.

La géographie des niveaux de dépassement peut être rapprochée de celle de la part du secteur 2.

Les disparités entre spécialités et territoires dans la part du secteur 2 et dans le niveau des dépassements peuvent offrir deux types d'explication sur la formation des niveaux de dépassements :

- les dépassements sont favorisés par la capacité des patients à les payer, comme le montre leur corrélation avec le niveau de vie des territoires ; ;
- mais ils dépendent aussi de l'environnement concurrentiel : le taux de dépassements d'une spécialité est d'autant plus élevé que la part de professionnels en secteur 1 est limitée. Le même constat peut être réalisé à l'échelle territoriale. Cet effet concurrentiel a été mis en avant par la DREES : l'accroissement de l'offre conduirait à réduire le niveau des dépassements pratiqués⁵⁷.

2.2. Les dépassements constituent une part importante des revenus des professionnels, avec toutefois des différences importantes selon les spécialités et les professionnels

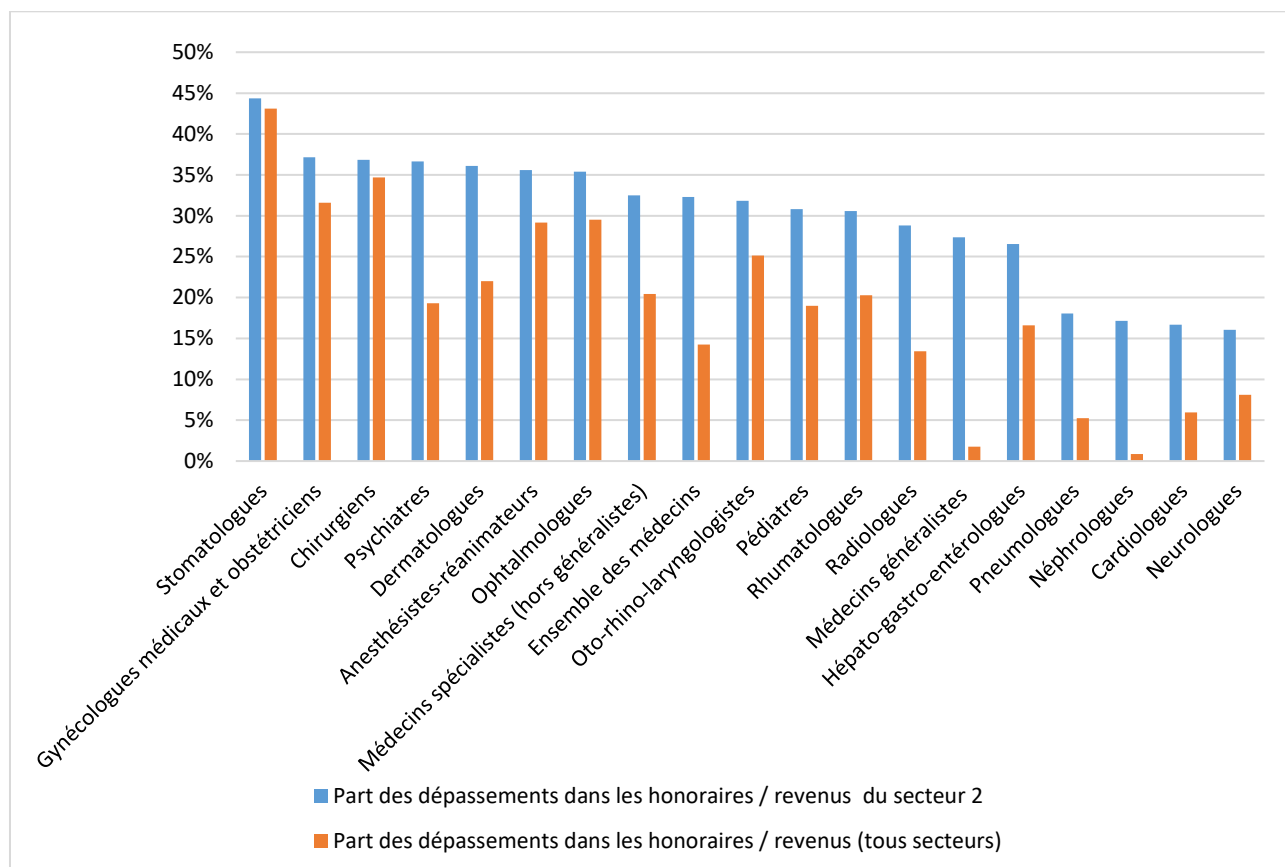
2.2.1. Une part élevée des dépassements dans les honoraires

Dans un nombre croissant de spécialités, les dépassements représentent, pour les praticiens exerçant en secteur 2, plus du tiers de leurs honoraires totaux. C'est le cas en 2023 pour les anesthésistes, les chirurgiens, les dermatologues, les gynécologues – obstétriciens, les ophtalmologues, les psychiatres, les stomatologues. Sous l'hypothèse que les charges professionnelles se répartissent, entre honoraires

⁵⁷ A. Pla, P. Choné, E. Coudin, "Médecins en secteur 2: les dépassements d'honoraires diminuent quand la concurrence s'accroît", *Etudes et résultats*, n° 1137, DREES, 2020.

opposables et dépassements, au prorata des masses financières⁵⁸, c'est donc une proportion équivalente des revenus qui est générée par les dépassements (Figure 19).

FIGURE 19 – PART DES DEPASSEMENTS DANS LES HONORAIRES / REVENUS TOTAUX, SECTEUR 2 ET TOUS SECTEURS (2023)



Source : CNAM, Data professionnels de santé

Encore s'agit-il d'une moyenne. Les taux de dépassement sont très hétérogènes au sein de chaque spécialité et lorsqu'ils dépassent 100 % en moyenne, cela signifie que la part assurée par l'assurance maladie dans les revenus devient minoritaire. Or la fraction des médecins concernés par cette situation n'est pas négligeable, de d'ordre de 20 à 25 % des praticiens de secteur 2 dans la plupart des spécialités : pour ces praticiens, on peut craindre un affaiblissement de l'adhésion au contrat social qui lie la médecine à la société, et aux valeurs qu'il porte d'accessibilité aux soins et d'équité.

⁵⁸ Cette hypothèse est évidemment contestable :

- d'un côté, on pourrait considérer qu'une partie au moins des charges fixes est déjà absorbée par les honoraires sans dépassement, et que donc le taux de charge qui s'applique au supplément de chiffre d'affaires que constituent les dépassements est plus faible ; une hypothèse extrême pourrait même être qu'ils ne supportent que les charges variables, c'est-à-dire les cotisations sociales ;
- d'un autre côté, on peut soutenir à l'inverse que les dépassements permettent de financer des équipements supplémentaires et de renouveler le matériel plus rapidement, la question étant de savoir dans quelle proportion. Une hypothèse extrême, diamétralement opposé à la précédente, serait que tous ces honoraires supplémentaires seraient réinvestis.

En l'absence de données et d'analyses permettant de construire un modèle économique plausible, l'hypothèse qui paraît raisonnable est d'appliquer un taux de charges uniforme aux honoraires opposables et aux dépassements. Cela revient à dire que le poids des dépassements dans les revenus est le même que le poids dans les honoraires.

Le constat du poids important des dépassements dans les revenus n'emporte pas en tant que tel de jugement sur les niveaux moyens de revenus, qui sont au demeurant très variables selon les spécialités (*cf infra*).

2.2.2. A spécialité donnée, les revenus sont plus élevés en secteur 2

A spécialité donnée, les écarts de revenu entre médecins de secteur 1 et de secteur 2 sont le plus fréquemment en faveur du secteur 2, parfois de manière importante : ainsi le revenu libéral⁵⁹ des ophtalmologistes, des gynécologues-obstétriciens ou des chirurgiens de secteur 2 est supérieur d'environ 40 % à celui de leurs confrères de secteur 1.

Pour les quelques spécialités où l'écart joue en sens inverse, il résulte soit d'un moindre volume d'activité des professionnels en secteur 2, soit d'un effet de composition générationnelle (spécialités où le secteur 2 est surtout récent et où les professionnels en secteur 2 sont beaucoup plus jeunes).

Cet écart de revenu libéral (net de cotisations sociales et de charges d'exploitation) entre secteur 1 et secteur 2 peut résulter de la combinaison de plusieurs éléments :

- un écart de volume d'activité (nombre d'actes réalisés),
- un écart de tarif conventionnel moyen de ces actes⁶⁰;
- les dépassements, qui viennent s'ajouter aux honoraires opposables, ainsi que la prime Optam pour les adhérents ;
- un écart sur le taux des cotisations sociales et des charges professionnelles, qui viennent en déduction des honoraires pour aboutir au revenu net.

Par construction, la composante liée aux dépassements joue toujours en faveur du secteur 2. En revanche, l'effet des trois autres composantes est a priori incertain :

En ce qui concerne les tarifs opposables moyens, une première différence tient au fait que les tarifs conventionnels des médecins de secteur 2 non adhérents à l'Optam sont plus faibles que ceux des médecins de secteur 1 ou de secteur 2 ayant adhéré à l'Optam, et ceci joue mécaniquement en défaveur du secteur 2. Mais les deux secteurs peuvent aussi avoir profils d'activité différents, avec des actes plus ou moins rémunérateurs, bien qu'au bout du compte le sens dans lequel joue cette composante n'est pas évident.

Pour les taux de charge, les cotisations sociales sont en moyenne plus élevées pour le secteur 2 du fait de l'absence de prise en charge de cotisations sociales. Pour les autres charges professionnelles, il n'y a pas *a priori* de biais systématique en faveur de l'un ou l'autre secteur.

Le tableau 4 montre comment ces quatre effets se combinent pour les différentes spécialités.

⁵⁹ Le revenu libéral correspond au revenu tiré des honoraires perçus une fois les charges déduites, selon la même définition que la DREES : Les médecins exerçant en leur nom propre le déclarent à l'administration fiscale en tant que bénéficiaire non commercial (BNC). Pour ceux exerçant en société soumise à l'impôt sur les sociétés, comme les sociétés d'exercice libéral (SEL), le revenu libéral est déclaré en tant que rémunérations de gérance et dividendes versés par la société. À partir de ces éléments reconstitués dans les données de l'appariement Insee-CNAM-DGFIP, la DREES recalcule un revenu libéral homogène pour tous les médecins, quel que soit le cadre juridique dans lequel ils exercent. Pour ce faire, une fraction des dividendes et des salaires de gérants déclarés à l'administration fiscale par le foyer fiscal auquel le médecin appartient est intégrée au revenu libéral. Voir encadré 1, Dixte C., Loussouarn C, 2024, Revenu des médecins libéraux : une légère hausse entre 2017 et 2021, avec de fortes disparités selon la spécialité et l'ancienneté d'installation, Etudes et résultats, n°1322, DREES.

⁶⁰ Pour la simplicité de la décomposition, la prime Optam a été intégrée dans le calcul du tarif opposable moyen des médecins de secteur 2 adhérents à l'OPTAM, ce qui augmente mécaniquement leur tarif conventionnel moyen.

TABLEAU 4 – DECOMPOSITION DE L'ÉCART DU REVENU LIBÉRAL MOYEN ENTRE SECTEUR 2 ET SECTEUR 1

Spécialité	Ecart relatif de revenu libéral moyen entre S2 et S1	Décomposition de l'écart entre les composantes liées à...			
		Ecart des volumes d'activité	Ecart des tarifs opposables moyens	Ecart de taux de charges	Dépassements
Ophthalmologues	42%	6%	7%	-20%	49%
Gynécologues	41%	-7%	12%	-14%	50%
Chirurgiens	37%	31%	-24%	-19%	49%
Anesthésistes-réanimateurs	17%	11%	-10%	-23%	39%
Radiothérapeutes	16%	8%	13%	-11%	6%
Dermatologues	14%	-6%	-2%	-18%	40%
ORL	11%	-12%	-1%	-10%	33%
Pédiatres	7%	-8%	-1%	-17%	34%
Gastro-entérologues	2%	-3%	0%	-21%	25%
Rhumatologues	-1%	-13%	-4%	-14%	30%
Cardiologues	-2%	-7%	5%	-15%	15%
Psychiatres et neuropsychiatres	-4%	-28%	2%	-14%	37%
Radiologues	-5%	2%	-2%	-30%	25%
Médecins nucléaires	-15%	17%	0%	-36%	4%
Anatomo-cyto-pathologistes	-16%	15%	-7%	-30%	6%
Pneumologues	-21%	-23%	2%	-14%	14%

Sources : Insee-DGFIP-CNAM 2021, exploitation IRDES.

Champ : France métropolitaine et DROM, médecins conventionnés, âgés de 70 ans ou moins, installés avant 2021, ayant déclaré au moins 1 euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2021, hors remplacements. Les revenus ne sont calculés que pour les professionnels identifiés dans les fichiers fiscaux et ayant déclaré au moins 1 euro de revenu libéral ; les effectifs tiennent compte des professionnels non appariés avec les données fiscales.

Lecture : En 2021, les dépassements d'honoraires des ophtalmologistes de secteur 2 ont majoré en moyenne et toutes choses égales par ailleurs leur revenu libéral de 49 % par rapport à celui de leurs confrères de secteur 1, leurs charges plus élevées les ont minorés en moyenne de 20 %, leurs volumes d'activité (mesurés par le nombre d'actes) légèrement plus élevés, les ont majorés de 6 %, leur tarifs opposables légèrement plus élevés (du fait d'une activité davantage orientée vers des actes plus cotés) les ont majorés de 7 % toutes choses égales par ailleurs. Finalement, sous l'addition de ces différents effets, en 2021 le revenu libéral des ophtalmologistes libéraux de secteur 2 a été en moyenne 42 % plus élevés que celui des ophtalmologistes de secteur 1.

Les dépassements ont toujours pour effet d'améliorer le revenu du secteur 2 par rapport au secteur 1, mais avec une ampleur très variable selon les spécialités: pour les ophtalmologistes, les gynécologues ou les chirurgiens, ils permettent toutes choses égales par ailleurs de majorer en moyenne de 50 % les revenus libéraux des secteur 2 par rapport au secteur 1; inversement, pour certaines spécialités pour lesquelles les secteur 2 ont des faibles taux de dépassements, comme les radiothérapeutes, les dépassements contribuent très peu à l'écart de revenus entre secteur 2 et secteur 1, de l'ordre de quelques points de pourcentages seulement.

Un autre effet commun à toutes les spécialités apparaît : les taux de charges sont systématiquement plus élevés en secteur 2 qu'en secteur 1, ce qui a un effet à la baisse sur les revenus. Cet effet peut être imputé aux différences de prises en charge des cotisations sociales, ou à un surcroît de charges d'exploitation, relevant par exemple d'investissements dans des équipements.

Pour le volume d'actes et les tarifs opposables moyens, en revanche, l'écart peut être positif ou négatif. De sorte que le résultat final de ces différents écarts est très variable. On peut prendre ainsi trois exemples contrastés :

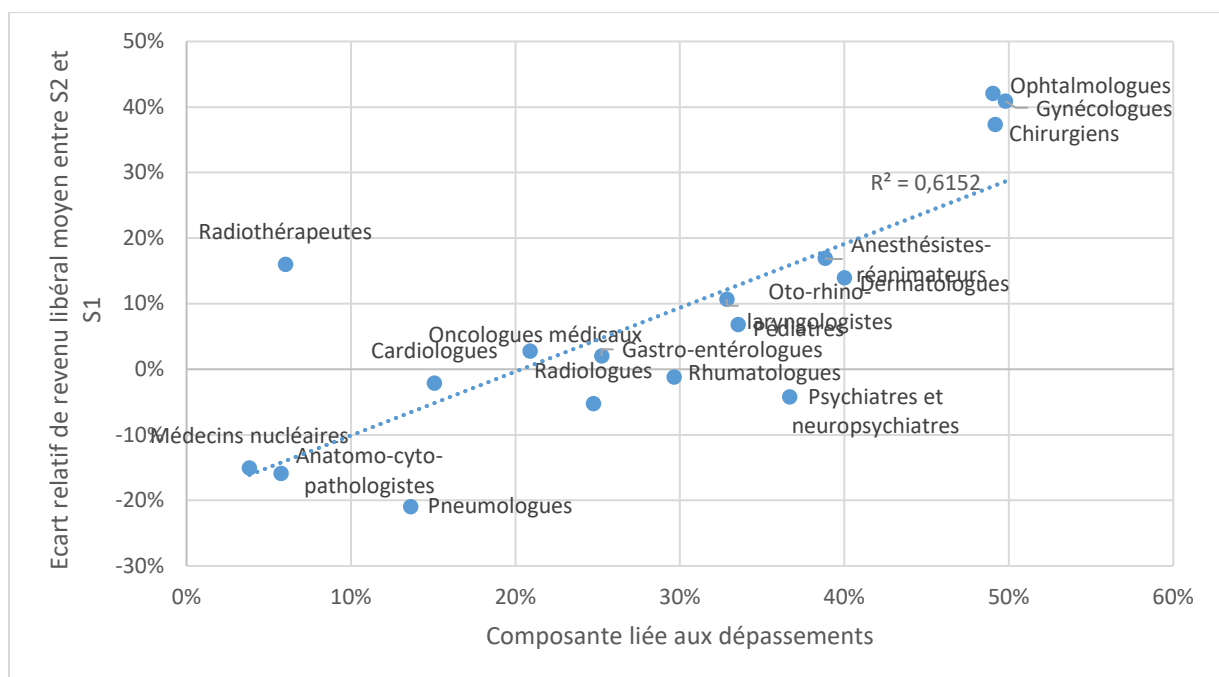
- Les ophtalmologues de secteur 2 ont un revenu libéral moyen de 42 % supérieur à celui de leurs confrères de secteur 1 : ils font plus d'actes (+ 6 %), le tarif conventionnel moyen de leurs actes est plus élevé (+ 7 %), et leurs dépassements d'honoraires augmentent leur revenu libéral moyen de 49 % par rapport à celui des secteur 1, toutes choses égales par ailleurs. Ces trois effets conduiraient à une différence totale de + 62 % en faveur du secteur 2, mais des charges plus élevées viennent minorer cet écart de - 20 %.

- Les ORL ont un revenu libéral moyen 11% plus élevé que celui du secteur 1. Leurs niveaux de dépassements compensent une moindre activité (qui baisse leur revenu libéral de 12 % par rapport à celui des secteur 1, toutes choses égales par ailleurs) et des charges plus élevées (qui baissent leur revenu libéral de 10%); leurs tarifs de convention sont globalement identiques en moyenne.

- les pneumologues de secteur 2 ont un revenu libéral moyen 21 % plus faible que celui des secteur 1, malgré les dépassements d'honoraires, principalement du fait d'une activité nettement inférieure à celle de leurs confrères de secteur 1 (ce qui baisse leur revenu libéral de 23 % par rapport à celui des secteur 1, toutes choses égales par ailleurs) et, secondairement, de charges plus élevées (- 14 %).

En conclusion, les revenus sont plus favorables en secteur 2, sauf pour certaines spécialités où cela s'explique le plus souvent par un moindre volume d'activité. L'écart en faveur du secteur 2 est d'autant plus important que le niveau de dépassement est élevé (Figure 20).

FIGURE 20 – LIEN ENTRE L'ÉCART RELATIF DE REVENU LIBÉRAL MOYEN ENTRE SECTEUR 2 ET SECTEUR 1 DE CHAQUE SPECIALITE ET LA COMPOSANTE DE L'ÉCART LIÉE AUX DEPASSEMENTS



Sources : Insee-DGFIP-CNAM 2021, exploitation IRDES

Champ : France métropolitaine et DROM, médecins conventionnés, âgés de 70 ans ou moins, installés avant 2021, ayant déclaré au moins 1 euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2021, hors remplacements. Les revenus ne sont calculés que pour les professionnels identifiés dans les fichiers fiscaux et ayant déclaré au moins 1 euro de revenu libéral ; les effectifs tiennent compte des professionnels non appariés avec les données fiscales.

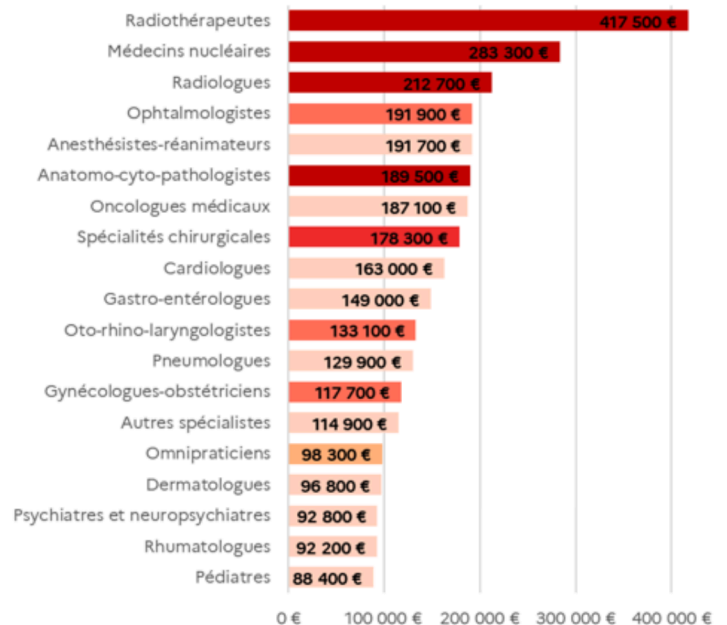
2.2.3. Mais les inégalités de revenus entre spécialités sont peu liées aux dépassements

En 2021, selon les chiffres de la Drees, le revenu d'activité net de cotisations sociales et de charges d'exploitation et avant impôt des radiothérapeutes était de plus de 400 000 euros, celui des médecins nucléaires de 263 000 euros, celui des pédiatres, rhumatologues ou psychiatres d'environ 90 000 euros (Figure 21).

FIGURE 21 – REVENU NET MOYEN DES MEDECINS LIBERAUX SELON LEUR SPECIALITE EN FRANCE EN 2021

Revenu moyen des médecins libéraux, selon leur spécialité en France en 2021

- Omnipraticiens
- Spécialités médicales (hors omnipraticiens)
- Spécialités médico-chirurgicales
- Spécialités chirurgicales
- Spécialités de plateau médico-technique

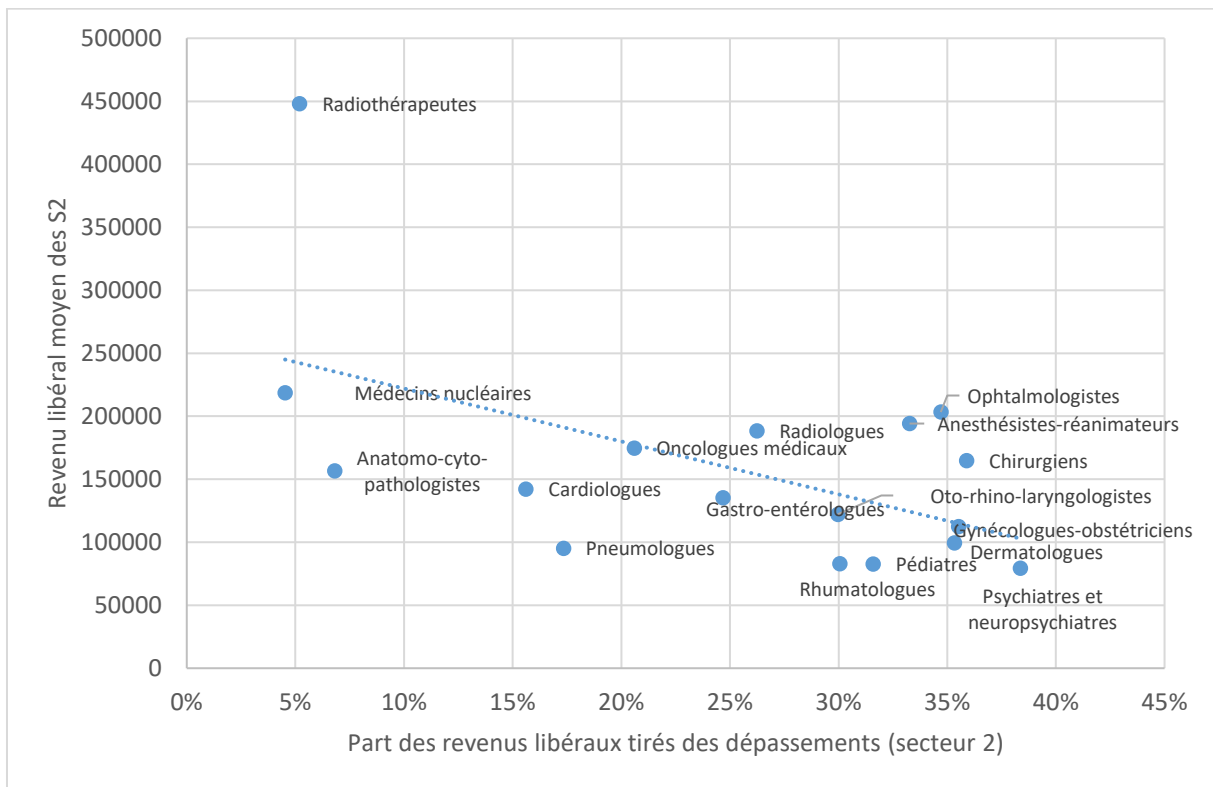


Champ > France métropolitaine et DROM, médecins conventionnés, âgés de 70 ans ou moins, installés avant 2021, ayant déclaré au moins 1 euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2021, hors remplacements. Les revenus ne sont calculés que pour les professionnels identifiés dans les fichiers fiscaux et ayant déclaré au moins 1 euro de revenu libéral.

Source > Insee-CNAM-DGFIP 2021, exploitation DREES.

La hiérarchie des revenus entre spécialités apparaît peu corrélée au niveau des dépassements d'honoraires (Figure 22), au contraire. Certaines spécialités aux revenus les plus élevés ont une part très faible de dépassements d'honoraires : c'est le cas des radiothérapeutes et médecins nucléaires, ou des anatomo-cyto-pathologistes, par exemple. D'autres spécialités à revenus élevés comme les radiologues ou oncologues ont une part des revenus tirée des dépassements nettement inférieure à la moyenne (20 à 25%). A l'inverse, les dépassements jouent un rôle très important dans les revenus de spécialités médicales dont les revenus sont en moyenne plus faibles que dans les autres spécialités (comme pour les psychiatres ou pédiatres par exemple). Une situation différente est représentée par certaines spécialités médico-chirurgicales et chirurgicales (ophtalmologues, chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs), où les revenus sont plus élevés comme la part des dépassements. Ces écarts indiquent que les dépassements jouent un rôle central dans le niveau des revenus de certaines spécialités, alors que d'autres spécialités bénéficient davantage de tarifs conventionnels plus élevés. Ces différences dans la part des dépassements dans les revenus subsistent lorsque l'on se restreint uniquement aux médecins de secteur 2, ce qui suggère qu'elles ne s'expliquent pas par des effets de structure (lié par exemple aux différences de prévalence de secteur 2 entre spécialités).

FIGURE 22 – NIVEAU DE REVENU LIBERAL MOYEN PAR SPECIALITE (2021) ET PART DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES DANS LES HONORAIRES TOTAUX (2021) – SECTEUR 2



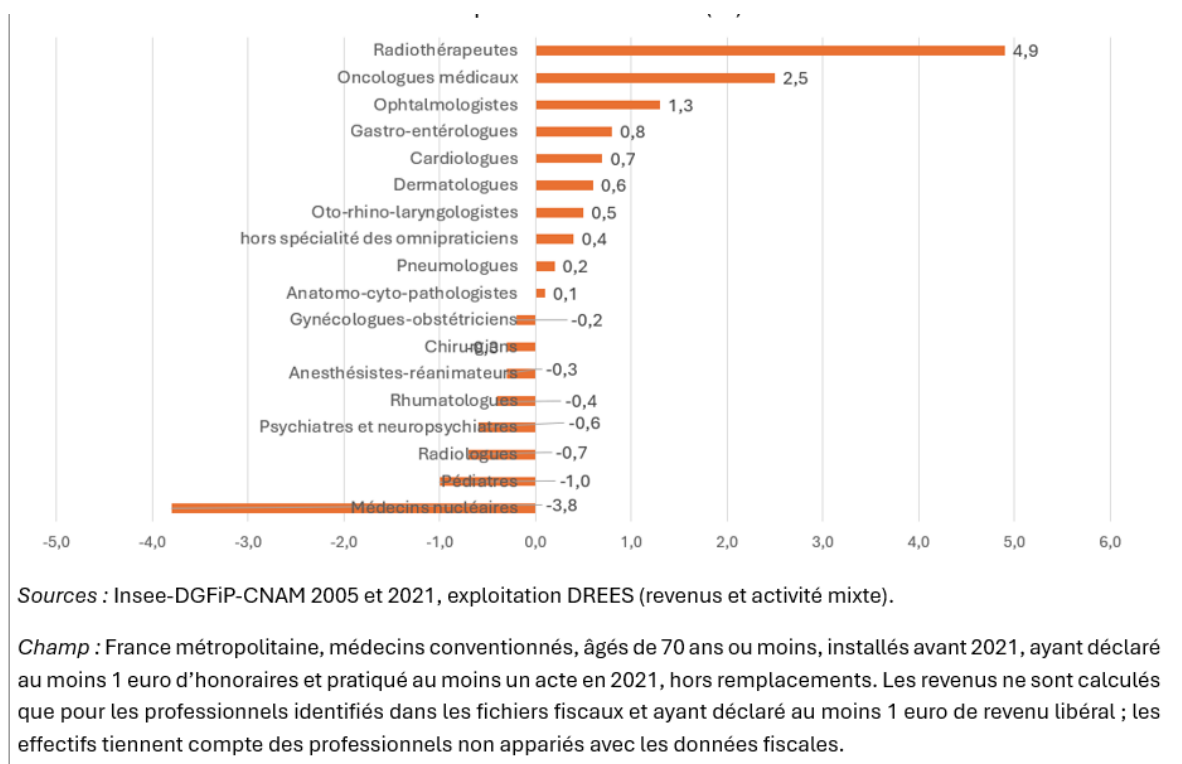
Note : La ligne en pointillé représente la droite d'ajustement linéaire, avec un coefficient de corrélation de 0,30 (R^2)

Source : Insee-Dgfi-Cnam 2021, exploitation Irdes.

Les évolutions des revenus en secteur 2 doivent plus aux honoraires opposables qu'aux dépassements

L'évolution en euros constants, entre 2005 et 2021, du revenu d'activité moyen des médecins de secteur 2 a été très variable selon les spécialités (figure 23).

FIGURE 23 - TAUX DE CROISSANCE ANNUEL MOYEN (EN %) DU REVENU D'ACTIVITE DES SPECIALISTES DE SECTEUR 2 ENTRE 2005 ET 2021 EN EUROS CONSTANTS



La croissance des dépassements a certes tiré à la hausse les revenus (jusqu'à + 27 % en euros constants pour les ophtalmologistes, plus fréquemment de l'ordre de + 10 % - Figure 24), mais cette augmentation des dépassements n'a pas toujours suffi à assurer une augmentation du revenu d'activité moyen entre 2005 et 2021, car, pour certaines spécialités, l'augmentation des charges (qui regroupent pour rappel les cotisations sociales et des charges professionnelles) entre 2005 et 2021 l'a emporté sur l'augmentation des dépassements.

On peut en effet décomposer, pour chaque spécialité, les facteurs qui aboutissent à l'évolution du revenu d'activité moyen des spécialistes de secteur 2 entre 2005 et 2021 entre ce qui relève de la variation du taux de charges, des honoraires opposables, des dépassements d'honoraires, du revenu salarié, et d'une dernière composante regroupant l'ensemble des effets croisés. Les résultats indiquent que l'évolution contrastée du revenu d'activité des médecins de secteur 2 entre 2005 et 2021 s'explique avant tout par l'évolution contrastée des honoraires opposables entre ces deux dates (tableau 5). La dynamique de la composante du revenu constituée des honoraires opposables peut tenir à plusieurs facteurs éventuellement cumulables : une augmentation de l'activité (par exemple grâce à des gains de productivité), une orientation de l'activité vers des actes mieux rémunérés (par exemple, substitution de l'imagerie en coupe à la radiographie conventionnelle pour les radiologues), l'apparition de nouveaux actes plus rémunérateurs, des évolutions (à la hausse ou à la baisse) des tarifs conventionnels. L'effet haussier sur le revenu moyen d'activité de l'augmentation des honoraires opposables est toutefois d'ampleur très inégale selon les spécialités : nul pour les radiologues et très élevé pour les radiothérapeutes⁶¹.

⁶¹ Pour les radiothérapeutes de secteur 2, la progression de leurs honoraires opposables a entraîné une augmentation de +210 points de pourcentage de leur revenu d'activité moyen entre 2005 et 2021, toutes choses égales par ailleurs. Cela peut tenir à une augmentation de l'activité, facilité notamment par un fort progrès

Pour certaines spécialités, comme la médecine nucléaire, le revenu moyen a baissé, ce qui tient vraisemblablement à des effets de composition (c'est-à-dire à des profils de médecins différents entre 2005 et 2021).

FIGURE 24 – ÉVOLUTION DU REVENU D'ACTIVITE DES SPECIALISTES DE SECTEUR 2 ENTRE 2005 ET 2021 INDUITE PAR L'ÉVOLUTION DES DEPASSEMENTS (TOUTES CHOSES ÉGALES PAR AILLEURS)



technique, associée à des tarifs opposables élevés (Voir notamment Cour des Comptes, 2022, La radiothérapie : une offre dynamique à mieux réguler.)

TABLEAU 5 - DECOMPOSITION DE L'ÉVOLUTION DU REVENU D'ACTIVITE MOYEN DES SPECIALISTES DE SECTEUR 2, ENTRE 2005 ET 2021 ENTRE LES DIFFERENTES COMPOSANTES.

Spécialité	Progression du R d'activité (en euros csts)	Contribution des différentes composantes à l'évolution du revenu d'activité				
		Revenu salarié	Charges	Honoraires opposables	Dépassements d'honoraires	Effets croisés
Anatomo-cyto-pathologistes	2%	4%	-30%	47%	-7%	-12%
Rhumatologues	-6%	-5%	-10%	10%	0%	-1%
Pédiatres	-14%	-6%	-12%	2%	1%	0%
Pneumologues	4%	-10%	-6%	21%	1%	-2%
Médecins nucléaires	-46%	0%	3%	-50%	1%	-1%
Cardiologues	11%	-3%	-15%	33%	3%	-6%
Psychiatres et neuropsychiatres	-8%	-7%	-10%	3%	5%	-1%
Gynécologues	-3%	-3%	-17%	16%	6%	-5%
Oto-rhino-laryngologistes	10%	-6%	-9%	18%	8%	-2%
Dermatologues	9%	-2%	-7%	16%	8%	-2%
Gastro-entérologues	14%	-3%	-9%	19%	9%	-3%
Radiothérapeutes	114%	4%	-31%	210%	10%	-78%
Anesthésistes-réanimateurs	-5%	0%	-26%	18%	10%	-8%
Radiologues	-10%	-1%	-18%	0%	10%	-2%
Chirurgiens	-5%	-4%	-18%	10%	11%	-4%
Ophthalmologues	22%	0%	-30%	49%	27%	-25%

Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2005 et 2021- Exploitations IRDES.

Champ : France métropolitaine, médecins de secteur 2, âgés de 70 ans ou moins, installés avant 2021, ayant déclaré au moins 1 euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2021, hors remplacements. Les revenus ne sont calculés que pour les professionnels identifiés dans les fichiers fiscaux et ayant déclaré au moins 1 euro de revenu libéral ; les effectifs tiennent compte des professionnels non appariés avec les données fiscales.

Lecture : Entre 2005 et 2021, toutes choses égales par ailleurs et en euros constants, la hausse des dépassements d'honoraires et des honoraires opposables des ORL a respectivement augmenté leur revenu d'activité de +8 % et de +18 % en moyenne. Inversement la hausse de leurs charges et la baisse de leur éventuel revenu salarial ont respectivement baissé leur revenu d'activité de -9% et -6 % en moyenne. Finalement, sous l'addition de ces effets de de leurs interactions, le revenu moyen d'activité des ORL libéraux de secteur 2 a augmenté en moyenne de 10 % en euros constants entre 2005 et 2021.

La comparaison entre les écarts de rémunération entre spécialités et la part des dépassements dans les revenus, ainsi qu'entre les dynamiques respectives, présente un reflet inversé de la régulation des tarifs conventionnels. En effet, elle montre que la régulation des tarifs conventionnels a laissé se constituer des niveaux de rémunération très élevés pour des spécialités techniques offrant des gains

de productivité élevés : dans ces cas, les dépassements ne jouent qu'un rôle marginal. En revanche, elle montre que la régulation des tarifs conventionnels ne permet de dégager qu'un revenu inférieur à la moyenne pour certaines spécialités - notamment aux spécialités cliniques pour lesquelles le temps médical est le principal facteur de production (pédiatrie, dermatologie, psychiatrie) ; pour ces spécialités, les dépassements jouent en partie un rôle de compensation. La dynamique des dépassements, pour plusieurs spécialités, est à mettre en regard d'une couverture partielle de la hausse des charges par les tarifs opposables. Les trajectoires de certaines spécialités (anesthésie, chirurgie) ne correspondent toutefois ni à l'explication des dépassements comme reflet inversé des dynamiques de revenus, ni à la prise en compte des gains de productivité permis par l'automatisation et le transfert de tâches des spécialistes vers d'autres professionnels.

2.2.4. Au sein de chaque spécialité, les taux de dépassements sont extrêmement différenciés

Dans toutes les spécialités, le taux moyen de dépassement recouvre des pratiques tarifaires très hétérogènes. On observe notamment un décrochage systématique des taux moyens de dépassement du dernier décile (les 10 % de médecins appliquant les dépassements les plus élevés), voire des deux derniers déciles (Figure 25).

A titre d'exemple, les 6 700 chirurgiens qui exercent en secteur 2 facturent en moyenne des dépassements à hauteur de 58 % des tarifs de convention. Mais ce taux moyen recouvre des pratiques très variables d'un chirurgien à l'autre : pour 10 % d'entre eux, il est en-dessous de 8 %, alors que pour les 10 % à l'autre extrémité de la distribution il est supérieur à 184 %, c'est-à-dire que le tarif facturé représente presque trois fois le tarif conventionnel ou plus. Pour 20% d'entre eux, le taux de dépassement 114%, soit le double du taux de dépassement moyen.

Cette variabilité se retrouve dans toutes les spécialités : l'écart est très important entre les 10 % de praticiens qui ont les taux de dépassements les plus faibles et les 10 % qui facturent les dépassements les plus élevés (Tableau 6). La dispersion au sein de chaque spécialité est beaucoup plus importante que la dispersion des taux moyens de dépassement entre spécialités.

TABLEAU 6 – DISPERSION DES TAUX DE DEPASSEMENT POUR QUELQUES SPECIALITES – 2023

	Pour les 10 % des praticiens qui ont les taux de dépassement s les plus faibles, ceux-ci sont inférieurs à	Pour les 10 % des praticiens qui ont les taux de dépassement s 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

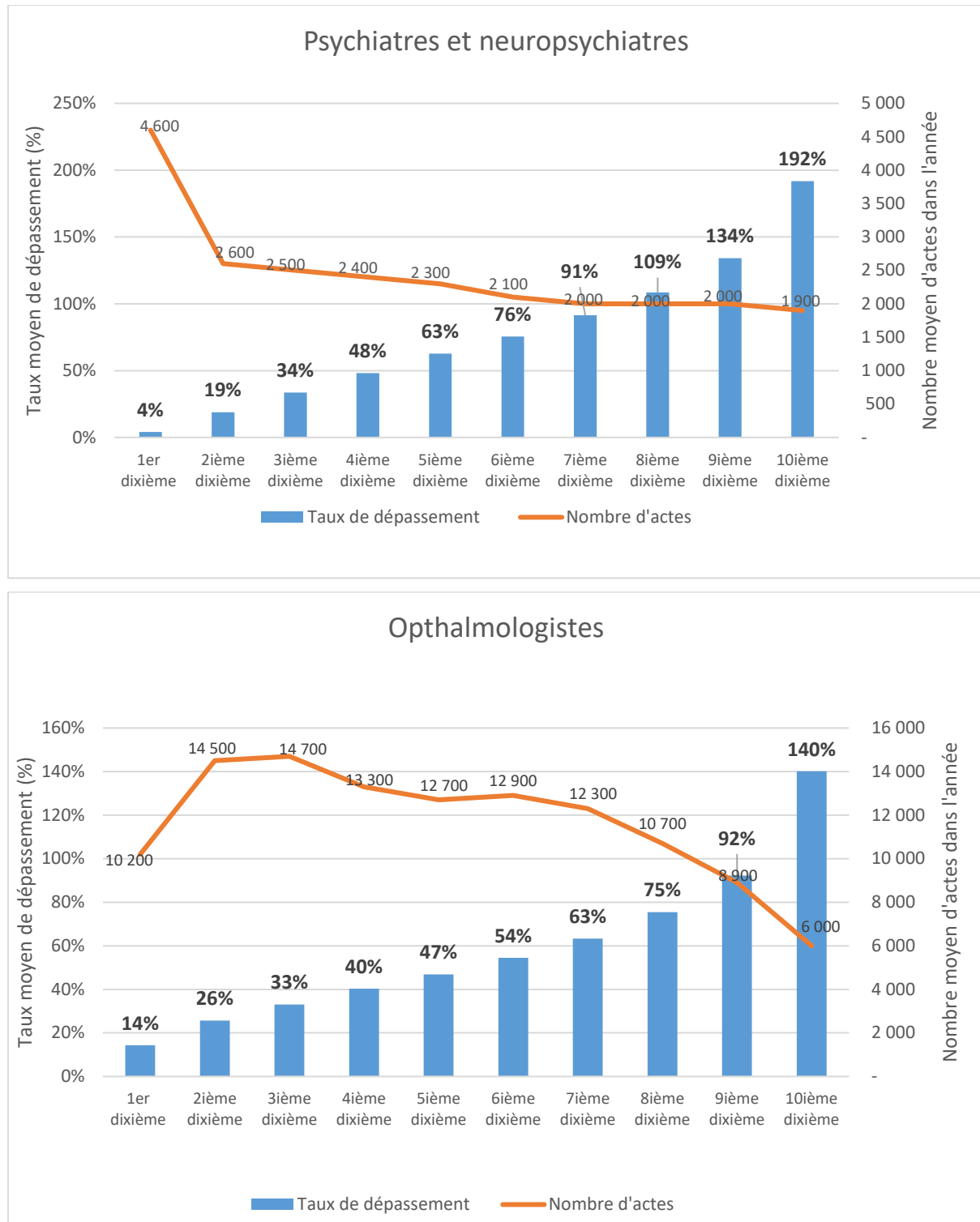
Ce constat nuance l'idée que les dépassements viendraient compenser les inadéquations tarifaires résultant de la tarification conventionnelle : pour partie, les dépassements offrent à une petite minorité de professionnels au sein de chaque spécialité, un niveau de rémunération du travail très atypique par rapport au reste de la spécialité.

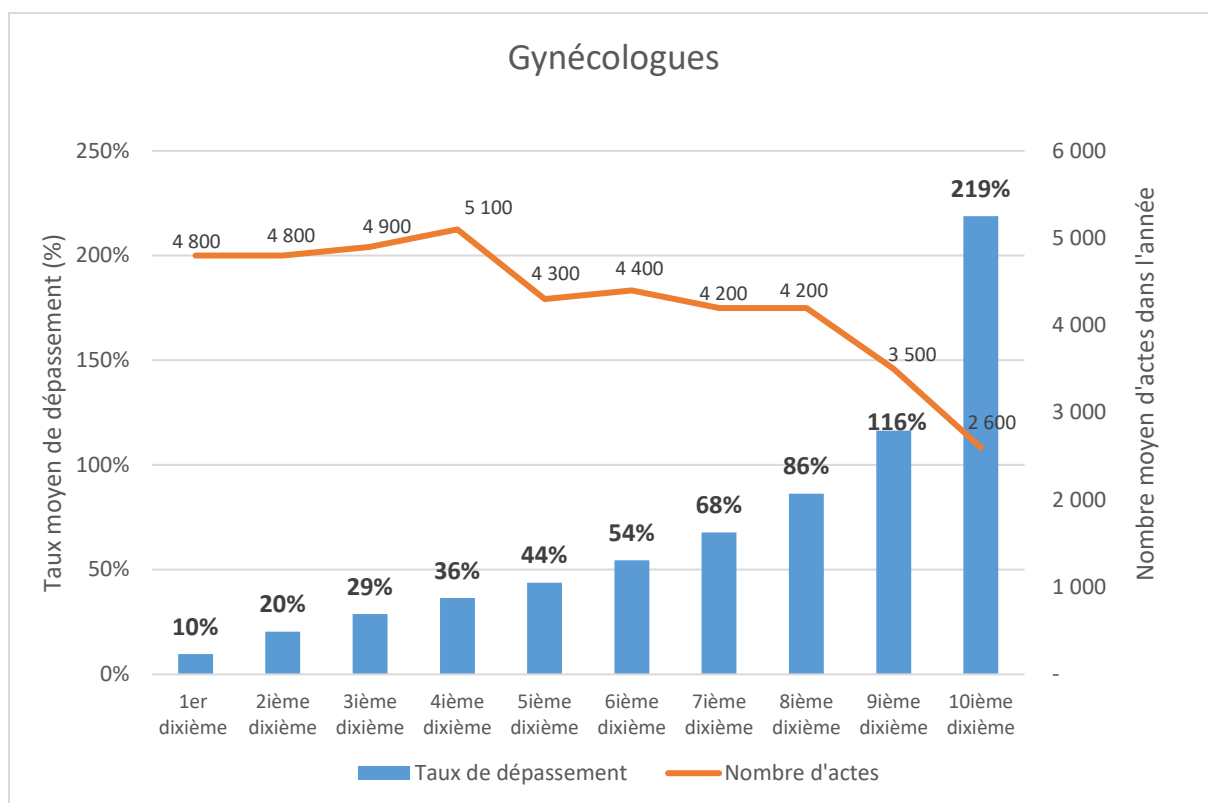
Cette rémunération très atypique de l'activité pour les professionnels appliquant les dépassements les plus élevés est mise à profit pour réduire le niveau d'activité : quelle que soit la spécialité analysée, le nombre d'actes moyens réalisés est plus faible chez les médecins ayant les plus forts taux de dépassements.

Dans un nombre élevé de spécialités, le niveau d'activité nettement plus bas des deux derniers déciles de spécialistes appliquant les dépassements les plus élevés est plus que compensé par le niveau des dépassements (anesthésistes-réanimateurs, dermatologues, gastro-entérologues, ORL, pédiatres, pneumologues, psychiatres et radiologues). Dans quelques spécialités, ce niveau d'activité plus bas

aboutit à des revenus libéraux en moyenne plus faibles que leurs confrères aux taux de dépassements plus limités.

FIGURE 25 – LIEN ENTRE LES TAUX MOYENS DE DEPASSEMENT ET LE VOLUME D'ACTES REALISES– QUELQUES EXEMPLES DE SPECIALITES





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)

2.3. De nouvelles générations pour qui le secteur 2 est devenu la norme

Comme on l'a vu dans l'analyse de l'évolution du secteur 2 (partie 1), les nouvelles générations de médecins spécialistes (hors médecine générale) s'installent désormais massivement en secteur 2 : sur les 2 800 installations en libéral en 2024, 2 100 se sont faites en secteur 2. C'est le cas pour la quasi-totalité des rhumatologues et des stomatologues, et pour près de 9 praticiens sur 10 dans les spécialités de plateaux techniques lourds (chirurgiens, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes), en dermatologie, en médecine physique et de réadaptation, en ORL, en ophtalmologie, en neurologie (Tableau 3). L'élargissement de la proportion d'éligibles dans les cohortes de médecins récemment formées – alors qu'en 1990 le secteur 2 avait été conçu comme sélectif – explique largement cette évolution.

L'attractivité de ce secteur apparaît clairement au vu des éléments présentés plus haut :

- Il se traduit pour la plupart des spécialités par des revenus plus élevés qu'en secteur 1, parfois de manière très importante (60 000 euros de plus en moyenne par an pour les ophtalmologistes, 20 000 à 30 000 euros pour les chirurgiens, les anesthésistes-réanimateurs, les gynécologues-obstétriciens) ; pour d'autres spécialités comme les psychiatres, les cardiologues ou les rhumatologues, il permet d'avoir le même revenu en faisant moins d'actes (jusqu'à 30 % d'écart pour les psychiatres).
- Individuellement, il permet au praticien d'accroître ses revenus en jouant sur les tarifs plutôt que sur le volume d'activité : dans toutes les spécialités, le nombre d'actes réalisés est plus faible chez les médecins ayant les plus forts taux de dépassements.
- Il permet, en adhérant à l'OPTAM, de bénéficier de conditions tarifaires et d'avantages conventionnels équivalents à ceux du secteur 1, tout en gardant toute liberté de sortir de l'option à tout moment.

Pour les nouvelles générations de spécialistes (hors généralistes) installés en libéral, le secteur 2 est donc considéré aujourd’hui comme allant de soi.

En revanche, on n’observe pas d’effet de génération en matière de pratiques tarifaires, au sens où les jeunes praticiens ayant fait le choix du secteur 2 se démarqueraient, en termes de niveaux de dépassement, par rapport aux comportements de leurs aînés de secteur 2 au même âge.

De manière générale, les jeunes ont des taux de dépassements moins élevés que les praticiens plus âgés. Cette augmentation du niveau des dépassement avec l’ancienneté s’observe dans toutes les spécialités, de façon plus ou moins marquée. Les praticiens de la tranche d’âge 65-75 ans ont *a minima* des taux de dépassement supérieurs de 40 % aux 35 – 45 ans, et cet écart est beaucoup plus élevé dans certaines spécialités, avec un maximum en radiologie et en cardiologie (Tableau 7).

TABLEAU 7 – RATIO ENTRE LE TAUX MOYEN DE DEPASSEMENT DES 65-75 ANS ET CELUI DES 35-45 ANS

Spécialité	Ratio entre le taux moyen de dépassement des 65-75 ans et celui des 35-45 ans
Radiologues	2,6
Cardiologues	2,5
Gastro-entérologues	2
Pédiatres	1,8
Dermatologues	1,7
Gynécologues	1,7
Pneumologues	1,7
Rhumatologues	1,7
Stomatologues	1,6
Chirurgiens	1,5
Ophtalmogogues	1,5
Anesthésistes	1,4
ORL	1,4
Psychiatres	1,4

Source : Appariement CNAM-DGFIP 2021, DREES. Exploitations IRDES.

Pour apprécier, au-delà de cet effet d’âge, un éventuel effet de génération, une comparaison de l’évolution dans le temps des différentes tranches d’âge est nécessaire, ce qui est possible entre 2005 et 2021 avec les données disponibles⁶².

Entre ces deux dates, l’évolution du taux de dépassement chez les 35 – 45 ans ne montre pas de particularité par rapport à l’évolution pour les autres tranches d’âge, au sein de la même spécialité. On constate le plus fréquemment une augmentation du taux moyen de dépassement à tous les âges : c’est le cas pour les anesthésistes-réanimateurs, les gastro-entérologues, les psychiatres, les chirurgiens, les radiologues. Parmi les pédiatres, les oto-rhino-laryngologistes, les ophtalmologues, le taux moyen de dépassement est similaire en 2021 à celui de 2005, et là encore les plus jeunes ne se distinguent pas des autres tranches d’âge. Il peut y avoir pour certaines spécialités des évolutions un peu différentes

⁶² Entre 2005 et 2021, comme indiqué en partie 1, il y a eu globalement une période de hausse des taux moyens de dépassement, suivie d’une période de baisse à partir de 2012.

selon les tranches d'âge, mais elles ne permettent pas de conclure que c'est parmi les jeunes que l'on observe des augmentations plus importantes.

En conclusion, l'évolution du profil des taux de dépassement par âge entre 2005 et 2021 dans chaque spécialité ne fait pas apparaître de comportements particuliers des nouvelles générations d'installés en secteur 2 : ils ne se démarquent pas de leurs aînés au même âge, et ne pratiquent pas des niveaux de dépassement plus élevés.

3. Dépassements d'honoraires : quelle charge pour les patients et quelle lisibilité ?

Les dépassements d'honoraires constituent pour les patients une des composantes du reste à charge (voir encadré 6 pour un cas-type).

Le reste à charge global après assurance maladie obligatoire (AMO) est estimé par les comptes de la santé à environ 49 milliards d'euros en 2023, soit 20 % de la consommation de soins et de biens médicaux (249 MD€)⁶³. Il est généré pour plus de moitié par les dispositifs médicaux, les médicaments et les soins et prothèses dentaires⁶⁴. Les dépassements d'honoraires (4,1 MD€ en 2023) représentent donc environ 10 % du RAC AMO total.

Toutefois, à la différence d'une large part du reste à charge après AMO qui est constitué d'éléments systématiquement pris en charge par l'assurance-maladie complémentaire (AMC) dans le cadre des contrats responsables (la plupart des tickets modérateurs, garanties du 100% santé), les dépassements d'honoraires ne sont pris en charge que pour une partie des assurés sociaux, et que dans certaines limites. Au total, plus de 60% des dépassements d'honoraires demeurent à la charge des patients après intervention de l'AMC.

Les dépassements d'honoraires représentent donc une part nettement plus significative du reste à charge direct des patients.

Si on les rapporte à l'ensemble des personnes ayant consommé des soins, cela représentait une cinquantaine euros en 2021 (40 euros de dépassements en ville parmi les patients ayant eu des dépenses de spécialistes en ville, 120 euros de dépassements au cours d'un séjour à l'hôpital parmi les patients hospitalisés).

On pourrait donc considérer en première approche qu'il s'agit d'une charge modérée.

Mais ce raisonnement en moyenne ne suffit pas pour appréhender la charge que cela peut représenter pour certains patients. La question est : est-ce que tous les patients, quels que soient l'endroit où ils résident, le type de soins dont ils ont besoin, leur situation de fortune, peuvent avoir accès aux soins sans subir des frais excessifs ? Les dépassements d'honoraires sont en effet payés pour des soins essentiels, préventifs ou curatifs.

Or lorsque l'on va au-delà des moyennes, le fait marquant est l'extrême hétérogénéité des situations auxquelles sont confrontés les patients individuellement. Selon les territoires, selon les types d'actes médicaux et chirurgicaux, selon les praticiens auxquels ils ont recours, les montants en jeu peuvent atteindre des sommes très élevées, sans rapport avec la moyenne évoquée ci-dessus. Et ce d'autant plus que le risque financier auquel est confronté un patient qui doit recourir au système de santé ne se limite pas au dépassement sur un acte isolé, mais résulte bien du cumul des dépassements sur l'ensemble de son parcours de soins, avec, là encore, une très grande dispersion des situations

⁶³ Drees, [Comptes Nationaux de la Santé 2023](#), édition 2024

⁶⁴ Voir annexe complémentaire 4.

individuelles. Des patients fragilisés par la maladie se voient ainsi exposés à des dépenses qui sont à la discrétion des médecins qui les soignent et sur lesquelles ils n'ont pas de maîtrise.

Face à cette hétérogénéité de situations, une protection spécifique est assurée pour les plus modestes, par la couverture santé solidaire (C2S), auxquels les médecins ne sont pas autorisés à facturer de dépassements d'honoraires. Pour le reste de la population, les complémentaires santé peuvent prendre en charge tout ou partie des dépassements d'honoraires, selon des niveaux de couverture qui varient selon les contrats dans le respect des limites prévues par la réglementation des contrats responsables, avec un toutefois des faibles niveaux de couverture pour certaines catégories de population.

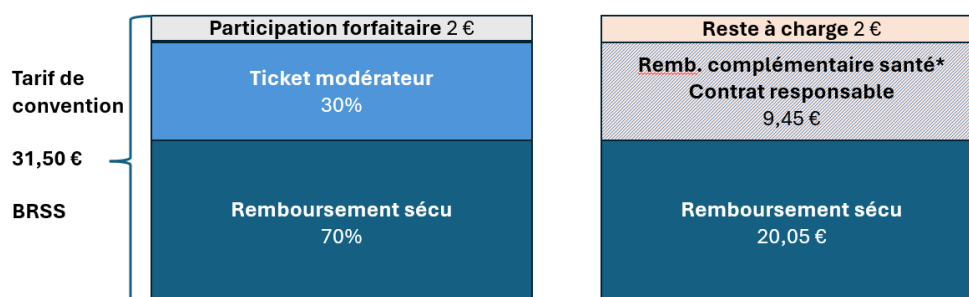
Or les dépassements d'honoraires ne sont pas réservés à des patients aisés dont on peut penser qu'ils ont les moyens de les assumer et qui sont par ailleurs souvent mieux protégés par les couvertures complémentaires : s'ils sont plus fréquents et importants dans les communes et pour les patients les plus riches, des patients de communes pauvres sont aussi exposés à des dépassements d'honoraires élevés. Ils le sont particulièrement dans certains territoires, et d'autant plus que les actes ou épisodes de soins sont majoritairement réalisés en secteur privé.

ENCADRE 6 – CAS-TYPE DE FACTURATION ET DE PRISE EN CHARGE POUR UNE CONSULTATION DE PEDIATRIE

Le reste à charge varie selon le secteur d'activité du spécialiste (secteur 1 ou secteur 2), le niveau de dépassement facturé au patient, le niveau de garantie offert par la complémentaire santé, mais également - à contrat de complémentaire santé donné, selon l'adhésion du spécialiste à l'Optam ou non.

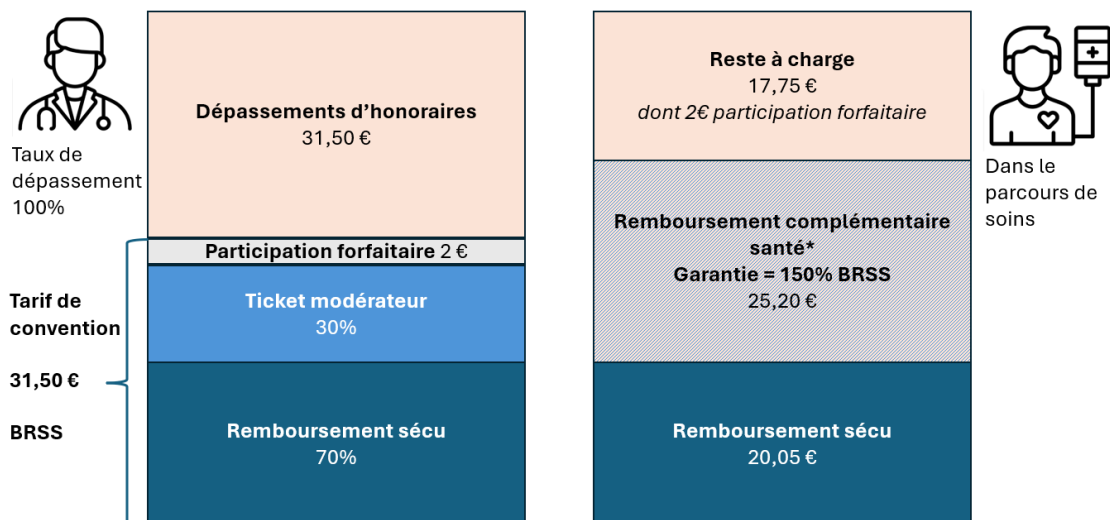
Pour un cas type de patient, qu'il soit en ALD ou non, couvert par une complémentaire santé de moyenne gamme, le reste à charge après assurance maladie complémentaire varie ainsi de 2 € dans le cadre d'une consultation en secteur 1, à 18€ dans le cadre d'une consultation facturée 63 € en secteur 2 Optam, et 35 € dans le cadre d'une consultation facturée au même tarif en secteur 2 non Optam.

Exemple pour une consultation de spécialiste en secteur 1



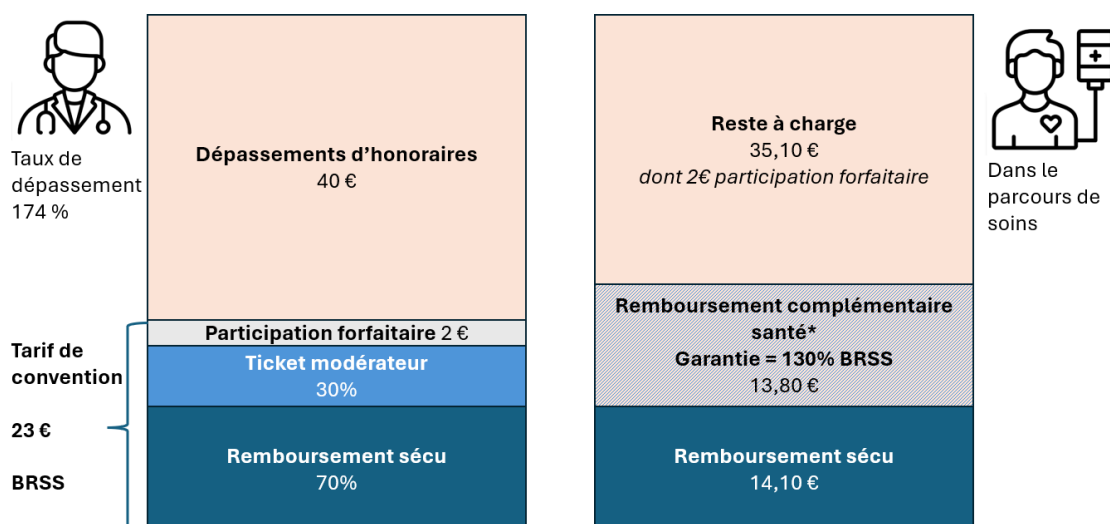
* 100% pris en charge par la sécurité sociale si le patient est en ALD

Exemple pour une consultation facturée 63 € en secteur 2 OPTAM



* dont 9,45 € pris en charge par la sécurité sociale si le patient est en ALD

Exemple pour une consultation facturée 63 € en secteur 2 non OPTAM



* dont 6,90 € pris en charge par la sécurité sociale si le patient est en ALD

Dans cet exemple, le patient dispose d'un contrat de complémentaire santé responsable remboursant les consultations à hauteur de 150 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) (y compris AMO), correspondant pour le patient à une prise en charge réglementaire de 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) [part AMO et ticket modérateur (TM)] et une prise en charge des dépassements d'honoraires à hauteur de 50 % de la BRSS :

Si le médecin est en secteur 1, il n'applique pas de dépassement. La BRSS s'établit à 31,50 €, prise en charge à 70% par la sécurité sociale, moins la participation forfaitaire de 2 €, et 30% par la complémentaire santé qui couvre le ticket modérateur (celui-ci est intégralement pris en charge si le patient est en ALD). L'assuré aura un reste à charge de 2€.

Si le médecin est signataire de l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), et facture la consultation à 63 euros (soit un taux de dépassement de 100%), la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) s'établit à également 31,50 euros. L'AMO prend en charge 70 % de la BRSS, moins 2 euros de participation forfaitaire, soit 20,05 euros, comme en secteur 1. La complémentaire

prend en charge 9,45 euros au titre du ticket modérateur (TM) et 15,75 euros au titre du dépassement d'honoraires (50 % de 31,50 euros), soit 25,20 euros. L'assuré aura alors un reste à charge de 17,75 euros (dont 2 euros de participation forfaitaire)⁶⁵.

Si le médecin n'a pas adhéré à l'Optam, le remboursement de l'AMO est calculé sur une BRSS minorée à 23 euros.⁶⁶ En déduisant la participation forfaitaire de 2 euros, le remboursement est de 14,10 euros. La complémentaire santé rembourse la consultation à hauteur maximale de 130 % de la BRSS (écart d'au moins 20 % avec la prise en charge des consultations dans le cadre de l'Optam). La complémentaire prend en charge 6,90 euros au titre du TM et 6,90 euros au titre du dépassement d'honoraires, soit 13,80 euros. L'assuré aura donc un reste à charge de 35,10 euros (dont 2 euros de participation forfaitaire), soit près de deux fois le montant si le praticien est adhérent à l'Optam.

3.1. Une grande hétérogénéité des dépassements d'honoraires, qui se cumulent sur le parcours de soins

3.1.1. L'accessibilité financière et géographique à la médecine spécialisée de ville est très variable selon les spécialités

L'accessibilité à l'offre à tarif opposable varie en fonction des pratiques tarifaires des médecins

Pour mesurer l'accessibilité aux soins, l'indicateur privilégié, dit d'accessibilité potentielle localisée (APL), tient compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre de soins et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande. Il s'agit d'un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune mais qui considère également l'offre de médecins et la demande des communes environnantes. L'indicateur se lit comme une densité qui rapporte le nombre de contacts disponibles pour 100 habitants de la commune. Cet indicateur, utilisé en routine pour les soins primaires, a été décliné par l'IRDES pour mesurer l'accessibilité aux soins de spécialistes⁶⁷ dans trois spécialités (ophtalmologues, cardiologues, dermatologues⁶⁸) afin de rendre compte des enjeux de répartition territoriale et de dynamique démographique.

L'ampleur des difficultés d'accessibilité à une offre à tarif opposable est très variable selon les spécialités en raison de la plus ou moins grande importance de médecins en secteur 2.

Pour certaines spécialités, l'accessibilité repose essentiellement sur l'offre de secteur 2. C'est le cas des ophtalmologues dont un peu plus de 60% exercent en secteur 2. L'accessibilité (Figure 26) varie très fortement selon qu'on prend en compte l'ensemble de l'offre celle pratiquant des dépassements modérés ou au secteur 1 : des zones qui semblent bien dotées si on prend en compte l'ensemble des ophtalmologues présentent une accessibilité dégradée si on limite au secteur 1.

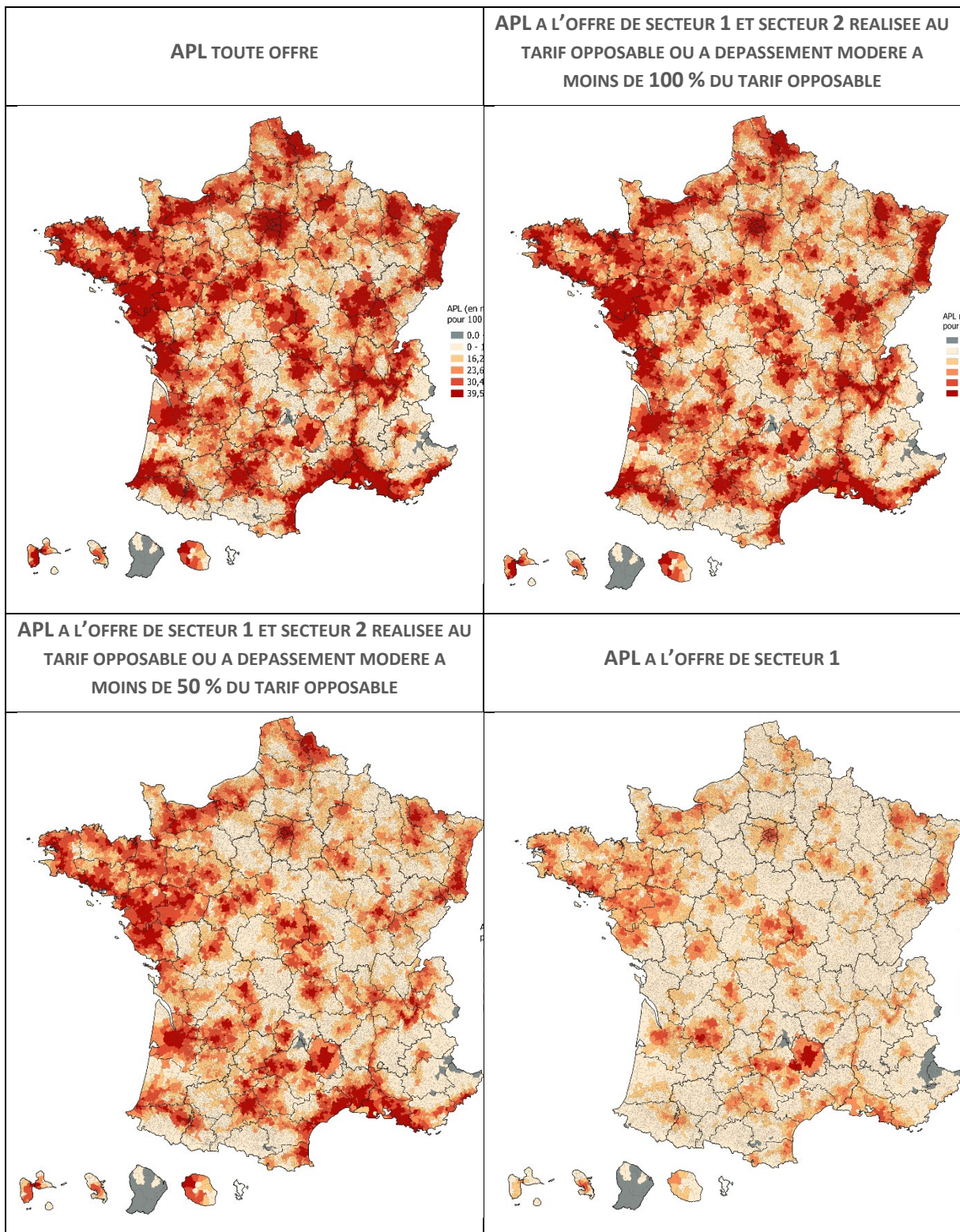
⁶⁵ Depuis le 1er novembre 2023, la BRSS pour les spécialistes de secteur 1 et secteur 2 adhérents à l'Optam s'élève à 31,50 euros. Par ailleurs, depuis le 15 mai 2024, la participation forfaitaire est de 2 euros.

⁶⁶ Pour un spécialiste non adhérent à l'Optam, la BRSS est de 23 euros ; si la consultation est hors parcours de soins coordonnés, le taux de remboursement par l'AMO est abaissé à 30 %.

⁶⁷ Cet indicateur repose ici pour la médecine spécialisée de ville sur l'offre constituée par 1) les médecins spécialistes libéraux exerçant en cabinets (situés en ville ou au sein de cliniques privées) ou en maisons de santé, 2) les spécialistes salariés exerçant dans les centres de santé, ainsi que l'offre constituée par 3) les consultations externes dispensées dans les Etablissements de santé (ES) publics ou privés non lucratifs (Établissement de santé privé d'intérêt collectif, Espic).

⁶⁸ Voir annexe complémentaire 5.

FIGURE 26 - NIVEAU D'ACCESSIBILITE (APL) AUX OPHTHALMOLOGISTES SELON LE PERIMETRE DE L'OFFRE



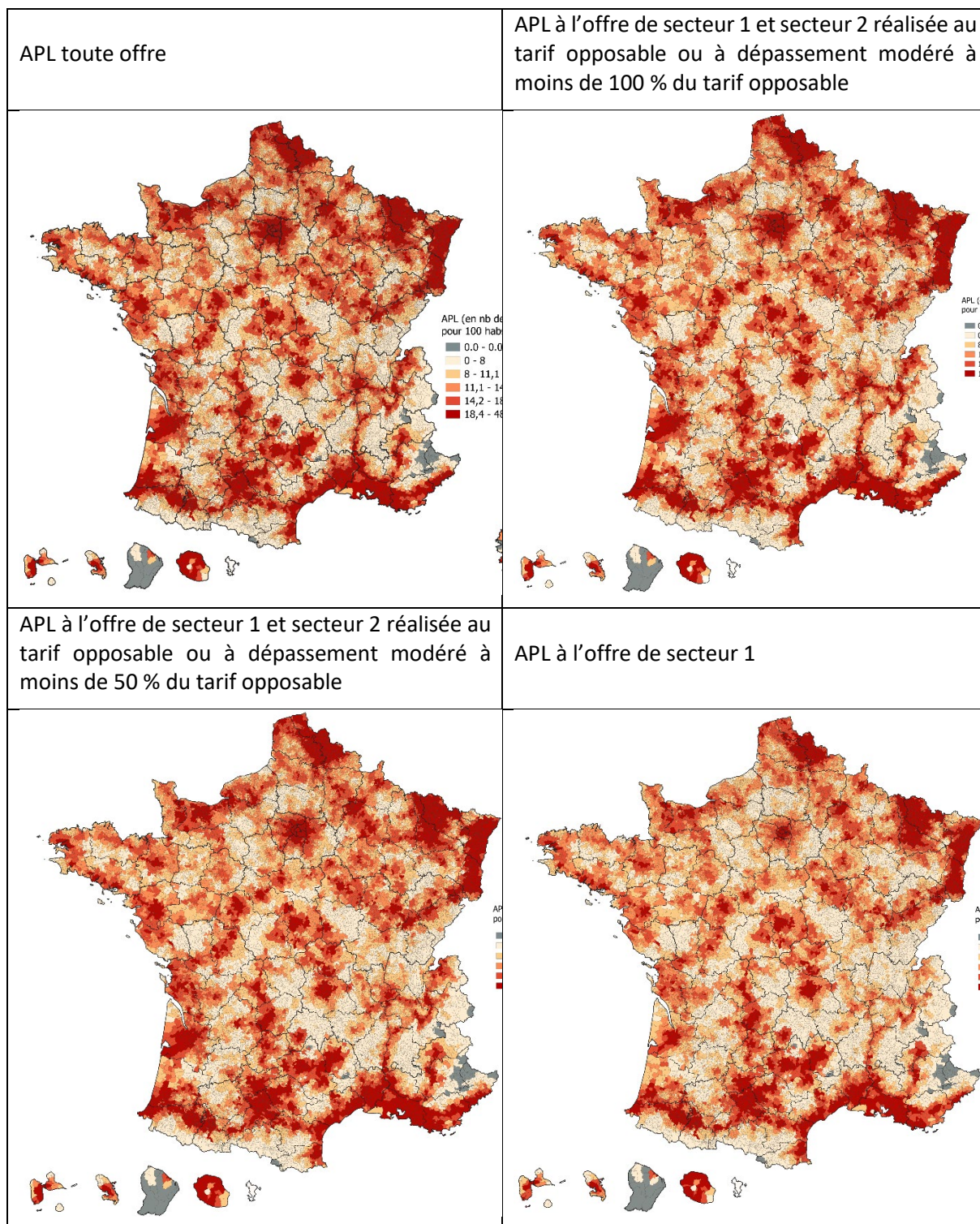
Source : SNDS 2019, extraction Assurance maladie, Insee RP 2019, Distantier Metric-ORSM. Fond de carte : IGN 2022.

Traitements et cartographie IRDES.

Discretisation : quintile d'accessibilités de la première carte, les seuils ont ensuite été répliqués sur les autres cartes par souci de comparabilité. Les 0 sont représentés d'une autre couleur pour mettre en avant les zones ayant une accessibilité aux soins considérées comme nulle, c'est à dire, situées à plus d'une heure d'une offre. Note : Lorsque l'on passe d'une APL « toute offre » (45 contacts pour 100 habitants) à une APL limitée au secteur 1, l'accessibilité moyenne aux ophtalmologues est divisée par deux (22 contacts pour 100 habitants) et réduite de 25% lorsque l'on se limite à l'offre disponible à dépassements modérés (définie comme inférieure à 50% du tarif opposable).

Pour d'autres spécialités, comme les cardiologues, où le secteur 2 est moins important, le constat diffère : l'accessibilité de l'offre dépend peu du secteur 2 sur l'essentiel du territoire, ce n'est que dans des territoires très urbanisés comme l'Île de France par exemple que l'accessibilité repose plus sur l'offre de secteur 2 (Figure 27).

FIGURE 27 - NIVEAUX D'ACCESSIBILITE (APL) AUX CARDIOLOGUES SELON LE PERIMETRE DE L'OFFRE



Source : SNDS 2019, extraction Assurance maladie, Insee RP 2019, Distantier Metric-ORSM. Fond de carte : IGN 2022.

Discrétisation : quintile d'accessibilités de la première carte, les seuils ont ensuite été répliqués sur les autres cartes par souci de comparabilité. Les 0 sont représentés d'une autre couleur pour mettre en avant les zones ayant une accessibilité aux soins considérées comme nulle, c'est à dire, situées à plus d'une heure d'une offre.

Traitements et cartographie IRDES.

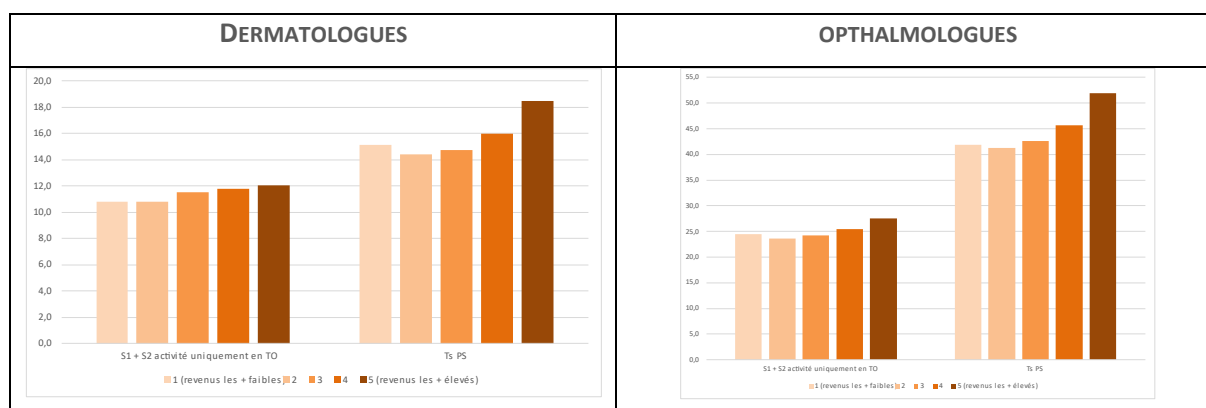
Les dépassements tarifaires renforcent les inégalités sociales d'accessibilité aux spécialistes

Dans la mesure où, dans certains endroits, l'accessibilité repose sur le secteur 2 et il n'existe pas ou peu d'offre en secteur 1, cela rend inéluctable les restes à charge en cas de recours aux spécialistes. Or, si les catégories sociales aisées ou bien couvertes par une couverture maladie complémentaire peuvent accéder à l'ensemble de l'offre quasiment sans restriction, les moins aisées ou les moins couvertes peuvent hésiter ou renoncer à recourir à une autre offre que celle à tarif opposable.

Afin de mesurer comment les catégories sociales moins aisées ou moins couvertes ont accès ou non à une offre à tarif opposable, nous avons croisé le niveau d'APL avec les caractéristiques des communes en termes de revenus.

Pour les dermatologues et les ophtalmologues, l'offre à tarif opposable varie peu selon le niveau de revenu de la commune. En revanche, lorsque l'on tient compte de l'ensemble de l'offre (y compris en secteur 2 avec dépassements), l'accessibilité est plus faible pour les communes les plus pauvres, et plus élevée pour les communes les plus riches (Figure 28).

FIGURE 28 - APL MOYENNE PAR SCENARIO ET PAR QUINTILE DE REVENU DE LA COMMUNE DE RESIDENCE



Source : SNDS 2019, extraction Assurance maladie, Insee 2019, Distancier Métric-OSRM. Traitements IRDES.

Note : L'APL moyenne est calculée comme le nombre de contacts par an pour 100 habitants. Les quintiles de revenus sont calculés à partir du revenu médian par unité de consommation de la commune de résidence.

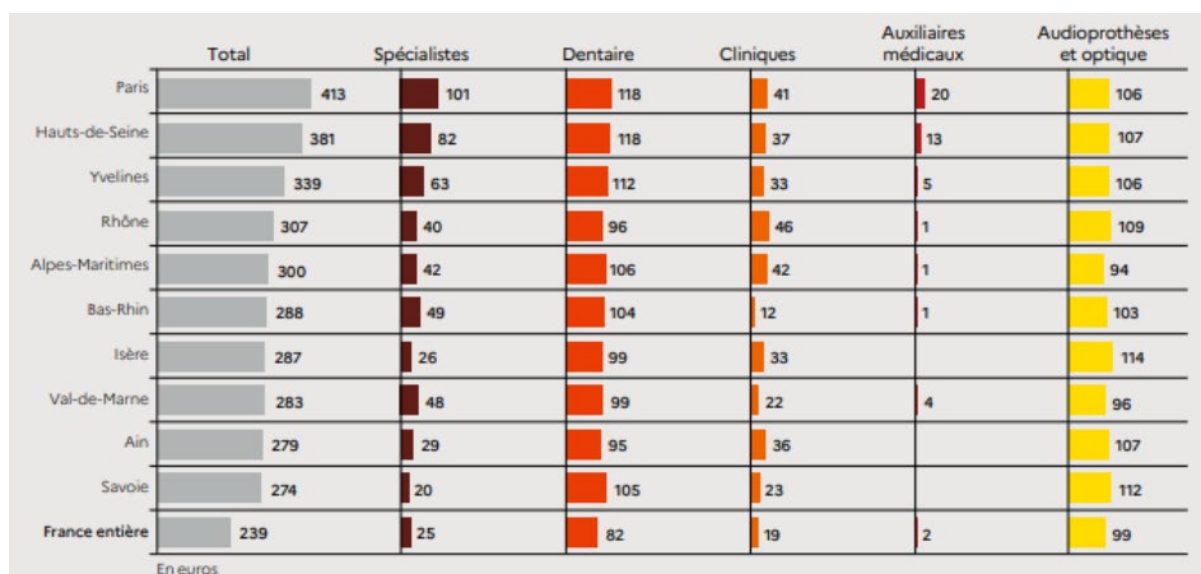
Le premier quintile de revenu fait exception à cette règle avec un niveau d'accessibilité un peu plus élevé que celui du deuxième, voire parfois du troisième quintile. Cette différence s'explique par la répartition des revenus en France métropolitaine car une grande partie des habitants du premier quintile de revenu vit dans de très grands pôles urbains (quartiers défavorisés de centres-villes et périphéries proches) et dispose ainsi d'un meilleur niveau d'offre de soins que des zones rurales ou péri-urbaines.

3.1.2. Des dépassements variables selon les territoires, le besoin de soins, les actes, les praticiens

Comme cela a été souligné, le poids du secteur 2 est très variable d'un territoire à l'autre, et les niveaux de dépassement vont de pair : les patients résidant dans des zones où, compte tenu de l'offre existante, la probabilité d'être adressé à un spécialiste de secteur 2 est élevée sont aussi exposés à des niveaux de dépassements plus importants en moyenne. Les dépenses par patient pour les

dépassements de spécialistes en ville sont par exemple quatre fois plus élevées à Paris qu'en moyenne (Figure 29).

FIGURE 29- DECOMPOSITION DES DEPASSEMENTS DANS LES DIX DEPARTEMENTS AYANT LES DEPASSEMENTS LES PLUS ELEVES (ET EN FRANCE ENTIERE), EN 2018



Lecture : En moyenne en France, les dépassements d'honoraires sont de 239 euros par patient par an, dont 25 euros de dépassements chez des médecins spécialistes.

Champ : Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS) affiliés à l'ensemble des régimes (hors Sénat et Assemblée nationale) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement. France entière, hors Mayotte.

Source : SNDS, données 2018, calculs DREES (base RAC). Voir Bithorel, Reduron (2023, mai), « Dépenses de santé et restes à charge pour les patients : comment expliquer les disparités entre départements ? », DREES, *Études et Résultats*, 1265.

Le volume des dépassements auxquels sont exposés les patients augmente également avec leur besoin de soins : ils sont près de deux fois plus élevés pour les 70-79 ans que pour les 30-39 ans, et sont plus élevés pour les patients en ALD⁶⁹.

Si le risque d'être exposé à un dépassement d'honoraires est variable selon l'endroit où le patient réside, il est aussi très différent en fonction de l'acte médical ou chirurgical dont il a besoin.

Pour illustrer cette variabilité, une analyse a été menée sur un échantillon de 14 actes courants de chirurgie ou d'obstétrique inscrits dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) (voir annexe 1 pour les critères de sélection et les codes CCAM). Ces actes ont été réalisés au moins 16 000 fois dans l'année 2021, et pour certains beaucoup plus - jusqu'à 885 000 fois pour la cataracte. Ils totalisent à eux seuls près de 232 M€ de dépassements d'honoraires, dont un peu moins de la moitié liée à la cataracte (Tableau 8).

Les dépassements sur ces actes diffèrent à la fois en termes de fréquence et de montant. Par exemple, sur les quelque 267 000 accouchements par voie naturelle chez une multipare réalisés en 2021, seul un acte sur dix a fait l'objet d'un dépassement. Inversement, sur les quelque 31 000 reconstructions du ligament croisé antérieur du genou par autogreffe réalisées en 2021, sept actes sur dix ont fait l'objet d'un dépassement. Quand un dépassement est pratiqué, il est en moyenne de 175 € pour une

⁶⁹ Même s'ils ne représentent qu'une part modérée (10%) des RAC AMO en lien avec l'ALD. Voir annexe complémentaire 4.

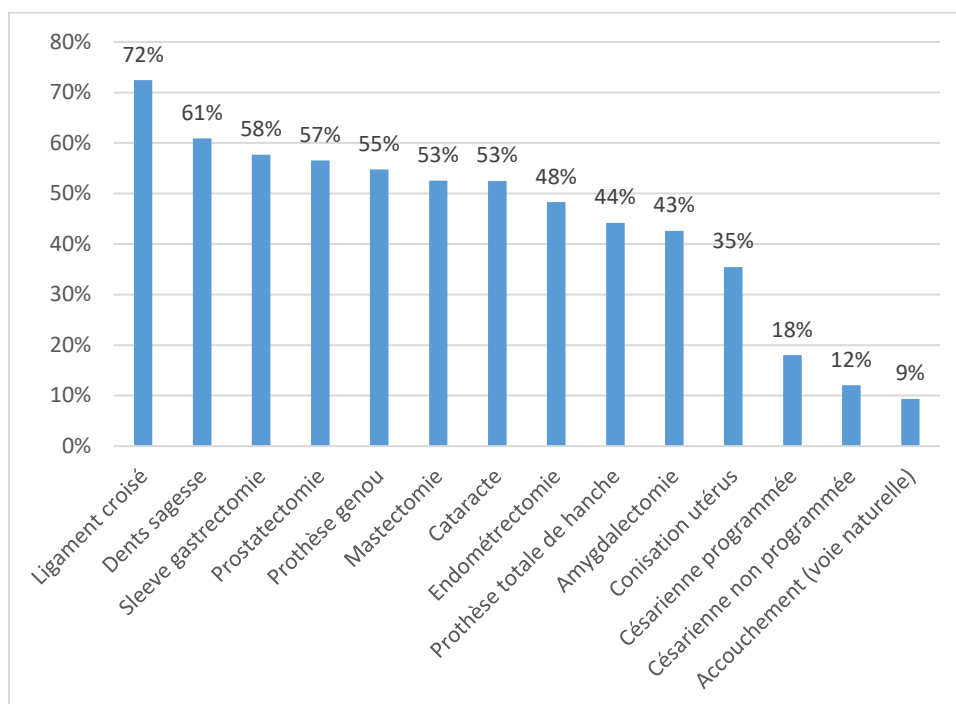
conisation du col de l'utérus, mais de 1 065 € pour une prostatectomie, ce qui correspond respectivement à des taux de dépassement de 168 % et de 103 % (Tableau 8 et Figure 30).

TABLEAU 8 – FREQUENCE, PART DES ACTES AVEC DEPASSEMENTS ET MONTANTS DE DEPASSEMENTS POUR LES 14 ACTES SELECTIONNES

Acte	Sur l'ensemble des patients hors C2S sur lesquels porte l'analyse				
	Nb d'actes	Montants DH (M€)	Part d'actes avec DH	Montant moyen du DH des actes ayant donné lieu à DH	Taux moyen de DH des actes ayant donné lieu à des DH
Cataracte	885 000	112,5 M€	53 %	245 €	91 %
Dents sagesse	161 000	22,2 M€	61 %	230 €	111 %
Prothèse totale de hanche	71 000	18,9 M€	44 %	625 €	119 %
Prothèse genou	48 000	14,8 M€	55 %	580 €	89 %
Ligament croisé	31 000	12 M€	72 %	535 €	116 %
Sleeve gastrectomie	21 000	10,9 M€	58 %	880 €	158 %
Accouchement (voie naturelle)	267 000	10,6 M€	9 %	425 €	114 %
Prostatectomie	16 000	9,8 M€	57 %	1065 €	103 %
Endométréctomie)	39 000	5,2 M€	48 %	285 €	121 %
Césarienne programmée	40 000	4,2 M€	18 %	580 €	167 %
Césarienne non programmée	65 000	3,9 M€	12 %	510 €	124 %
Mastectomie	17 000	3,5 M€	53 %	390 €	124 %
Conisation l'utérus	39 000	2,3 M€	35 %	175 €	168 %
Amygdalectomie	19 000	1,6 M€	43 %	200 €	199 %

Source : Données SNDS 2021. Champ : hors patients C2S. Calculs : IRDES.

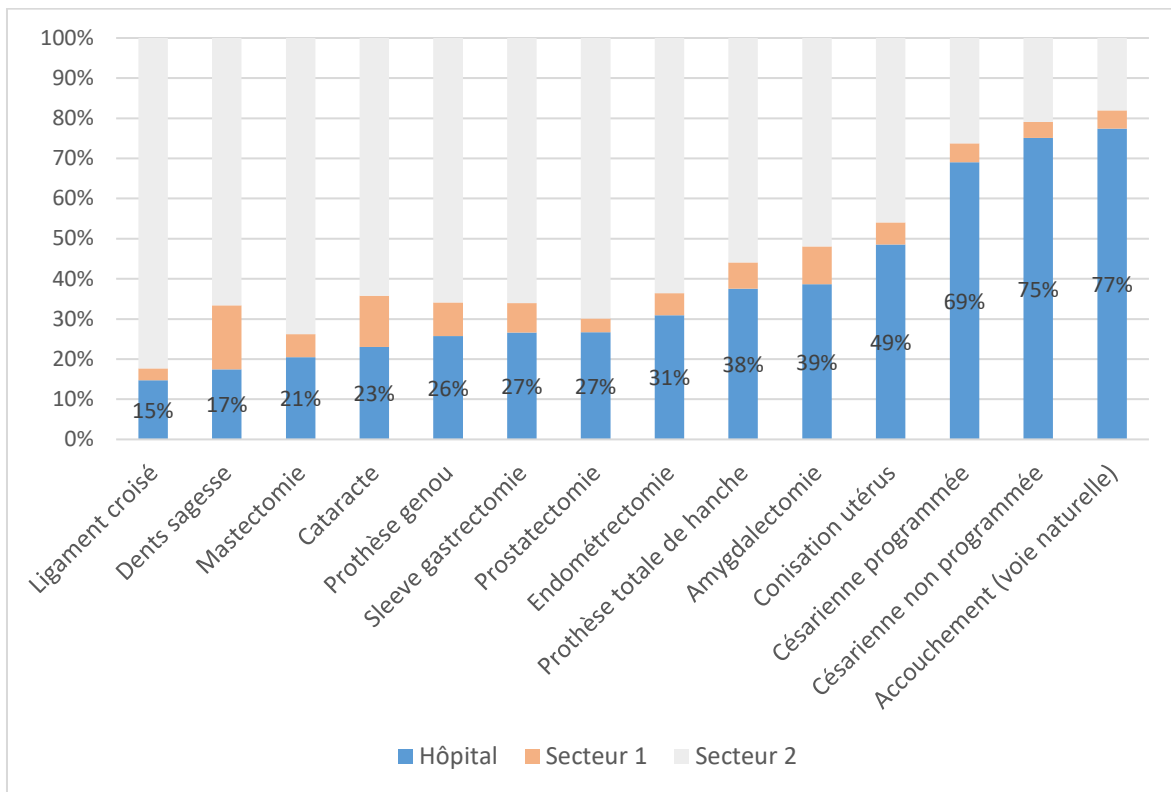
FIGURE 30 - POUR CHACUN DES 14 ACTES, PROPORTION (EN VOLUME) DES ACTES AYANT DONNE LIEU A UN DEPASSEMENT D'HONORAIRES.



La probabilité de se voir facturer des dépassements d'honoraires est par construction très différente selon la répartition de l'activité entre l'hôpital public et le secteur privé (encadré 7). Ainsi, près de 80 % des accouchements par voie naturelle et 70 % à 75 % des césariennes sont réalisés à l'hôpital public (Figure 31) : les dépassements pour ces actes sont peu fréquents⁷⁰. Inversement, les opérations des ligaments croisés, de la cataracte, l'extraction des 4 dents de sagesse, les mastectomies, les gastrectomies, les prothèses de genou sont réalisées aux trois quarts ou plus en libéral et un patient ayant besoin d'une de ces interventions a plus d'une chance sur deux de devoir régler un dépassement d'honoraire.

⁷⁰ Même si des dépassements peuvent s'ajouter avant et après l'accouchement, comme le montre l'analyse des parcours de soins exposée ci-après.

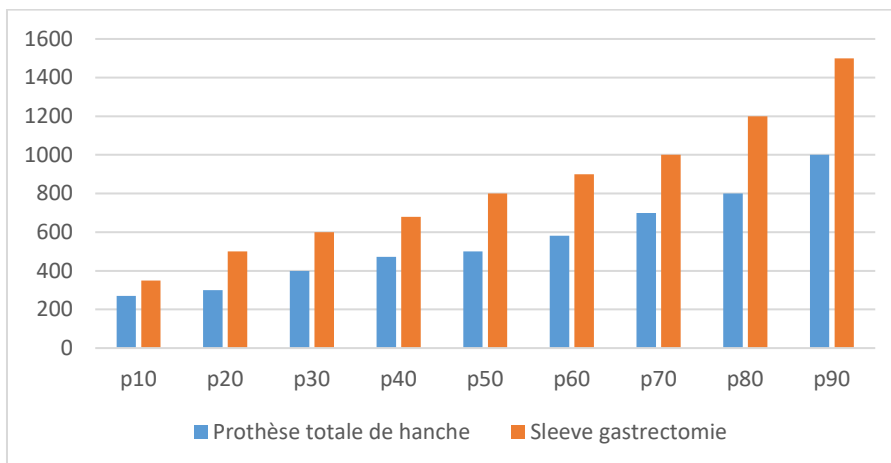
FIGURE 31 - REPARTITION DES 14 ACTES (EN VOLUME) SELON LE SECTEUR D'ACTIVITE ET % REALISES A L'HOPITAL PUBLIC



Source : Données SNDS 2021. Champ : hors patients C2S. Calculs : IRDES.

Il faut rappeler que les montants des dépassements indiqués ci-dessus sont des moyennes, qui recouvrent des situations très hétérogènes : à titre d'exemple, pour une prothèse totale de hanche, le dépassement moyen est de 625 €, mais 10 % des patients ont eu à acquitter, en 2021, un dépassement supérieur à 1 000 € ; pour une *sleeve* gastrectomie, plus de 1 500 € (moyenne 880 €) (Figure 32).

FIGURE 32 – REPARTITION DES DEPASSEMENTS PAR DECILE POUR DEUX EXEMPLES D'ACTES



Source : Données SNDS 2021. Champ : hors patients C2S. Calculs : IRDES.

ENCADRE 7 – DES DIFFERENCES DE SPECIALISATION ENTRE LES SECTEURS PUBLICS ET PRIVES

Selon le type d'intervention, l'offre hospitalière disponible est variable en fonction du statut des établissements. Certaines prises en charge sont majoritairement réalisées dans le secteur public ou privé non lucratif, d'autres davantage dans le secteur privé lucratif, du fait de différences de spécialisation. Ces spécialisations tiennent tout d'abord aux autorisations administratives des activités de soins ou d'équipements lourds (en particulier urgences et soins critiques) qui, après instruction par les commissions spécialisées des Ars, ont été délivrées principalement aux établissements publics, leur conférant un quasi-monopole sur les soins non programmés, orientant ainsi la spécialisation et les activités des établissements de santé privés. Ces spécialisations peuvent ensuite également s'expliquer par d'autres facteurs tels que les modalités de financement hétérogènes, la concurrence et l'équilibre économique de l'activité, et la démographie médicale (et notamment l'orientation des spécialistes), conduisant certains établissements à s'être spécialisés davantage dans les soins programmés et les courts séjours, lorsque d'autres assurent des activités non programmées ou de longs séjours.

Ainsi, en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), les soins en hospitalisation complète relèvent davantage des hôpitaux publics (70% des séjours), alors que les cliniques privées réalisent davantage de soins d'hospitalisation partielle (49% des séjours). Parmi les courts séjours, l'activité de médecine est prédominante dans les établissements publics (71% de leurs séjours en MCO), tandis que les cliniques privées effectuent près de la moitié de leur activité en chirurgie (50% de leurs séjours en MCO). Les établissements privés à but non lucratif occupent une position intermédiaire. Dans les cliniques privées, plus de la moitié de l'activité chirurgicale est réalisée en ambulatoire, ce qui recouvre presque exclusivement des actes programmés. Tandis que les cliniques privées à but lucratif concentrent 56% de la chirurgie ambulatoire (chirurgie de la cataracte, arthroscopie, etc), les établissements publics prennent en charge des actes plus complexes, avec une durée d'intervention plus longue. Le secteur privé lucratif concentre à lui seul plus de 40% de l'activité de médecine relative au système digestif, à l'ORL ou la stomatologie, alors qu'il assure moins de 15% de l'activité hospitalière en médecine dans des domaines comme l'orthopédie, les traumatismes complexes, la rhumatologie, la pneumologie, ou l'endocrinologie.

La spécialisation entre secteur privé et secteur public s'accroît : 59% des hospitalisations en ambulatoire sont réalisées dans le secteur privé en 2023 (dont 10% dans le privé non lucratif), contre 58% en 2013, alors que 30,4% des hospitalisations avec nuitée sont réalisées dans le secteur privé (dont 9% dans le privé non lucratif) (contre 34% en 2013).

Sources : Cour des comptes, Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité, 2023, et DREES, Les établissements de santé en 2023- édition 2025, Panoramas de la DREES.

3.1.3. Des cumuls de dépassements sur les épisodes de soins (EDS)

Les données sur les dépassements sont souvent appréhendées sous l'angle de l'offre de soins : dépassements moyens des praticiens (analysés notamment dans le cadre de l'Optam), dépassements en fonction des types d'actes, différences entre spécialités...

Mais du point de vue du patient, il convient d'appréhender ce qu'il a à sa charge pour l'ensemble de son parcours de soins. En effet, un acte de soins est rarement isolé : ainsi, une intervention chirurgicale peut donner lieu en outre à une consultation du spécialiste conduisant à recommander l'intervention, une consultation d'anesthésie et l'anesthésie elle-même, des actes d'imagerie pré- et/ou post-opératoire...

L'IRDES a réalisé une analyse spécifique des dépassements pour quatre épisodes de soins fréquents, liés à quatre actes hospitaliers : l'accouchement⁷¹, la chirurgie du cristallin, la prothèse totale de hanche et la coloscopie.

Ces quatre épisodes avaient déjà été retenus par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) dans son rapport de 2007 consacré aux dépassements d'honoraires⁷² dont les principales conclusions sont retracées en encadré 8. Cela permet de non seulement caractériser la situation actuelle, mais également d'analyser l'évolution de la situation entre 2005 (année sur laquelle portaient les analyses de l'IGAS) et 2021 (année retenue par l'IRDES). Dans cet objectif, les règles que l'IGAS avait adoptées conventionnellement pour délimiter les épisodes de soins ont été conservées à l'identique. Elles sont précisées par l'encadré 9.

ENCADRE 8 – LES CONCLUSIONS DU RAPPORT IGAS DE 2007 CONCERNANT LES CUMULS DE DEPASSEMENTS D'HONORAIRES POUR QUATRE EPISODES DE SOINS (RESULTATS PORTANT SUR L'ANNEE 2005)

- Les dépassements d'honoraires sont prédominants lorsqu'on s'intéresse à l'épisode de soins et non pas au seul acte hospitalier isolé : un accouchement sur deux, deux tiers des coloscopies, près des trois quarts des opérations du cristallin et des prothèses de hanche sont concernés par un ou plusieurs dépassements.
- La probabilité d'être confronté à un dépassement sur l'ensemble de l'épisode de soins est de l'ordre de 40 % lorsque les actes sont réalisés à l'hôpital public ; elle est d'environ 70 % pour la coloscopie, 80 % pour l'accouchement ou la chirurgie du cristallin, 90 % pour la chirurgie de la hanche lorsque ces actes sont réalisés en cliniques. Par construction, la fréquence globale des dépassements est plus élevée pour les actes réalisés très majoritairement dans le privé (prothèse de hanche et chirurgie de la cataracte).
- Dès lors qu'il y a un ou plusieurs dépassements au cours de l'épisode de soins, les montants cumulés sont également plus élevés lorsque les actes sont effectués en clinique ; ils se montent en moyenne en 2005 à 78 euros pour les accouchements, 200 euros pour la cataracte, 454 pour la prothèse de hanche, 105 euros pour la coloscopie. Ces niveaux cumulés sont environ deux fois plus élevés que lorsque les interventions ont lieu à l'hôpital public pour les mêmes actes.
- Les praticiens dépassent plus régulièrement à l'occasion des consultations que sur les actes.

⁷¹ L'analyse est restreinte aux accouchements par voie basse uniques, sans complications significatives (voir les précisions méthodologiques sur le champ d'analyse figurant dans les annexes de la partie 3 du rapport de l'Irdes « Les dépassements d'honoraires : Pratiques des médecins, part dans leurs revenus et impacts pour les patients »).

⁷² P. Aballea, F. Bartoli, L. Eslous et I. Yeni « Les dépassements d'honoraires médicaux », rapport IGAS, avril 2007

ENCADRE 9 – L'APPROCHE A L'EPISODE DE SOINS ET LES CUMULS DE DEPASSEMENTS D'HONORAIRES

Périodes considérées pour définir les quatre épisodes de soins (actualisation de la méthodologie de l'IGAS) :

	Période considérée avant l'acte hospitalier	Période considérée après l'acte hospitalier
Accouchement	120 jours avant le premier jour du mois de sortie	12 jours après le dernier jour du mois de sortie
Chirurgie du cristallin	1 mois	1 mois
Prothèse totale de hanche	2 mois	2 mois
Coloscopie	3 mois	1 mois

Illustration de l'approche à l'épisode de soins : l'exemple de l'accouchement :

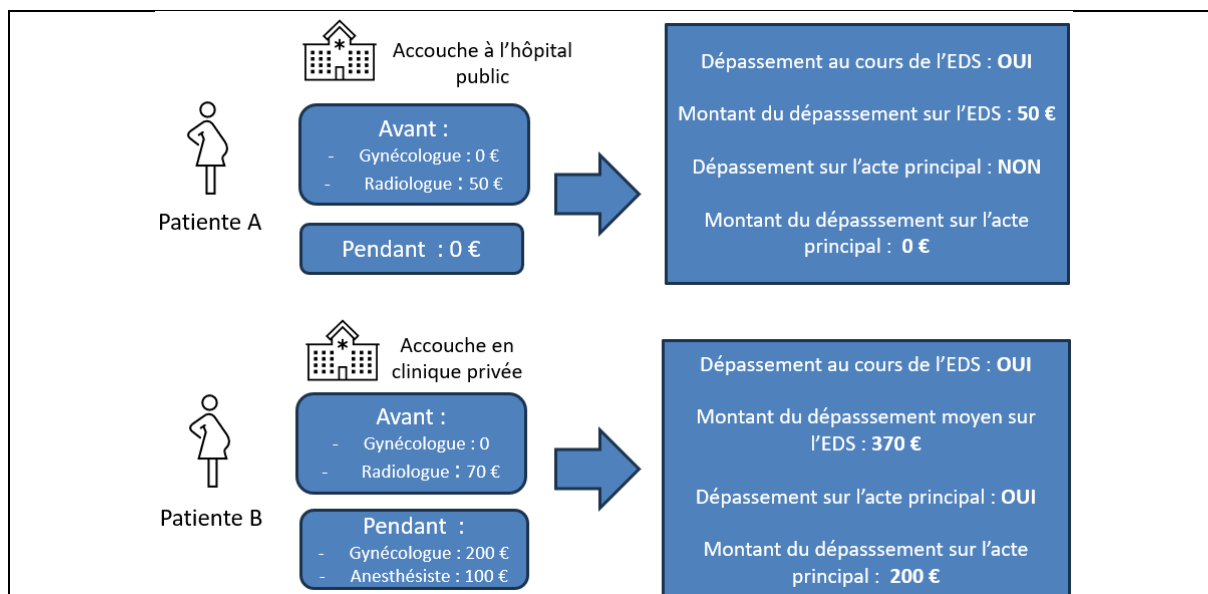
La division public/privé est établie en fonction du lieu où a été effectué l'acte principal, c'est-à-dire pour l'accouchement le type d'établissement où la patiente a accouché.

Dans l'exemple ci-dessous, la patiente a accouché dans le public. De fait, elle n'a pas eu de dépassements sur son acte principal. En revanche, avant son accouchement, elle a eu un dépassement de 50 € facturé par le radiologue en ville pour une échographie. Finalement, bien qu'ayant accouché à l'hôpital public, elle a eu un dépassement à l'échelle de son épisode de soins.

La patiente B a accouché dans une clinique privée. Comme la patiente A, en amont de son accouchement, elle a eu un dépassement de 70 € facturé par le radiologue à l'occasion d'une échographie. En revanche, contrairement à la patiente A, deux dépassements lui ont été facturés lors de son séjour hospitalier : l'un de 200 € par le gynéco-obstétricien, l'autre de 100 € par l'anesthésiste. Pour cette patiente, le cumul des dépassements à l'échelle de l'ensemble de l'épisode de soins atteint donc 370 €, dont 200 € au titre de l'acte principal (ici l'accouchement réalisé par le gynéco-obstétricien).

Ainsi, deux lectures sont possibles concernant les dépassements réalisés lors d'un l'épisode de soins : la vision extensive où l'on prend en compte tous les actes et la vision restrictive où l'on se limite à l'acte principal.

Illustration de la notion d'épisode de soins :



Selon l'épisode considéré, de 5 à 8 patients sur 10 concernés par des dépassements d'honoraires au cours de l'épisode de soins

Rappel : dans tout ce qui suit, les patients C2S sont exclus.

En 2021, un peu plus d'un épisode de soins sur 2 pour accouchement, et jusqu'à 4 cinquièmes des épisodes associés à une prothèse de hanche ont donné lieu à des dépassements (Tableau 9).

Lorsqu'il y a eu des dépassements, leur montant cumulé était de 160 € en moyenne pour la coloscopie, de l'ordre de 300 € pour l'accouchement et la cataracte, de 700 € pour la prothèse de hanche. Derrière ces moyennes se cachent de fortes dispersions des montants cumulés, qui peuvent par exemple atteindre des montants supérieurs à 1 400 euros dans 10 % des cas pour la prothèse de hanche.

TABEAU 9 - PART DE PATIENTS CONCERNES PAR DES DEPASSEMENTS AU COURS DE LEUR EPISODE DE SOINS ET MONTANTS ASSOCIES.

		Accouchement ⁷³	Cataracte	Prothèse totale de hanche	Coloscopie
Nb de patients		429 407	282 728	72 786	1 143 580
Dont patients C2S au moins une fois au cours de l'épisode de soins		16,2 %	5,5 %	3,5 %	5,4 %
Hors patients C2S		83,8 %	94,5 %	96,5 %	94,6 %
% patients hors C2S avec dépassement lors de l'épisode de soins		54 %	76 %	79 %	66 %
Montant cumulé des DH en cas de dépassement	Moyenne	300 €	280 €	700 €	160 €
	Premier décile	25 €	25 €	35 €	15 €
	Médiane	145 €	235 €	600 €	90 €
	Dernier décile	755 €	590 €	1410 €	355 €

Source : SNDS 2021, traitements IRDES.

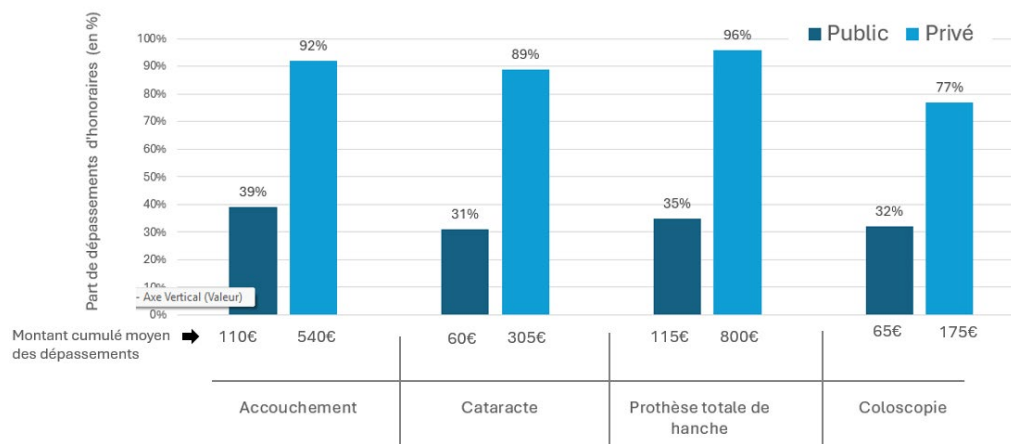
*Champ à partir de la 4^{ème} ligne : Ensemble des patients, hors patients C2S, c'est-à-dire hors patients ayant eu au moins un remboursement au titre de la C2S lors de l'épisode de soins.

La probabilité d'être confronté à des dépassements d'honoraires au cours du parcours de soins est plus élevée (80 à 90 % des patients) lorsque le séjour hospitalier a eu lieu dans une clinique privée. Dans ce cas, lorsqu'il y a dépassements, ils sont alors en moyenne, sur l'ensemble de l'épisode de soins, de 175 euros pour la coloscopie, 300 euros pour la cataracte, 540 euros pour l'accouchement et 800 euros pour la prothèse de hanche. Les dépassements facturés par le chirurgien, l'obstétricien ou le gastro-entérologue pour l'acte principal ainsi que par l'anesthésiste représentent une part importante du dépassement global.

Une proportion non négligeable - 30 à 40 % - des patients hospitalisés en établissement public est confrontée à des dépassements d'honoraires au cours de l'épisode de soins. Ces dépassements ne concernent pas l'acte principal, mais sont associés à des soins (consultations, examens...) ayant lieu avant ou après l'hospitalisation. Les montants associés de dépassements cumulés sont dans le cas beaucoup plus faibles, de 60 € à 115 € en moyenne selon l'épisode de soins considéré (Figure 33).

⁷³ Sont pris en compte uniquement les accouchements uniques, par voie basse et sans complications.

FIGURE 33 - PART DE PATIENTS NON PROTEGES PAR LA C2S CONCERNES PAR DES DEPASSEMENTS AU COURS DE L'EPISODE DE SOINS ET MONTANT CUMULE MOYEN DES DEPASSEMENTS LORSQU'UN DEPASSEMENT OU PLUS ONT ETE FACTURES.



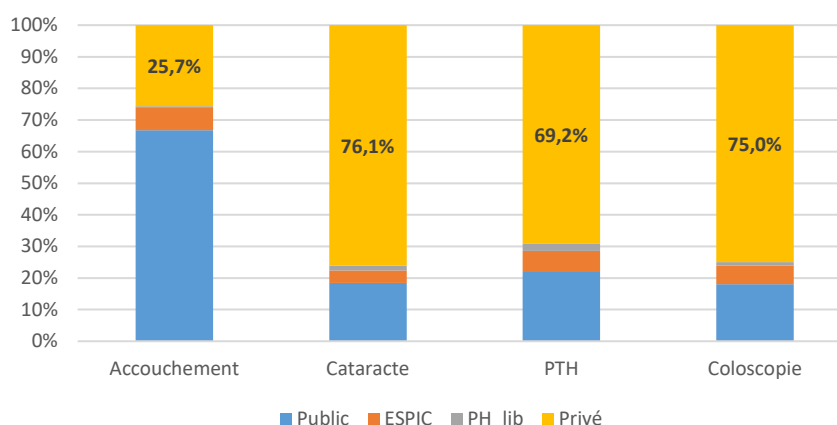
Source : SNDS 2021, traitements IRDES. *Champ* : Ensemble des patients, hors patients C2S, c'est-à-dire hors patients ayant eu au moins un remboursement au titre de la C2S lors de l'EDS.

Note : Un séjour à l'hôpital public est considéré comme relevant de l'activité libérale des praticiens hospitaliers (et classé dans la catégorie Act.lib PH) si l'acte principal a été réalisé dans ce cadre.

Lecture : Le montant cumulé moyen des dépassements en cas de dépassements au cours de l'EDS figure sous chaque barre verticale. La part de patients concernés par un ou plusieurs dépassements au cours de l'EDS figure au-dessus. Le type de structure (Public, Privé, ...) renvoie à l'établissement où a eu lieu l'acte principal.

Comme pour l'analyse au niveau des actes isolés, le fait que globalement, l'importance du secteur public dans l'épisode de soins réduit la probabilité d'avoir des dépassements d'honoraires, ce qui explique que cette probabilité soit sensiblement plus faible pour l'accouchement (54 %) que pour la cataracte, la prothèse de hanche ou la coloscopie (66 % à 79 %) : un quart seulement des accouchements a lieu dans des cliniques privées, mais celles-ci concentrent 70 % des interventions pour prothèses de hanche et trois quarts des coloscopies et chirurgies de la cataracte (Figure 34).

FIGURE 34 - REPARTITION DES PATIENTS SELON LE SECTEUR D'HOSPITALISATION (ACTE PRINCIPAL).



Source : SNDS 2021, traitements IRDES.

Champ : Ensemble des patients, hors patients C2S, c'est-à-dire hors patients ayant eu au moins un remboursement au titre de la C2S lors de l'EDS.

Note : Un séjour à l'hôpital public est considéré comme relevant de l'activité libérale des praticiens hospitaliers (et classé dans la catégorie PH_lib) si l'acte principal a été réalisé dans ce cadre.

Entre 2005 et 2021, des proportions de patients concernés assez stables mais une forte augmentation des montants

Pour cette analyse en évolution, l'ensemble des patients, y compris les bénéficiaires de la C2S, sont inclus (afin d'être à champ identique, l'Igas n'ayant pas exclu les patients à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) de son champ d'analyse).

La part de patients avec dépassements au cours de l'épisode a très peu évolué entre 2005 et 2021. En revanche, les montants lorsqu'il y a dépassements ont systématiquement augmenté et dans des proportions importantes : de +50 % pour la cataracte à +150 % pour l'accouchement (Tableau 10).

Ces augmentations sont à rapprocher de l'inflation sur cette période, qui a été environ de 20 % entre 2005 et 2021.

TABLEAU 10 – ÉVOLUTION ENTRE 2005 ET 2021 DE LA PART DE PATIENTS CONCERNÉS PAR DES DÉPASSEMENTS AU COURS DE L'EDS ET DU MONTANT CUMULÉ MOYEN LORSQU'UN DÉPASSEMENT OU PLUS ONT ÉTÉ FACTURÉS

		2005	2021	Evolution 2021/2005	Augmentation en euros constants
Accouchement	% de patients avec dépassement	52%	47%	-5%	
	Dépassement moyen lorsqu'un dépassement ou plus ont été facturés (en €)	119 €	297 €	X 2,5	X 2,1
Cataracte	% de patients avec dépassement	71%	73%	2%	
	Dépassement moyen lorsqu'un dépassement ou plus ont été facturés (en €)	185 €	282 €	X 1,5	X 1,3
Prothèse totale de hanche	% de patients avec dépassement	72%	77%	5%	
	Dépassement moyen lorsqu'un dépassement ou plus ont été facturés (en €)	404 €	701 €	X 1,7	X 1,4
Coloscopie	% de patients avec dépassement	66%	63%	-3%	
	Dépassement moyen lorsqu'un dépassement ou plus ont été facturés (en €)	101 €	160 €	X 1,6	X 1,3

Sources : 2005, rapport IGAS ; SNDS 2021, traitements IRDES.

Champ : Ensemble des patients, y.c. patients à la CMUC et à l'ACS (2005) et à la C2S (2021).

3.2. Quels mécanismes de protection et de solvabilisation pour les patients exposés aux dépassements d'honoraires ?

3.2.1. La protection des plus pauvres contre les dépassements rencontre des limites

L'interdiction de facturer des dépassements aux bénéficiaires de la C2S

Les dépassements sont interdits à l'égard de tous les patients bénéficiaires de la C2S, hors exigences particulières du patient. En juin 2024, 11 % de la population française, soit 7,7 millions de personnes, bénéficient de la complémentaire santé solidaire (C2S), dispositif qui a remplacé depuis novembre 2019 la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

Déjà interdits antérieurement pour les bénéficiaires de la CMU-C, puis de l'ACS⁷⁴, les dépassements sont aujourd'hui interdits à l'égard de tous les patients bénéficiaires de la C2S, excepté dans le cas d'exigences particulières de la part du patient⁷⁵. Cette interdiction, prévue à l'article L. 162-5-13, I du Code de la sécurité sociale, est applicable à l'ensemble des praticiens conventionnés, quel que soit leur secteur conventionnel d'exercice, et par conséquent y compris aux praticiens de secteur 2.

ENCADRE 10 - LA C2S : CONDITIONS D'ACCES, FINANCEMENT, RECOURS

La C2S est attribuée, en fonction des ressources du foyer, à titre gratuit (C2S-g) ou en contrepartie d'une contribution financière (C2S-p) dont le montant dépend du nombre de personnes couvertes et de leur âge. Pour une personne seule et sans enfant, au 1er avril 2025⁷⁶ :

- elle est gratuite si ses ressources ne dépassent pas 862 euros par mois en France métropolitaine et 959 euros dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Cela concerne 6 millions de personnes en 2024 ;

- elle est attribuée en contrepartie d'une cotisation lorsque ses ressources sont comprises entre 863 euros et 1 163 euros en France métropolitaine (respectivement 960 euros et 1 295 euros dans les DROM). Cette contribution varie de 8 euros par mois pour les moins de 30 ans à 30 euros par mois pour les personnes de 70 ans ou plus. Cela concerne 1,7 million de personnes.

Des points de vigilance

Pour les plus démunis de nos concitoyens, l'assurance de pouvoir accéder aux soins sans avoir à acquitter une charge financière qui les conduirait à y renoncer ou les paupériserait davantage est un acquis social majeur.

Des points de vigilance demeurent néanmoins pour que ce droit soit réellement effectif pour tous ceux qui ont de très faibles ressources.

Le non-recours

⁷⁴ Pour les premiers, cette interdiction a été prévue par la loi de 1999 sur la couverture maladie universelle. La convention médicale de 2011 a étendu l'obligation de pratiquer des tarifs opposables aux bénéficiaires de l'ACS.

⁷⁵ Ces interdictions ne s'appliquent pas aux bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME).

⁷⁶ [Plafonds Complémentaire santé solidaire 2025](#)

L'instauration de la C2S a permis de simplifier le dispositif et de faciliter des démarches qui étaient antérieurement complexes pour les assurés, avec pour conséquence un non-recours important, en particulier pour l'ACS. Des procédures plus simples, mais aussi des attributions ou renouvellements automatiques pour les bénéficiaires de certains minima sociaux ont permis de faire progresser le taux de recours.

Néanmoins, même s'il a augmenté, il n'est encore que de 56 % en 2021, d'après les estimations de la DREES : 69 % pour la C2S gratuite, 34 % pour la C2S payante. Si l'on tient compte du fait que certaines personnes éligibles à la C2S sont couvertes par une complémentaire d'entreprise, à titre d'ouvrant droit (en tant que salarié de l'entreprise) ou d'ayant droit (en étant conjoint du salarié par exemple), la proportion d'éligibles couverts soit par la C2S, soit par une complémentaire d'entreprise atteint 87 % pour les éligibles à la C2S-g et 61 % pour les éligibles à la C2S-p.

La méconnaissance de la C2S apparaît comme une des raisons courantes de non-recours (méconnaissance du dispositif, de sa propre éligibilité, du type de soins couverts notamment). Le découragement face à la complexité des démarches et plus largement la non-disponibilité psychologique, notamment chez les personnes en situation de grande fragilité, sont aussi évoqués pour expliquer le non-recours, y compris à la C2S-g. En ce qui concerne le recours à la prestation payante, la participation financière, même modérée, peut représenter un coût important pour des familles modestes ou être jugée peu justifiée par des personnes qui se sentent en bonne santé ou couvertes pour certains soins dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD), par exemple.

Les risques de refus de soins

Avant la mise en place de la C2S, des études ont mis en évidence des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Ainsi une étude du Défenseur des droits, s'appuyant sur un testing téléphonique réalisé entre février et mai 2019, a constaté des situations de refus de soins explicites et directes chez 11 % des gynécologues et 15 % des psychiatres (Chareyron *et al.*, 2019⁷⁷).

Une étude de même nature plus récente (2022) menée auprès de médecins généralistes, d'ophtalmologistes et de pédiatres, aboutit à des conclusions différentes : les patients bénéficiaires de la C2S obtiennent un rendez-vous médical dans les mêmes proportions que les patients de référence (patients qui ne sont ni bénéficiaires de la C2S, ni de l'AME)⁷⁸. Les bénéficiaires de la C2S font néanmoins face à des refus discriminatoires formulés de façon explicite dans 1,7 % des cas. Certains patients C2S se sont vu proposer un rendez-vous par téléphone, mais précisant un dépassement d'honoraires, alors que ceux-ci sont illégaux pour ces bénéficiaires ; on peut penser que cette pratique vise à décourager la prise de rendez-vous.

La fusion de la CMU-C et de l'ACS dans la C2S en novembre 2019 et l'extension de la pratique du tiers payant semblent avoir permis une simplification de la gestion de la prestation pour les professionnels de santé, ce qui a pu contribuer à la diminution des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la C2S.

L'effectivité du droit à être soigné aux tarifs opposables

⁷⁷ Chareyron, S., l'Horty, Y., et Petit, P. (2019, octobre). Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales. Rapport pour le Défenseur des droits et le Fonds de la Couverture maladie universelle complémentaire.

⁷⁸ Le Rolland L, Mendras P, Roy D, Sultan Perraud J, Toulemon L., 2023, Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État - Un testing portant sur une première prise de rendez-vous médical par téléphone auprès des généralistes, des ophtalmologues et des pédiatres, [Les dossiers de la DREES, n°109](#).

La facturation de dépassements d'honoraires à des bénéficiaires de la C2S est interdite par la loi, hors exigence particulière du patient.

Cependant, chaque année, dans son avis sur le rapport annuel de la complémentaire santé solidaire, le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) publie des témoignages sur des dépassements d'honoraires facturés aux bénéficiaires de la C2S. L'avis 2022⁷⁹ comporte plusieurs verbatim :

« Dans le cadre d'une consultation chez un spécialiste, et même si la personne est concernée par une affection de longue durée (ALD), elle est parfois obligée d'avancer le paiement des soins (par exemple les dépassements d'honoraires). Par conséquent, elle annule le rendez-vous si elle n'en a pas les moyens. Par exemple, je devais faire un scanner du foie dont le coût est de 90 euros. Je n'en avais pas les moyens et j'ai donc annulé cet examen primordial. Finalement, on m'a dit que ce scanner pouvait être pris en charge dans le cadre du tiers payant à l'hôpital », témoigne G.C

« Ma fille, qui bénéficie de la C2S, a consulté un neurologue à l'hôpital public pour ses migraines chroniques. Je l'ai accompagnée au rendez-vous qui avait lieu à 18h30. La secrétaire n'était pas là pour indiquer que ce spécialiste pratiquait des dépassements d'honoraires. Ma fille a reçu ensuite la facture. Je croyais qu'il n'y avait pas de dépassement d'honoraires dans le public pour les personnes bénéficiant de la C2S, ou a minima que le patient était impérativement prévenu », déplore S.F.

On trouve également un verbatim dans ce rapport piloté par la Drees⁸⁰ :

« Mon médecin m'a envoyé voir le cardiologue, et le cardiologue m'a fait revenir avec une échographie, et il m'a fait payer les deux fois 70 euros. J'ai payé parce que je me suis dit que c'était peut-être moi qui n'avais pas compris ce qui était pris en charge ou pas ! Mais c'était une bêtise, plus tard, mon médecin m'a dit que je n'aurais pas dû payer. » Jacques, 74 ans, marié, quatre enfants, retraité, C2S payante.

Il n'existe pas, à ce jour et à notre connaissance, d'étude permettant de mesurer les pratiques de facturation de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la C2S. En 2005, l'IGAS avait estimé qu'1,6 % des consultations pour des bénéficiaires de la CMU-C donnaient lieu à un dépassement d'honoraires, et jusqu'à 13 % en chirurgie générale ou urologique⁸¹.

Il est nécessaire de mesurer le phénomène et d'en rechercher les raisons : elles peuvent être liées, en partie, à une méconnaissance de la situation du patient pour des médecins n'acceptant pas la carte vitale, et à des patients méconnaissant leurs droits ou n'osant pas les signaler aux médecins. En tout état de cause, il conviendrait *a minima* de conduire des actions d'information auprès des médecins concernés pour garantir l'application de leurs droits aux bénéficiaires de la C2S.

3.2.2. Pour le reste des patients, une prise en charge par les couvertures complémentaires partielle et variable selon les praticiens et les contrats

Au-delà de la protection que confère, pour les plus modestes, le bénéfice de la C2S, les contrats complémentaires santé peuvent prévoir dans leurs garanties une prise en charge des dépassements d'honoraires.

⁷⁹ CNLE, 2022, [Avis sur le rapport de la C2S](#), p.11.

⁸⁰ [Recours et non recours à la C2S](#), Une étude qualitative des profils et des trajectoires des bénéficiaires, Dossiers de la Drees, mars 2023

⁸¹ P. Aballea, F. Bartoli, L. Esloüs et I. Yeni « Les dépassements d'honoraires médicaux », rapport IGAS, avril 2007

Cette couverture est partielle au niveau macro : pour les spécialistes (hors médecine générale), elle peut être estimée à 37 à 40 % des dépassements d'honoraires de spécialistes. Une majorité des montants de dépassements facturés reste donc à la charge directe des patients.

Les niveaux de prise en charge sont par ailleurs variables selon les contrats, et on retrouve dans ce domaine les inégalités de couverture qui sont constatées pour d'autres garanties, selon le niveau de revenu, selon le type de contrat, individuel ou collectif, avec pour conséquence une faible protection de catégories de population contre le risque financier associé aux dépassements d'honoraires.

37 à 40 % des dépassements d'honoraires de spécialistes couverts par les OC

A partir des comptes de la santé, qui incluent les données comptables des organismes complémentaires (OC)⁸², la Drees a estimé les montants des dépassements d'honoraires que ceux-ci prennent en charge, avec des fourchettes en fonction des hypothèses possibles sur la répartition des dépenses⁸³.

En 2022, les complémentaires santé ont versé entre 1,3 et 1,6 Md€ de prestations relatives à des dépassements d'honoraires de l'ensemble des médecins (généralistes et spécialistes), dont 1,3 à 1,4 Md€ de dépassements d'honoraires des spécialistes, soit 37 à 40% du total.

60% à 63% des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes resteraient donc à la charge des ménages.

Une prise en charge variable selon la situation conventionnelle du praticien, ce qui est peu lisible pour le patient

En 2014, la réglementation des contrats responsables (qui couvrent en 2021, 98% des bénéficiaires de contrats de complémentaire santé⁸⁴) a évolué afin d'accompagner le déploiement des dispositifs CAS puis Optam-Optam ACO.

Selon ces nouvelles dispositions, dès lors que le contrat prévoit une prise en charge des dépassements d'honoraires pour des médecins non adhérents à l'Optam-Optam ACO, celle-ci doit être limitée et inférieure à la prise en charge des médecins adhérents (encadré 11).

⁸² Données transmises annuellement à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution <https://acpr.banque-france.fr/liste-chronologique/chiffres-du-marche-francais-de-la-banque-et-de-l'assurance>

⁸³ Voir la Note sur le reste à charge et la prise en charge des dépassements par les complémentaires santé pour le détail de la méthodologie.

⁸⁴ D'après l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) de la Drees. Cela représente par ailleurs 96 % des cotisations collectées d'après l'Urssaf Caisse nationale.

ENCADRE 11- PRISE EN CHARGE DES DÉPASSEMENTS PAR LES CONTRATS RESPONSABLES

Les dispositions relatives au remboursement des dépassements d'honoraires concernant les contrats responsables et solidaires

1. Absence d'obligation de prise en charge des dépassements d'honoraires (y compris pour les adhérents à l'Optam/Optam-Aco)
2. En cas de prise en charge des dépassements d'honoraires, la qualification de contrat responsable suppose le respect d'obligations fixées par voie réglementaire depuis 2014⁸⁵:

Si le contrat ne prend en charge que les dépassements d'honoraires des médecins **adhérents à l'Optam/Optam-Aco** :

- Le montant est librement déterminé par le contrat

Si le contrat prévoit une prise en charge des dépassements des médecins de secteur 2 **non adhérents à l'Optam/Optam-Aco** :

1. Une prise en charge des dépassements Optam/Optam-Aco doit être prévue dont le montant est librement déterminé par le contrat
2. La prise en charge des dépassements des médecins de secteur 2 non adhérents à l'Optam/Optam-Aco doit être plafonnée dans le respect d'une **double limite**
 - 2.1. Prise en charge des dépassements limitée à 100 % du tarif de responsabilité
 - 2.2. Prise en charge inférieure à celle garantie pour les dépassements des médecins adhérents au dispositif Optam/Optam-Aco (minoration d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité)

Au total, pour un même montant facturé par le médecin, ce qui restera à charge du patient après remboursement par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire sera très différent selon que ce praticien est ou non adhérent à l'Optam/Optam-ACO : s'il n'est pas adhérent, le patient sera moins remboursé à la fois par l'AMO (du fait d'une base de remboursement inférieure) et par la complémentaire. L'exemple développé en Encadré 6 permet d'illustrer cette différence : pour un contrat de complémentaire de moyenne gamme donné, le RAC est de 16 euros ou 33 euros selon le statut conventionnel du médecin, pour une consultation facturée 63 euros.

Si cette différenciation relève d'une politique voulue par les pouvoirs publics, « afin de limiter la solvabilisation par les organismes complémentaires des pratiques tarifaires excessives de certains professionnels »⁸⁶, elle participe à un manque de lisibilité du système pour les assurés.

De manière générale, notre système est complexe à appréhender, avec un empilement des modalités de participation financière (tickets modérateurs, franchises, forfaits...), une multiplicité des règles d'exonération, des différences de niveaux de garanties des complémentaires. L'écart entre les bases de remboursement et les tarifs facturés par les médecins, qui est désormais la règle pour une grande part de la médecine spécialisée libérale, constitue une source supplémentaire d'illisibilité pour les patients, comme l'avait déjà souligné le HCAAM en 2009. Vient s'y ajouter la différenciation des

⁸⁵ Les obligations réglementaires des contrats responsables en matière de dépassements d'honoraires ont été introduites par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales. Les dispositions ont été intégrées à l'art. R. 871-2, 2° du code de la Sécurité sociale.

⁸⁶ Extrait de l'exposé des motifs du Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

remboursements selon que le médecin a souscrit ou non à l'option de pratique tarifaire maîtrisée, ce qui accroît encore les difficultés de compréhension du système.

La conséquence de cette illisibilité est l'incertitude dans laquelle se trouvent beaucoup de patients quant aux dépenses qu'ils auront à assumer au moment où ils ont besoin de soins, et qu'ils découvrent au fur et à mesure de leur parcours, avec un cumul de factures (*cf. supra*) qu'ils peuvent difficilement anticiper.

Ainsi notre système de santé présente le paradoxe d'assurer globalement un haut niveau de protection (souvent rappelé dans les comparaisons internationales⁸⁷) sans pour autant réussir à éviter, au niveau individuel, une forme d'insécurité financière, y compris pour les patients qui ont des revenus modestes.

Une couverture des dépassements d'honoraires variable selon les contrats

Les garanties des assurances complémentaires en matière de prise en charge des dépassements sont très variables selon les contrats.

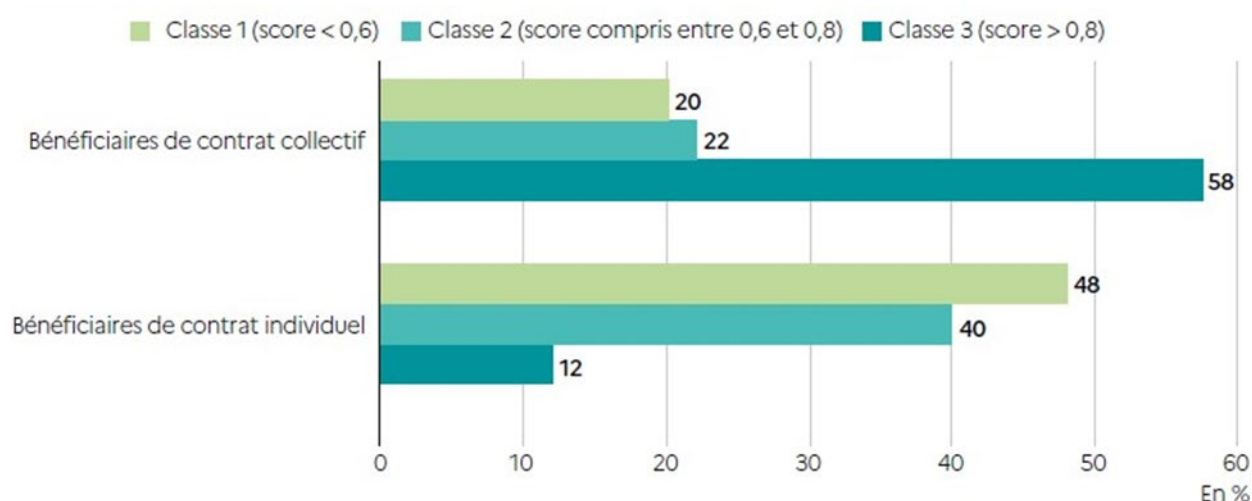
Une première différenciation se constate selon le caractère collectif ou individuel du contrat, les contrats collectifs étant globalement plus couvrants.

L'enquête auprès des organismes complémentaire de la DREES permet de connaître les garanties proposées par les contrats de complémentaire santé. Elle recueille les garanties des dix contrats individuels et collectifs les plus souscrits auprès de chaque organisme, soit un champ couvrant 68% des bénéficiaires de contrats individuels et 39% des bénéficiaires de contrats collectifs⁸⁸. En se fondant sur le score estimé par la Drees pour mesurer l'étendue de la couverture, on peut classer les contrats en trois catégories, des moins couvrants (score < 0,6) aux plus couvrants (score > 0,8). En 2021, on observe que ces derniers constituent près de 6 assurés sur 10 en collectif, mais seulement 12 % des assurés individuels (Figure 35).

⁸⁷ Le reste à charge moyen des ménages est en France parmi les plus faibles des pays de l'OCDE, avec le Luxembourg, les Pays-Bas et la Croatie (de l'ordre de 9 % des dépenses). Toutefois, son organisation spécifique ne supprime pas les risques de restes à charge importants sur des soins essentiels pour les 4 % de personnes sans assurance complémentaire, et génère en outre des frais de gestion la situant au troisième rang des grands pays de l'OCDE après les États-Unis et la Slovaquie

⁸⁸ La pondération utilisée dans les analyses produites par la DREES permet d'extrapoler les résultats aux personnes couvertes par l'ensemble des contrats de complémentaire santé. Autrement dit, les dix contrats les plus souscrits de chaque organisme sont supposés posséder les mêmes caractéristiques que les autres contrats.

FIGURE 35 - REPARTITION DES BENEFICIAIRES PAR SCORE DE CONTRAT



Champ : Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors C2S, France entière.

Source : DREES, enquête OC 2021 ; Cnam, SNDS, 2021. Voir Panoramas de la DREES-Santé, « La complémentaire santé, édition 2024 », fiche 27.

Cette différenciation s'observe également pour les dépassements d'honoraires : 40% des assurés en contrat individuel n'ont pas de couverture des dépassements d'honoraires pour les spécialistes, contre 10% des assurés en contrat collectif.

Quatre bénéficiaires sur dix de contrat individuel (et un bénéficiaire sur dix de contrats collectifs) ont une garantie de 6,90 € pour une consultation de spécialiste hors Optam et de 9,00 € pour une consultation de spécialiste Optam (correspondant au montant du ticket modérateur, soit aucune prise en charge des dépassements d'honoraires).

Près de la moitié des assurés de contrat collectif et un assuré sur dix de contrat individuel bénéficient de la garantie maximale autorisée de 29,90 euros pour une consultation hors Optam (Tableau 11).

TABLEAU 11 - DECILES DES GARANTIES DES CONTRATS SOUSCRITS POUR UNE CONSULTATION DE SPECIALISTE DANS LE PARCOURS DE SOINS, EN 2023

Déciles des garanties des bénéficiaires	Consultation auprès d'un spécialiste adhérent à l'Optam			Consultation auprès d'un spécialiste non-adhérent à Optam		
	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble
D1	9	9	9	6,90	6,90	6,90
D2	24	9	9	8,10	6,90	6,90
D3	30	9	16,50	18,40	6,90	6,90
D4	39	9	24	23	6,90	13,80
D5	45	22,50	30	28,80	11,50	18,40
D6	54	24	39	29,90	13,80	23
D7	60	24	45	29,90	13,80	29,90
D8	69	33	60	29,90	18,40	29,90
D9	99	45	75	29,9	29,90	29,90
Moyenne	50	26	38,60	22	14	18,40

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 2023, 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 2023.

La segmentation entre contrats individuels et contrats collectifs emporte avec elle une segmentation des populations couvertes. Les contrats collectifs couvrent principalement les salariés du secteur privé et, pour partie, leur famille⁸⁹. Les contrats individuels couvrent principalement d'autres catégories : retraités, personnes sans emploi, travailleurs indépendants, et, dans l'attente de la généralisation de la couverture complémentaire souscrite par l'employeur dans la fonction publique, fonctionnaires. Les retraités, qui constituent la majorité de la population couverte par contrats individuels, ont des besoins de soins plus importants que la moyenne de la population, dont des actes médicaux ou chirurgicaux spécialisés qui font l'objet, dans des proportions plus ou moins importantes, de dépassements d'honoraires.

Les contrats individuels présentent un niveau de garanties plus faible et un rapport prestations/cotisations moins favorable que les contrats collectifs⁹⁰, ils ne bénéficient d'aucun cofinancement (pas de contribution patronale contrairement aux bénéficiaires des contrats collectifs) et de moins d'aides socio-fiscales que les contrats collectifs (à l'exception des indépendants)⁹¹.

Enfin, l'absence de couverture complémentaire reste élevée parmi les chômeurs et les retraités modestes, et plus généralement parmi les 10 % d'individus au niveau de vie le plus faible (12 % de non-couverture, versus 4 % dans l'ensemble de la population).⁹²

Ces écarts de couverture indiquent que la prise en charge des dépassements d'honoraires par les complémentaires santé est très inégale entre les ménages. Ceci se répercute sur les restes à charge des ménages mais également sur le recours aux soins. En effet, les travaux d'évaluation montrent que le niveau de prise en charge par la complémentaire santé influence le recours aux soins de spécialistes. A ce titre, l'opposabilité des tarifs offerte par la CMUC, favorise toutes choses égales par ailleurs un recours aux soins de spécialistes comparable à celui d'une autre couverture complémentaire (Jess, 2015⁹³). Cependant, les niveaux de garanties influencent également les tarifs pratiqués par les médecins : l'évaluation de Dormont et Péron (2016)⁹⁴ sur l'effet causal du niveau de couverture complémentaire montre que le dépassement par consultation augmenté de 32% pour les assurés pour

⁸⁹ En 2019 81% des salariés du secteur privé déclaraient être couverts par un contrat d'entreprise (collectif). Les retraités, quant à eux, étaient quasiment exclusivement couverts par un contrat individuel (à hauteur de 93%) : Drees, EHS 2019. Voir Panoramas de la DREES-Santé, « La complémentaire santé, édition 2024 », fiche 12.

⁹⁰ DREES, Rapport sur la situation financière des organismes assurant une couverture santé. Ces écarts s'expliquent par le fait que les entreprises qui souscrivent ces contrats au profit de leurs salariés sont davantage en position de négociateur des garanties au meilleur prix que les particuliers souscrivant des contrats individuels, et aussi par des frais de gestion différents selon les types de contrats et d'assureur.

⁹¹ Fouquet M, Pollak C, 2022, Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie, Les dossiers de la DREES, n°101.

⁹² M. Fouquet, Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, DREES, Etudes et résultats, 2020

⁹³ Jess N., 2015, Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins, Etudes et résultats, DREES, n°944.

⁹⁴ Dormont B., Péron M., Does Health Insurance Encourage the Rise in Medical Prices ? A Test on Balance Billing in France, Health Economics, 25(9) :1073-1089.

lesquels le niveau de garanties offert par la complémentaire a augmenté. Cet impact est très hétérogène selon l'offre de soins disponible : lorsqu'ils résident dans des zones avec une faible offre à tarif opposable, un meilleur niveau de couverture accroît non seulement les prix mais également le nombre de consultations. A l'inverse, dans les zones où il existe une offre importante à tarifs opposables, on n'observe pas d'effets d'une amélioration du niveau de couverture. Ces effets inflationnistes de la couverture sur les montants des dépassements ont justifié leur encadrement, et notamment le plafonnement des garanties hors OPTAM, par les contrats responsables.

En conclusion :

- Les patients modestes, hormis ceux qui sont bénéficiaires de la C2S, ont globalement moins de chances d'avoir une protection financière contre les dépassements d'honoraires par leur couverture complémentaire.
- Or compte tenu de la complexité du système, de la variabilité des pratiques des professionnels, de l'absence d'information, mais aussi de la prédominance du secteur 2 pour certains types d'actes, ces patients peuvent se retrouver confrontés, de façon plus subie que choisie, à des facturations de dépassements.

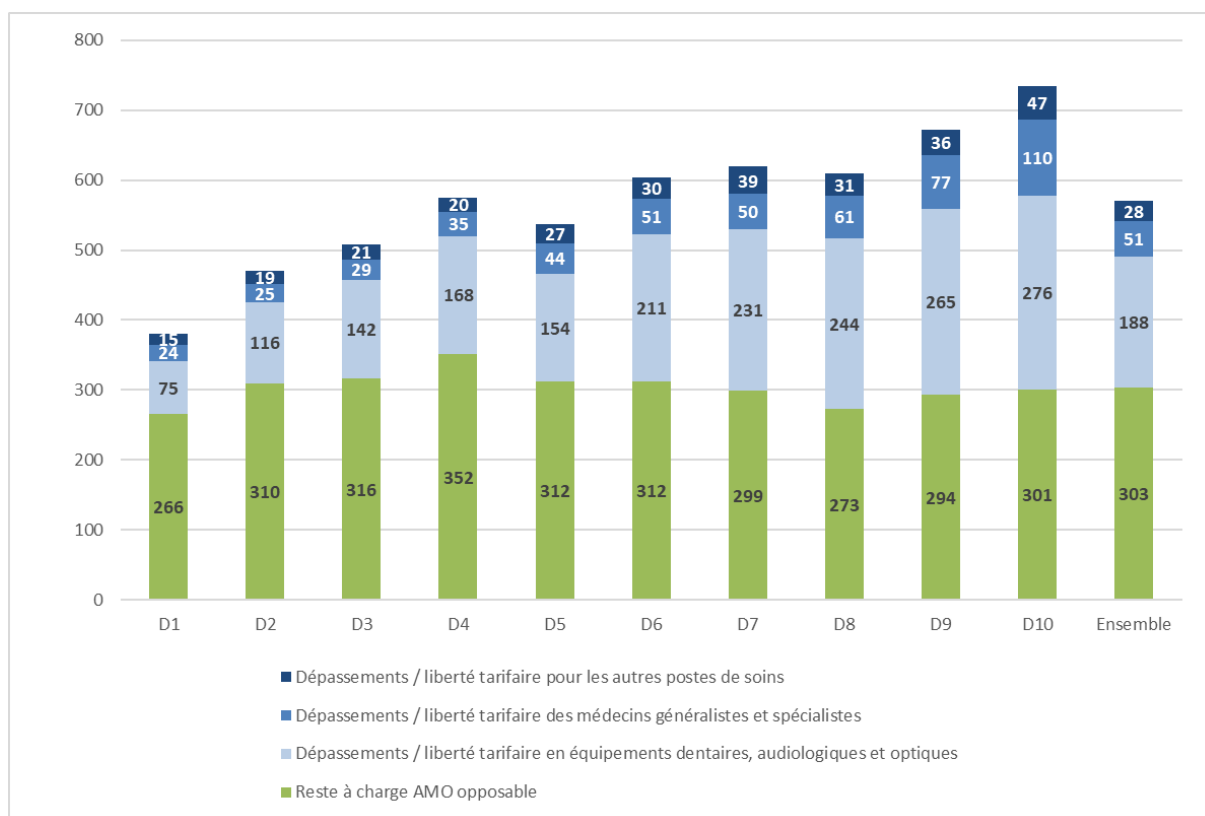
Les analyses qui suivent montrent que c'est effectivement le cas et que même si les dépassements d'honoraires sont facturés plus souvent à des patients aisés, ils n'épargnent pas les patients ayant de faibles revenus.

3.3. Des dépassements plus fréquents et élevés pour les patients aisés, mais qui n'épargnent pas les patients défavorisés

3.3.1. Des dépassements qui augmentent en moyenne avec le revenu

Lorsque l'on s'élève dans l'échelle des revenus, le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire augmente, non pas du fait des RAC opposables (ticket modérateur, forfait hospitalier...), qui sont stables, que d'un recours plus important à des types de soins pour lesquels il y a une liberté tarifaire : dispositifs médicaux - notamment prothèses dentaires, optique, audioprothèses -, mais aussi dépassements d'honoraires. Le montant moyen de ces dépassements d'honoraires était ainsi estimé en 2019 à 110 € en moyenne par personne parmi les 10 % les plus aisés, et à 24 € pour les 10 % ayant les plus faibles revenus (Figure 36).

FIGURE 36- 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



Note : Montant annuel moyen par individu, en euros ; D1 : individus appartenant au premier dixième de niveau de vie. Le reste à charge présenté ici est celui avant intervention de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Les dépenses de santé prises en charge par la CMU-C sont réparties entre reste à charge opposable et dépassements de la même manière que les dépenses prises en charge par les complémentaires privées. Les dépassements « autres postes de soins » incluent notamment l'orthodontie, l'implantologie et le matériel médical.

Champ : Personnes vivant en logement ordinaire en France métropolitaine ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source : Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar, 2019 (mise à jour en décembre 2024, ce qui explique de légères différences avec les données publiées dans le Panoramas de la DREES-Santé, « La complémentaire santé, édition 2024 », fiche 14).

Ces écarts de dépassements et de la liberté tarifaire soulignent principalement un écart dans la consommation de soins. D'une part, les ménages modestes bénéficient pour une partie d'entre eux de la C2S, laquelle interdit aux médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires. D'autre part, les ménages modestes, même hors de ce dispositif, ont moins recours aux postes de soins intensifs en liberté tarifaire, en particulier les soins dentaires et de spécialistes (Fouquet, Pollak, 2022⁹⁵). Cela reflète la persistance d'un moindre recours aux soins de spécialistes et aux soins dentaires dans les catégories sociales plus défavorisées, un constat observé de longue date (Raynaud, 2005⁹⁶). S'y ajoute le fait que les personnes aisées recourent plus facilement à de la liberté tarifaire à poste de soins donné, notamment en optique, en dentaire et chez les spécialistes.

⁹⁵ Fouquet M., Pollak C., 2022, L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu, Etudes et résultats, DREES, n°1220.

⁹⁶ Raynaud D., 2005, Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance complémentaire, Etudes et résultats, DREES, n°378.

Les niveaux de dépassement des départements présentent une certaine corrélation avec le niveau de vie des habitants : ils sont plus élevés dans les départements où les revenus sont plus importants (Figure 18).

Pour autant, on ne peut en déduire que les dépassements sont essentiellement supportés par des personnes aisées, dans des territoires socialement favorisés : on constate que des patients de communes pauvres sont aussi exposés à des dépassements d'honoraires élevés : ils le sont davantage dans certains territoires, et d'autant plus que les actes ou épisodes de soins sont majoritairement réalisés en secteur privé.

3.3.2. Une concentration des dépassements variable selon les actes

L'échantillon de 14 actes techniques étudié précédemment permet de documenter précisément ce point ; en effet, comme on l'a vu, ces actes sont contrastés du point de vue de la fréquence des dépassements, de leur montant moyen et de la répartition des volumes d'activité hôpital public et secteur libéral (Tableau 12).

TABLEAU 12 - FREQUENCE, PART DES ACTES AVEC DEPASSEMENT, MONTANT MOYEN DE DEPASSEMENTS ET REPARTITION ENTRE SECTEURS POUR LES 14 ACTES SELECTIONNES

	Nb d'actes	Part d'actes avec DH	Montant moyen du DH des actes ayant donné lieu à DH	Part d'activité
				Hôpital public
Cataracte	885 000	53 %	245 €	23 %
Dents sagesse	161 000	61 %	230 €	17 %
Prothèse totale de hanche	71 000	44 %	625 €	38 %
Prothèse genou	48 000	55 %	580 €	26 %
Ligament croisé	31 000	72 %	535 €	15 %
Sleeve gastrectomie	21 000	58 %	880 €	27 %
Accouchement (voie naturelle)	267 000	9 %	425 €	77 %
Prostatectomie	16 000	57 %	1065 €	27 %
Endométréctomie	39 000	48 %	285 €	31 %
Césarienne programmée	40 000	18 %	580 €	69 %
Césarienne non programmée	65 000	12 %	510 €	75 %
Mastectomie	17 000	53 %	390 €	21 %
Conisation utérus	39 000	35 %	175 €	49 %
Amygdalectomie	19 000	43 %	200 €	39 %

Source : Données SNDS 2021. Champ : hors patients C2S. Calculs : IRDES.

Si les données disponibles dans le SNDS ne permettent pas de connaître individuellement le niveau social des patients⁹⁷, celui-ci peut être approché, de manière moins précise, par le niveau social de sa

⁹⁷ En effet, le Système National des Données de Santé (SNDS) ne fournit pas d'informations individuelles sur la situation sociale et le niveau de revenu des patients, hormis l'information sur le fait de bénéficier le cas échéant de la couverture santé solidaire (C2S), patients qui - pour rappel - sont exclus de l'analyse puisque les dépassements d'honoraires sont interdits dans ce cas.

commune de résidence, apprécié par un indice synthétique dit « de déprivation »⁹⁸. A partir de cet indice, les patients sont classés en 5 catégories : des moins favorisés (catégorie 1 -qui appartiennent aux 20 % des habitants au niveau national vivant dans les communes ayant l'indice de déprivation le plus bas) aux plus favorisés (catégorie 5 - qui appartiennent aux 20 % des habitants au niveau national vivant dans les communes ayant l'indice de déprivation le plus haut).

Lorsqu'on analyse, pour les 14 actes techniques listés ci-dessus, la manière dont les dépassements se distribuent selon le niveau social des patients (approché par la commune de résidence), les résultats marquants sont les suivants :

- 1) Les dépassements d'honoraires sont plus concentrés sur les patients des communes les plus favorisées, mais à des degrés qui varient selon les actes.
- 2) Les dépassements sont d'autant plus concentrés chez les patients les plus favorisés que le poids de l'offre à tarif opposable est important, et que l'offre de secteur 2 se concentre dans les départements les plus riches.
- 3) Si les patients les moins favorisés sont moins confrontés aux dépassements, c'est surtout parce qu'ils résident davantage dans des départements où il y a une offre à tarif opposable suffisante.

Selon les actes, les dépassements d'honoraires sont plus ou moins concentrés sur les patients des communes les plus favorisées

Deux exemples contrastés : pour l'accouchement, les dépassements sont 4 fois plus fréquents chez les patients habitant les communes les plus favorisées que chez les moins favorisés, et quand il y a un dépassement, il est près de deux fois plus élevé pour les habitants des communes les plus favorisées. Pour la *sl/eve* gastrectomie, ils sont plus fréquents également chez les patients habitant les communes les plus favorisées, mais l'écart de fréquence est de seulement 10 %, le dépassement est supérieur de seulement 40 %⁹⁹ (Tableau 13).

⁹⁸ Cet indice est un indice synthétique construit à partir de 4 indicateurs (calculés au niveau de la commune) : le revenu par unité de consommation médian, la part de plus de 15 ans avec le bac ou plus, la part d'habitants en dessous du taux de pauvreté et enfin la part de chômeurs.

⁹⁹ Ce qui est le reflet de l'épidémiologie de l'obésité morbide susceptibles de bénéficier d'une gastrectomie. En effet, l'obésité est près de deux fois plus fréquente chez les catégories les plus modestes (18 % chez les ouvriers et les employés) que chez les catégories plus aisées (10 % chez les cadres supérieurs). Source : Etude Obépi-Roche 2020.

TABLEAU 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

Les montants de dépassements sont beaucoup plus répartis sur l'ensemble des patients, y compris ceux issus des communes les moins favorisées : ces derniers représentent 22 % des patients et supportent 19 % des dépassements d'honoraires totaux, contre 23 % pour les patients des communes les plus favorisées, qui représentent 17 % de la patientèle totale¹⁰⁰. On peut ordonner les 14 actes selon l'ampleur de cet effet, par le biais d'un indice qui a été précisément construit pour donner une mesure de concentration

Lorsque l'on calcule cet indice de concentration pour les 14 actes, il s'échelonne de 0,08 pour la *sleeve* gastrectomie, où les dépassements sont peu concentrés chez les plus favorisés, à 0,38 pour l'accouchement par césarienne programmée (Tableau 14).

TABLEAU 14 - CONCENTRATION DES DEPASSEMENTS SELON L'INDICE DE DEFAVORISATION APPRECIEE AU MOYEN DE L'INDICE DE CONCENTRATION, POUR CHACUN DES 14 ACTES

ACTE	Concentration « sociale » des dépassements
Sleeve gastrectomie	0,08
Ligament croisé	0,10
Prostatectomie	0,12
Dents sagesse	0,12
Cataracte	0,13
Prothèse genou	0,13
Prothèse totale de hanche	0,18
Mastectomie	0,20
Amygdalectomie	0,22
Endométréctomie	0,22
Conisation utérus	0,27
Césarienne non programmée	0,33
Accouchement (voie naturelle)	0,34
Césarienne programmée	0,38

Source : Données SNDS 2021. Champ : hors patients C2S. Calculs : IRDES.

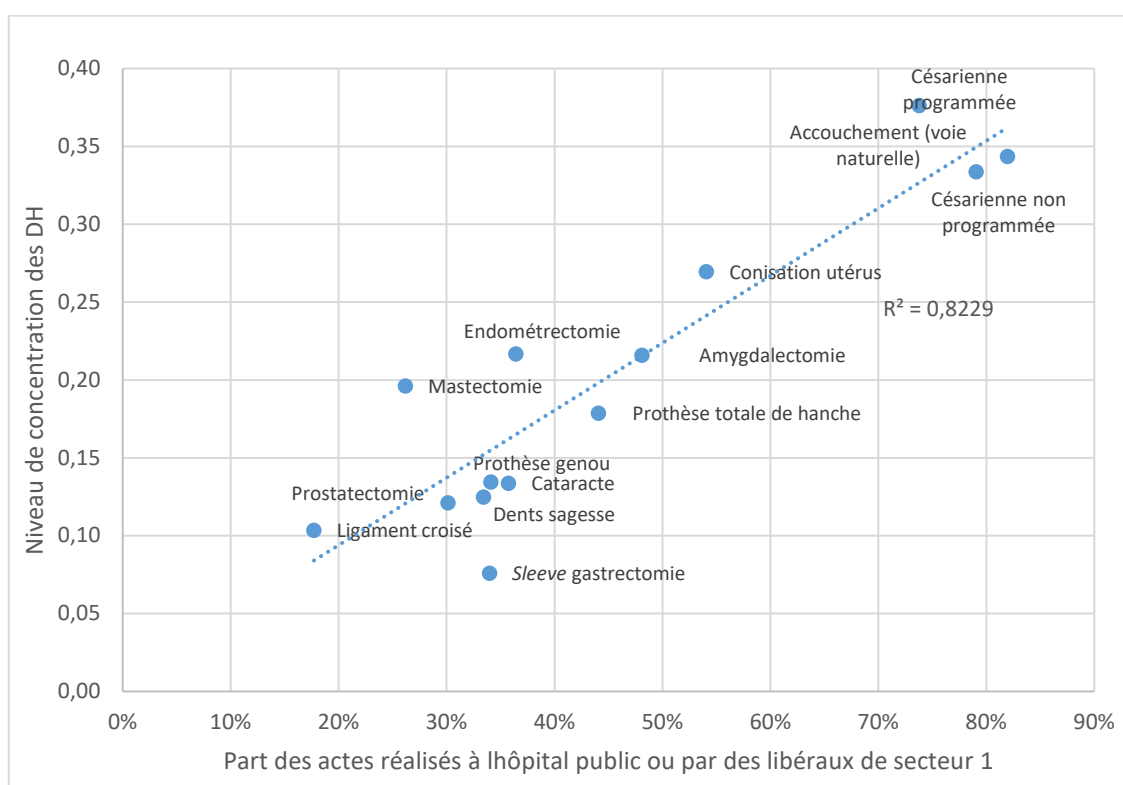
¹⁰⁰ Notons qu'en élargissant le champ d'analyse aux bénéficiaires de la C2S, la part des patients habitant les communes les moins favorisées passe à 24 % tandis que celle des patients les plus favorisés baisse d'un point de pourcentage, et passe à 16 %.

Note : L'indice de concentration est compris entre 0 et 1, selon que les dépassements ne sont pas concentrés (un indice équivalent à 0 représente la situation où les dépassements sont répartis de façon uniforme entre les habitants des communes les plus favorisées et les moins favorisées) ou qu'ils le sont beaucoup (un indice équivalent à 1 correspond à la situation où les dépassements sont intégralement payés par les habitants des communes les plus favorisées).

La concentration des dépassements sur les patients les plus favorisés dépend du poids de l'offre à tarif opposable.

L'offre à tarif opposable détermine très clairement la concentration des dépassements sur les patients les plus favorisés ou au contraire leur diffusion sur l'ensemble des patients : lorsque l'offre à tarif opposable (hôpital public et secteur 1) est faible, les dépassements sont davantage susceptibles de toucher toutes les catégories sociales ; si l'offre à tarif opposable est développée, ils sont davantage concentrés sur les ménages plus aisés (Figure 37).

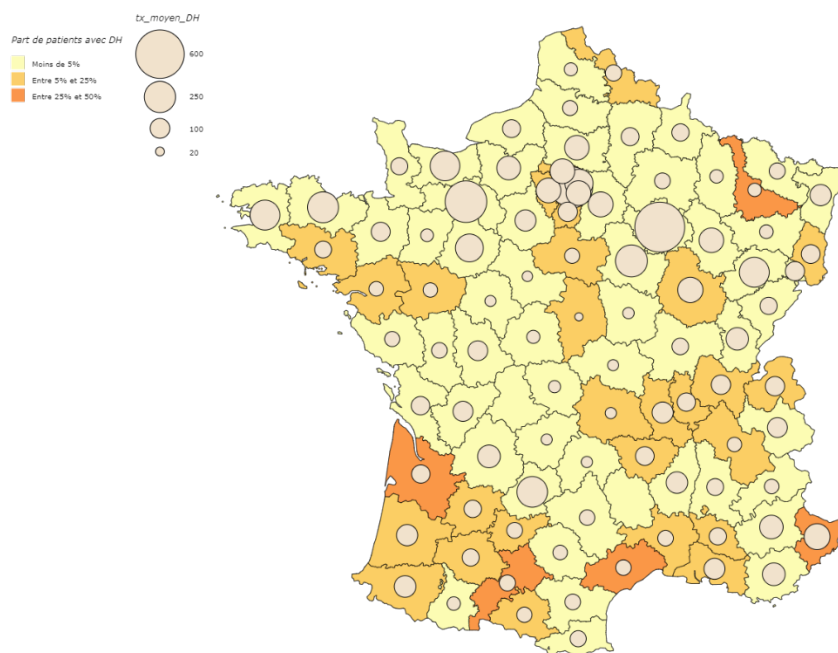
FIGURE 37 - LIEN ENTRE LA PART DES ACTES REALISES A L'HOPITAL PUBLIC OU PAR DES MEDECINS LIBERAUX DE SECTEUR 1 (ABSCISSE) ET LE NIVEAU DE CONCENTRATION DES DEPASSEMENTS (ORDONNEE)



Source : Données SNDS 2021. Champ : hors patients C2S. Calculs : IRDES.

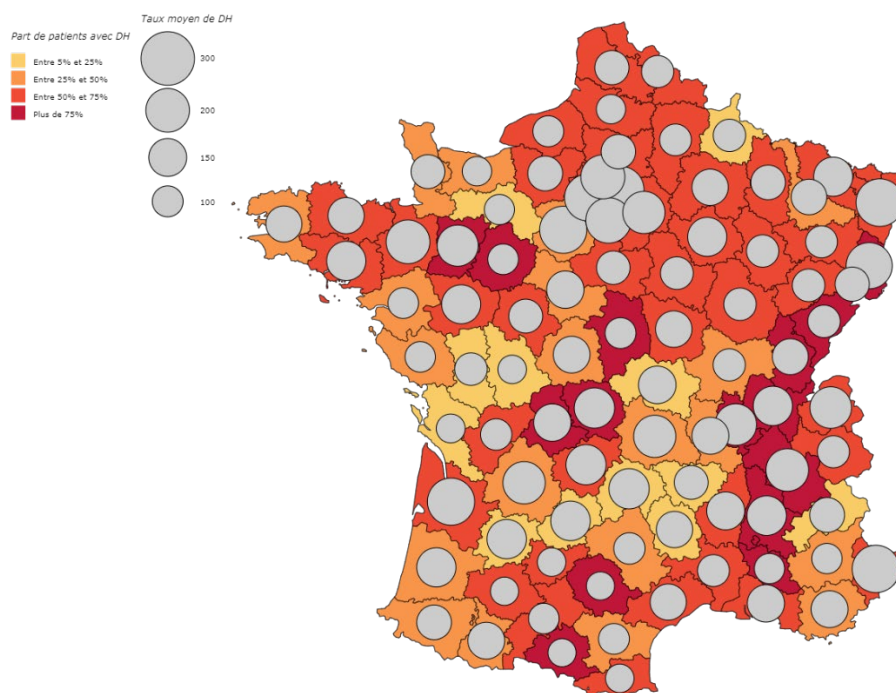
L'analyse sur la concentration relative des dépassements d'honoraires sur les patients favorisés en fonction de la part de l'offre opposable peut être transposée à la concentration des dépassements selon les départements : lorsque les dépassements sont rares, comme pour l'accouchement par voie naturelle, (10% des actes donnent lieu à dépassements), ils sont concentrés sur quelques départements (figure 38) et dans un nombre important de départements, cet acte est pratiqué sans dépassement; à l'inverse, lorsque les dépassements sont nombreux (comme pour la sleeve gastrectomie- 58 % des actes donnent lieu à dépassement), ils sont diffusés plus largement dans les différents départements (cf. figures 38 et 39).

FIGURE 38 - ACCOUCHEMENT PAR VOIE NATURELLE - UNE OFFRE DE SECTEUR 2 CONCENTREE DANS CERTAINS DEPARTEMENTS



Source : Données SNDS 2021. Champ : hors patients C2S. Calculs : IRDES.

FIGURE 39 – SLEEVE GASTRECTOMIE - UNE OFFRE DE SECTEUR 2 D'AVANTAGE REPANDUE SUR LE TERRITOIRE



Source : Données SNDS 2021. Champ : hors patients C2S. Calculs : IRDES.

Lorsque les dépassements sont concentrés dans un nombre limité de départements, ce sont les départements les plus riches, et les dépassements sont concentrés chez les patients les plus favorisés. Quand ils sont largement diffusés, ils se distribuent sur toutes les catégories de patients.

Si les patients les moins favorisés sont moins confrontés aux dépassements, c'est surtout parce qu'ils résident davantage dans des départements où il y a une offre à tarif opposable suffisante

L'analyse précédente montre l'importance des caractéristiques de l'offre locale de soins dans la concentration « sociale » des dépassements chez les patients les plus aisés.

Afin d'évaluer dans quelle mesure la concentration des dépassements résulte de cet effet de l'offre locale ou s'il résulte de comportements différents dans le recours aux soins (propension à recourir au secteur 2, et, au sein du secteur 2, à recourir à des médecins appliquant des dépassements importants), la concentration des dépassements chez les patients les plus favorisés peut être décomposée en fonction de ces différents facteurs, à savoir :

- *l'effet de localisation* (le fait que les patients les plus favorisés habitent davantage dans les départements où le secteur 2 est développé),
- *l'effet de recours différencié au secteur 2* (le fait, qu'à localisation dans un département donnée, ils ont plus tendance à recourir à l'offre de secteur 2),
- *l'effet de recours différencié aux médecins de secteur 2* (le fait qu'en cas de recours au secteur 2, les patients les plus aisés recourent à des PS ayant des dépassements plus élevés)¹⁰¹,

Le résultat est que si le poids de ces différents facteurs est variable selon les 14 actes, l'impact de l'offre locale est toujours prépondérant : il explique entre 63 % et 80 % de l'indice de concentration, selon les actes. La propension plus forte des plus aisés à recourir aux médecins de secteur 2 et à des médecins ayant des dépassements élevés joue un rôle beaucoup plus faible (respectivement entre 8 % et 26 % et entre 3 % et 24 %).

TABLEAU 15 - DECOMPOSITION EN TROIS EFFETS DE L'INDICE DE CONCENTRATION POUR CHACUN DES 14 ACTES

ACTE	Concentration « sociale » des dépassements	Localisation différenciée	Recours différencié au secteur 2	Recours différencié aux PS de secteur 2
Sleeve gastrectomie	0,08	69%	11%	21%
Ligament croisé	0,10	70%	12%	17%
Prostatectomie	0,12	63%	13%	24%
Dents sagesse	0,12	67%	26%	7%
Cataracte	0,13	64%	20%	16%
Prothèse genou	0,13	63%	19%	17%
Prothèse totale de hanche	0,18	74%	13%	12%
Mastectomie	0,20	75%	8%	17%
Amygdalectomie	0,22	77%	17%	6%
Endométréctomie	0,22	77%	15%	9%
Conisation utérus	0,27	80%	17%	3%
Césarienne non programmée	0,33	69%	20%	11%
Accouchement (voie naturelle)	0,34	63%	20%	17%
Césarienne programmée	0,38	71%	17%	11%

¹⁰¹ Notons que ce dernier effet ne capte pas uniquement la propension des patients les plus aisés, à offre donnée, à recourir le cas échéant aux médecins de secteur 2 ayant les tarifs les plus élevés, mais peut intégrer également d'éventuelles pratiques de « tact et mesure » de la part des médecins, c'est-à-dire de modulation de leurs tarifs en fonction de la situation sociale des patients. Ces pratiques sont abordées dans la partie 2 du rapport.

Source : Données SNDS 2021. Champ : hors patients C2S. Calculs : IRDES.

Lecture : Pour la sleeve gastrectomie par exemple, la concentration « sociale » des dépassements parmi les patients des communes les plus favorisées socialement est de 0,08, sur une échelle allant de 0 à 1. Cette valeur est faible : aussi pour cet acte, globalement les dépassements sont supportés par l'ensemble des patients, indépendamment du niveau social de leur commune de résidence. Pour cet acte, la valeur de l'indice de concentration « sociale » tient pour 69 % aux effets de localisation, c'est-à-dire au fait que les patients des communes favorisées qui recourent à cet acte habitent davantage dans des départements où les dépassements d'honoraires sont plus répandus. Les différences de recours au secteur 2 (plutôt qu'au secteur 1) entre les différentes catégories de patients, à localisation départementale des patients donnée, explique 11 % de la concentration « sociale » des dépassements associée à cet acte. Enfin, le fait qu'en cas de recours au secteur 2, les patients des communes les plus favorisées se tournent davantage vers des médecins ayant des niveaux de dépassements plus élevés explique 21 % de la concentration « sociale » des dépassements de cet acte.

Ce résultat montre clairement que si les patients les moins favorisés sont moins confrontés aux dépassements, c'est surtout parce qu'ils résident dans des départements où il y a une offre à tarif opposable suffisante, et moins parce qu'ils choisissent davantage le secteur 1 ou des médecins de secteur 2 pratiquant des tarifs plus faibles ou que les praticiens les traitent différemment en leur appliquant des dépassements plus faibles.

3.3.3. Des exemples de cumuls de dépassements élevés pour des patients de communes défavorisées

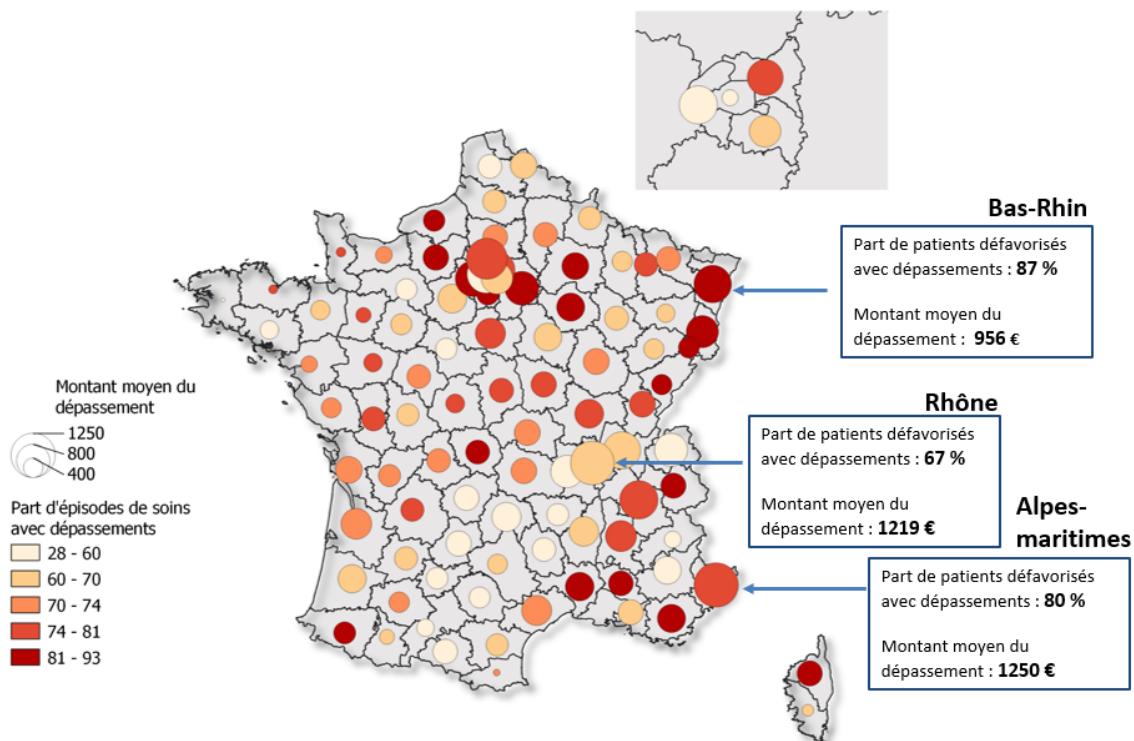
Des cumuls de dépassement pour quatre épisodes de soins fréquents (accouchement, chirurgie du cristallin, prothèse totale de hanche et coloscopie) ont été présentés précédemment. Pour ces quatre épisodes de soins, il est possible de voir comment ces cumuls de dépassement se distribuent selon la situation sociale des patients, et notamment comment ils affectent les patients les moins favorisés (toujours au sens de la commune de résidence).

Les situations sont contrastées entre départements. Dans certaines régions - région parisienne, région lyonnaise, Alsace, côte d'Azur, les patients des communes les plus défavorisées sont confrontés à des dépassements au cours de leurs épisodes de soins, à la fois fréquents et élevés.

Par exemple, dans les départements du Bas-Rhin, du Rhône ou des Alpes Maritimes, les patients issus de communes défavorisées opérés pour une prothèse de hanche (hors bénéficiaires de la C2S) ont eu des dépassements d'honoraires dans 70 à 90 % des cas, pour un montant moyen de 1 000 à 1 200 euros. De même, dans les Alpes-Maritimes, dans les Yvelines, la moitié des patientes résidant dans des communes défavorisées ont eu des dépassements au cours de leur épisode de soins, pour un montant de 350 à 500 euros (Figure 40). Ces montants sont à rapporter d'un niveau de vie médian de 2000 euros par mois par unité de consommation.

FIGURE 40 - PART DE PATIENTS DES COMMUNES DEFAVORISEES NON PROTEGES PAR LA C2S CONCERNES PAR DES DEPASSEMENTS AU COURS DE L'EPISODE DE SOINS ET MONTANT CUMULE MOYEN DES DEPASSEMENTS LORSQU'UN DEPASSEMENT OU PLUS ONT ETE FACTURES

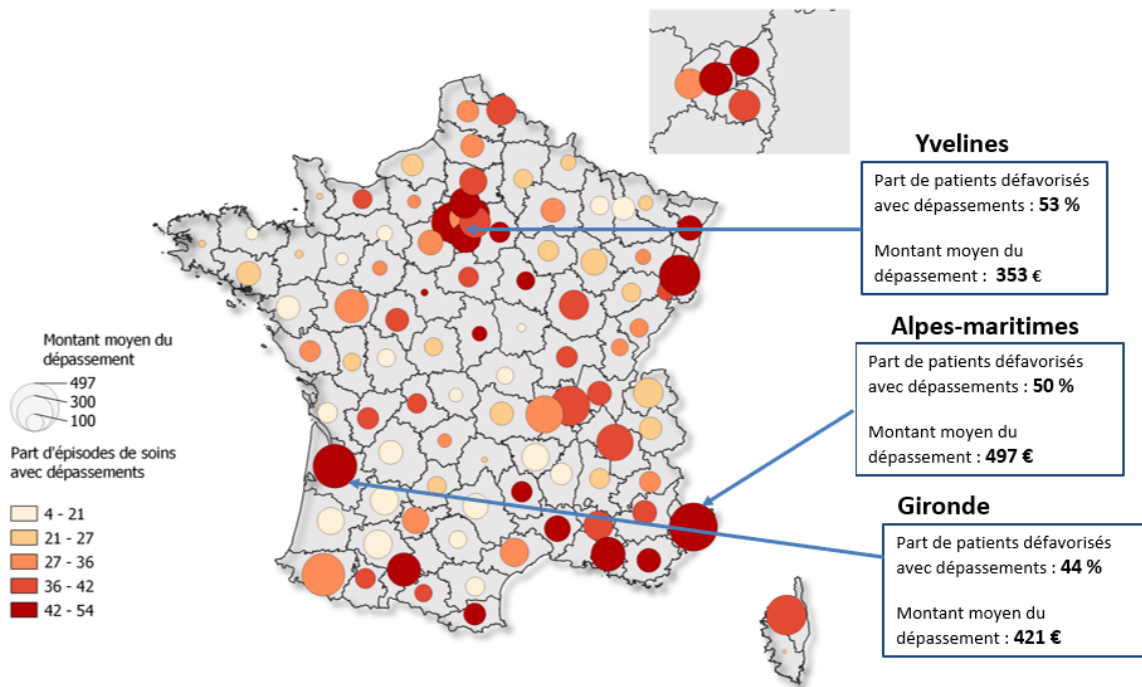
Cas de la prothèse totale de hanche



Source : SNDS 2021, traitements IRDES ; IGN. Cartographie : QGIS.

Champ : Ensemble des patients des communes appartenant au Q1 de revenu, hors patients C2S, c'est-à-dire hors patients ayant eu au moins un remboursement au titre de la C2S lors de l'épisode de soins. La part de patients C2S parmi les patients appartenant aux communes du Q1 de revenu est de 5,3 % au niveau national pour la prothèse totale de la hanche. Elle s'élève à 1 % pour le Bas-Rhin, 7% pour le Rhône et 0 % pour les Alpes-Maritimes.

Cas de l'accouchement



Source : SNDS 2021, traitements IRDES ; IGN. Cartographie : QGIS.

Champ : Ensemble des patients des communes appartenant au Q1 de revenu, hors patients C2S, c'est-à-dire hors patients ayant eu au moins un remboursement au titre de la C2S lors de l'EDS. La part de patientes C2S parmi les patientes appartenant aux communes du Q1 de revenu est de 21 % au niveau national pour l'accouchement. Elle s'élève à 17 % pour les Yvelines, 22 % pour les Alpes-Maritimes et 17 % pour la Gironde.

3.3.4. Le principe de tact et mesure est supposé adapter la pratique de dépassement à la situation du patient

L'article 53 du code de déontologie médicale dispose que « les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières » (article R. 4127-53-I du code de la santé publique).

Le code de la sécurité sociale précise les critères permettant d'identifier une « Pratique des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure » : « *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.* » (article 147-13 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret du 2 octobre 2020 relatif à la procédure applicable aux refus de soins discriminatoires et aux dépassements abusifs).

Bien que les textes ne fassent pas référence à la situation sociale ou financière des patients, celle-ci est évoquée dans un commentaire du code de déontologie par le Conseil national de l'Ordre (« *Les honoraires du médecin sont déterminés avec « tact et mesure », en tenant compte de la complexité de l'acte, de la situation du patient* ») et elle est souvent avancée par les médecins eux-mêmes comme un critère qu'ils prennent en compte dans la fixation de leurs honoraires.

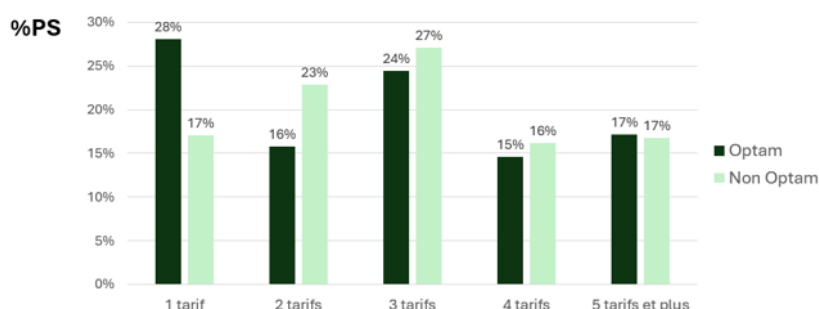
Est-ce une pratique habituelle, au-delà des déclarations de praticiens, de tenir compte de la situation financière des patients, c'est-à-dire de moduler les tarifs à la baisse pour les patients à faible revenus ?

Une analyse spécifique a été réalisée pour tenter de répondre à cette question, sur les 14 actes techniques fréquents retenus pour analyser la manière dont les dépassements d'honoraires se distribuent selon les patients (partie 2). Cette étude non exhaustive permet d'analyser les pratiques tarifaires d'environ 13 000 spécialistes de secteur 2, concernant 850 000 actes environ¹⁰². L'étude porte sur la patientèle hors bénéficiaires de la C2S, puisque l'objectif est d'analyser les pratiques de tarification différenciées au-delà des obligations légales relatives à cette population.

3.3.5. Une majorité de médecins ont effectivement plusieurs tarifs pour le même acte

La grande majorité des médecins a plusieurs tarifs pour le même acte : c'est le cas d'environ 70 % des médecins de secteur 2 adhérents à l'OPTAM et 80 % des non OPTAM du champ d'analyse (Figure 41).

FIGURE 41 – DISTRIBUTION DES MEDECINS DE SECTEUR 2 SELON LE NOMBRE DE TARIFS POUR UN ACTE DONNE



Source : Données SNDS 2021.

Champ : hors patients C2S. PS de S2 pratiquant au moins l'un des 14 actes analysés.

NB : tous les tarifs qui représentent moins de 5% des actes en volumes sont exclus de l'analyse.

Calculs : IRDES.

Parmi ces différents tarifs appliqués, l'un d'entre eux se dégage comme étant le tarif le plus fréquemment pratiqué par le praticien. Et pour une très grande majorité de médecins, les pratiques tarifaires se concentrent autour de ce tarif habituel :

- la moitié des médecins appliquent le même tarif pour plus de 80 % des cas ;
- un tiers d'entre eux (OPTAM ou non OPTAM) appliquent le même tarif entre 50 % et 80 % des cas.

Au total, sur l'échantillon d'actes étudiés, le tarif le plus fréquent est appliqué au patient dans les 3 quarts des cas.

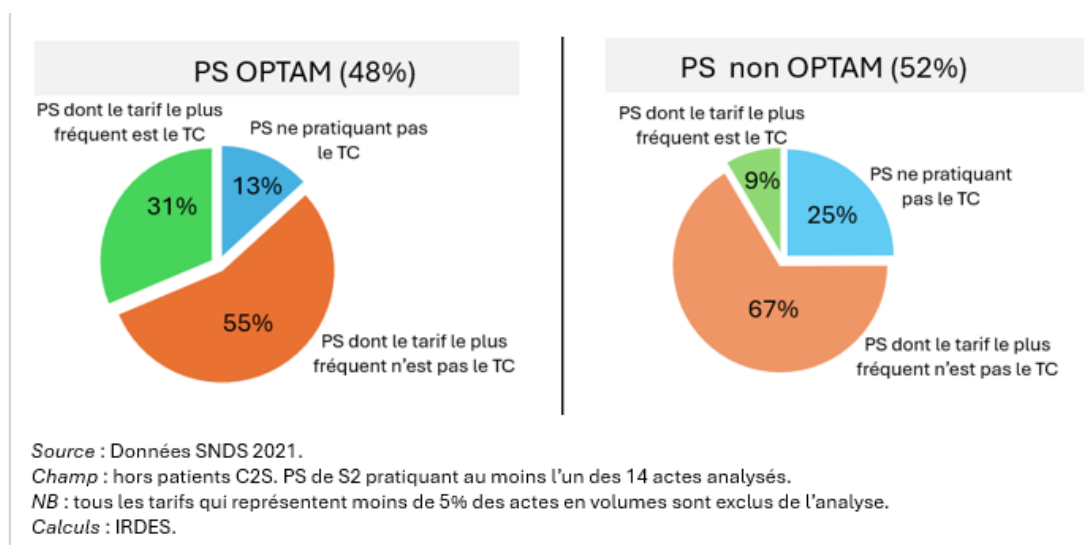
Ce tarif le plus fréquent peut être le tarif de convention : c'est le cas pour 31 % des médecins adhérents à OPTAM, 9 % des médecins non adhérents. Beaucoup d'entre eux (60 à 70 %) ne pratiquent en fait que ce tarif conventionnel.

Le plus couramment, le praticien a un tarif habituel différent du tarif de convention, tout en pratiquant le tarif conventionnel pour une partie de ses actes (55 % des OPTAM, 67 % des non OPTAM).

¹⁰² Voir annexe complémentaire 6 pour plus de précisions sur la méthodologie. Il est à noter qu'il s'agit d'actes techniques, la pratique concernant les consultations n'est pas étudiée ici.

Enfin une fraction des praticiens (13 % des OPTAM, 25 % des non OPTAM) n'applique jamais, parmi les tarifs qu'il pratique, le tarif conventionnel¹⁰³(Figure 42).

FIGURE 42- REPARTITION DES MEDECINS SELON QU'ILS PRATIQUENT OU NON LE TARIF DE CONVENTION ET QUE LE CAS ECHEANT, CELUI-CI EST LEUR TARIF LE PLUS FREQUENT



3.3.6. Mais peu de médecins appliquent des tarifs plus faibles aux patients des communes défavorisées

Même si le plus souvent les médecins facturent le même tarif pour la majorité de leurs actes, ils ont d'autres tarifs que ce tarif habituel. Appliquent-ils dans ce cas des tarifs plus bas pour leurs patients les plus défavorisés ?

Les données disponibles ne permettent pas de répondre à cette question de façon aussi précise qu'il serait souhaitable, faute d'information individuelle sur la situation sociale des patients et leur niveau de revenu. Il est seulement possible, comme expliqué précédemment en partie 2, de caractériser les communes de résidence des patients¹⁰⁴ et de les hiérarchiser, en distinguant cinq catégories, depuis les communes les plus défavorisées jusqu'aux communes les plus favorisées économiquement et socialement.

Une première approche est ainsi possible à partir de cette catégorisation : lorsque les médecins ont des patients issus des communes les moins favorisées mais aussi des patients d'autres communes, appliquent-ils des tarifs plus faibles aux premiers ?

¹⁰³ Rappel : il s'agit de la patientèle hors C2S. A contrario, cela signifie que la grande majorité des médecins pratiquent le tarif de convention au-delà des patients à la C2S : c'est le cas de près de 90 % des médecins de secteur 2 de l'échantillon adhérents à l'OPTAM et de 75 % des médecins non adhérents à l'OPTAM.

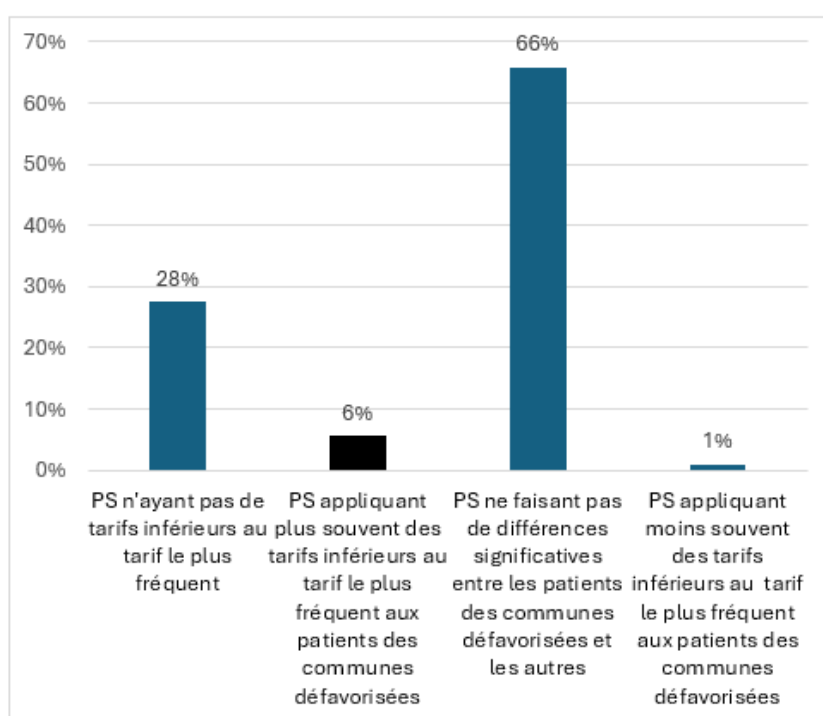
¹⁰⁴ La caractérisation des communes se fait au moyen d'un indice de déprivation, qui est un indice synthétique construit à partir de 4 indicateurs (calculés au niveau de la commune) : le revenu par unité de consommation médian, la part de plus de 15 ans avec le bac ou plus, la part d'habitants en dessous du taux de pauvreté et enfin la part de chômeurs.

A partir de cet indice, les patients sont classés en 5 catégories : des moins favorisés (qui appartiennent aux 20 % des habitants au niveau national vivant dans les communes ayant l'indice de déprivation le plus bas) aux plus favorisés (qui appartiennent aux 20 % des habitants au niveau national vivant dans les communes ayant l'indice de déprivation le plus haut).

L'analyse menée sur 10 000 médecins¹⁰⁵ montre que seule une faible proportion d'entre eux applique plus souvent aux patients des communes défavorisées des tarifs inférieurs à leur tarif le plus fréquent (Figure 43) :

- 28 % n'ont pas de tarif inférieur au tarif le plus fréquent, et par conséquent, ne s'en écartent pas à la baisse pour les patients des communes défavorisées ;
- 66 % ont au moins un tarif plus faible que leur tarif le plus fréquent, mais sans que leurs patients des communes défavorisées n'en bénéficient significativement plus souvent que les patients des autres communes ;
- seuls 6 % des médecins concernés appliquent plus souvent des tarifs inférieurs au tarif le plus fréquent aux patients des communes défavorisées.

FIGURE 43 – REPARTITION DES MEDECINS CONCERNES SELON QU'ILS ONT OU NON UNE TARIFICATION SIGNIFICATIVEMENT PLUS FAVORABLE AUX PATIENTS DES COMMUNES DEFAVORISEES



Source : Données SNDS 2021.

Champ : hors patients C2S. Parmi les PS de S2 pratiquant au moins l'un des 14 actes analysés, ensemble des PS concernés par la question.

Calculs : IRDES.

Ce chiffre sous-estime la part de professionnels appliquant des tarifs plus bas à des patients aux revenus plus bas, du fait qu'il n'appréhende les patients à bas revenus qu'à travers leur commune de résidence, ce qui conduit à méconnaître des différenciations tarifaires plus ciblées : la prise en compte de patients défavorisés ne résidant pas dans des communes identifiées comme telles aboutirait à un chiffre plus élevé.

Néanmoins la faiblesse de l'effectif laisse penser que les pratiques consistant à adapter le niveau de dépassement pour les patients modestes n'est pas répandue. On peut d'ailleurs s'interroger sur les

¹⁰⁵ L'analyse est menée sur les médecins dont le tarif le plus fréquent n'est pas le tarif de convention (voir *supra*), car il est difficile dans ce cas d'appliquer un tarif plus bas. Ce ceci conduit à éliminer 31 % des médecins adhérents à l'OPTAM et 9 % des médecins non OPTAM. Il est par ailleurs nécessaire que les médecins aient à la fois des patients issus des communes les plus défavorisées et d'autres communes, ce qui restreint également le champ.

moyens, pour un médecin, notamment pour des spécialités techniques qui n'ont que des contacts occasionnels avec les patients, d'apprécier la situation financière de ces derniers.

Une revue de littérature¹⁰⁶ a été réalisée par l'Irdes dans le cadre du projet Estampe qui vise à apporter une approche sociologique compréhensive des pratiques tarifaires des médecins spécialistes en France. Les études, par ailleurs peu nombreuses, constatent que « *les médecins possèdent très peu d'informations sur les caractéristiques sociales de leurs patients, et demandent très rarement des informations sur leur niveau d'étude ou leurs ressources. Les patients riches sont relativement bien identifiés par les médecins, au travers notamment de leurs vêtements ou accessoires (marque, bijoux, montre). En revanche, la pauvreté des patients est plus fréquemment sous-estimée par les médecins, qui peuvent ainsi passer à côté de situations de grande précarité. Une enquête exploratoire menée sur 32 médecins généralistes et étudiant le cas de 207 patients confirment ces résultats : sur 58 patients identifiés selon un score normé comme en situation de précarité, seuls 31 d'entre eux avaient été identifiés comme tels par les médecins généralistes.* »

Lorsque le médecin réalise la consultation au domicile du patient, la réalisation d'actes gratuits est plus fréquente¹⁰⁷. Par ailleurs une autre étude mentionne que les médecins ont tendance à pratiquer moins de dépassement d'honoraires pour les patients en ALD¹⁰⁸.

Ces résultats, ainsi que ceux déjà vus précédemment sur la probabilité pour des patients modestes d'être confrontés à des dépassements d'honoraires élevés (partie 2), montrent qu'une différenciation de la pratique des dépassements tenant compte de la situation sociale ou financière du patient constitue une pratique très minoritaire et que les médecins ne sont d'ailleurs pas en mesure de la mettre en œuvre de façon équitable. On ne peut donc pas faire reposer l'accès aux soins de la population sur une régulation des pratiques sur la seule base du tact et mesure, laissant les médecins juges du contenu concret de ces notions. En tout état de cause, quand bien même ce principe de tact et mesure se traduirait dans la réalité (ce qui n'est pas le cas), cette idée, qui renvoie à un rôle paternaliste du médecin comme régulateur de l'équité de l'accès aux soins, est en contradiction avec la philosophie même de l'assurance maladie, qui est fondée sur des droits universels, ne dépendant pas de décisions discrétionnaires: la réponse aux besoins de santé ne peut reposer sur une "charité" du médecin qui coûte à ce dernier, est tributaire de sa volonté et de sa capacité à déterminer de façon équitable qui doit en bénéficier, et qui fait du patient son "obligé" moral, pouvant dissuader le patient de recourir à un soin qui le rend redevable. Faire assurer la rémunération du praticien par l'assurance-maladie de façon normée pour ne plus en faire un élément de négociation entre praticien et patient constitue une dimension fondamentalement émancipatrice du projet de la sécurité sociale, conforme à l'évolution des systèmes de santé dans ces dernières décennies sur la place et les droits des patients.

3.4. Au total, pour les patients et la population, la perception d'une rupture par rapport aux valeurs fondatrices de la sécurité sociale

Par rapport à d'autres sources de restes à charge, les montants des dépassements d'honoraires ne sont pas très élevés en moyenne. Mais ils peuvent l'être, à titre individuel, avec des montants qui se chiffrent en centaines d'euros, y compris pour des personnes qui ont des revenus modestes, et ce d'autant plus que les factures des différents spécialistes se cumulent sur le parcours de soins.

¹⁰⁶ Morize N., Projet Estampe, Rapport intermédiaire, 2025

¹⁰⁷ Lievaut J. (2012), « Les logiques comportementales des médecins. Une approche statistique à partir de leurs pratiques tarifaires », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. Vol. 30, n°3, p. 175-190.

¹⁰⁸ Bellamy V. & Samson A. L. (2010), *Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins* (Comptes nationaux de la santé), Comptes nationaux de la santé, DREES, 83-82 p.

La caractéristique du dépassement d'honoraire est qu'il est entièrement à la discrétion du praticien : la personne malade, potentiellement déjà fragilisée et en situation de faiblesse, n'a pas de prise sur la situation, et cela d'autant plus si l'intervention dont elle a besoin est pratiquée largement dans le secteur libéral et qu'il y a peu d'offre à tarif opposable. Toutes les analyses qui viennent d'être exposées démontrent bien que les dépassements d'honoraires, même s'ils sont plus importants pour les patients les plus aisés, sont aussi largement subis par des patients plus modestes, sans possibilité de choix de leur part.

L'hétérogénéité des pratiques, l'extrême variabilité des niveaux de dépassement selon les territoires, selon les actes, selon les praticiens rendent le système illisible et les situations individuelles largement imprévisibles. La complexité des options conventionnelles (OPTAM) et l'impact de celles-ci sur la structure des garanties des contrats de complémentaires participe à un manque de lisibilité.

La population est inégalement exposée aux risques financiers associés à ces dépenses, difficilement anticipables et qui peuvent être élevées. Au-delà de la C2S, la couverture par les complémentaires est partielle et variable selon les types de contrats : les personnes âgées, les personnes en emploi précaire, plus souvent couvertes par des contrats individuels, sont moins bien protégées.

Au-delà de la charge financière qu'ils représentent, les dépassements d'honoraires peuvent également contribuer à des renoncements aux soins. S'il est difficile de mesurer l'ampleur de ce phénomène, tant il est sensible à la formulation des questions dans les enquêtes (Lapinte, 2023¹⁰⁹), le renoncement aux soins pour raisons financières persiste en France sans que l'on n'observe de baisse significative depuis plusieurs années, et reste plus élevé parmi les patients appartenant aux ménages les plus modestes (REPS, 2025¹¹⁰), et ce d'autant plus que la densité médicale est faible (Lapinte, Legendre, 2021¹¹¹)¹¹². La probabilité de renoncer à des soins médicaux est également plus élevée parmi les personnes ne disposant pas de couverture complémentaire (Lapinte, Legendre, 2021, Dourgnon et al, 2012¹¹³). Il est également difficile de déterminer la part de ces renoncements qui est directement attribuable aux dépassements dans l'ensemble des contraintes financières qui peuvent peser sur le recours aux soins (avance de frais, participations forfaitaires et franchises, etc.). Mais le fait que l'on observe, toutes choses égales par ailleurs, un recours accru aux soins de spécialistes avec dépassements lorsque les patients bénéficient de meilleures garanties de complémentaire santé, indique, en creux, que ceux-ci restreignent leur recours aux soins quand ils ne sont pas couverts (Dormont, Péron, 2016¹¹⁴).

Ainsi notre système de santé présente le paradoxe d'offrir globalement un niveau de prise en charge élevé (il est souvent vanté pour le niveau faible des restes à charge moyens) mais de laisser, au niveau individuel, une certaine insécurité financière. Les Français perçoivent mal cette situation, qu'ils estiment contraire aux valeurs fondatrices de la sécurité sociale, et les trois quarts d'entre eux jugent que les dépassements d'honoraires ne sont pas justifiés¹¹⁵.

¹⁰⁹ Lapinte A., 2023, La mesure du renoncement aux soins est très sensible à la formulation des questions, DREES méthodes, n°10.

¹¹⁰ Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale, 2025, Maladie, Fiche 2.6.2

¹¹¹ Lapinte A., Legendre B., 2021, Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres, Etudes et résultats, n°1200, DREES.

¹¹² En outre, une forte densité médicale, participe, dans une logique de concurrence, à la baisse des tarifs pratiqués en secteur 2 (Pla et al, 2020, *Etudes et résultats*, n° 1137, DREES).

¹¹³ Dourgnon P., Jusot F., Fantin R., 2012, Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé, Document de travail, IRDES.

¹¹⁴ Dormont B., Péron M., Does Health Insurance Encourage the Rise in Medical Prices ? A Test on Balance Billing in France, *Health Economics*, 25(9) :1073-1089.

¹¹⁵ Baromètre d'opinion de la Drees, 2023.

4. Conclusion : la diffusion et la hausse des dépassements d'honoraires ont des impacts sur le système de prise en charge et la régulation de l'offre de soins

Les dépassements d'honoraires, initialement réservés à des médecins inscrits sur une liste au titre de leur "notoriété", ont connu un essor à partir de la création du secteur 2 en 1980 à l'initiative du Premier ministre Raymond Barre, prenant acte de l'incapacité de la Sécurité Sociale de suivre l'évolution des dépenses de santé et du besoin de garantir aux médecins une rémunération juste et adaptée à leurs compétences, tout en préservant l'accès aux soins pour tous. Le secteur 2 a permis aux praticiens faisant le choix de ce secteur d'augmenter leurs tarifs sans conséquences pour les comptes de l'assurance maladie. La dynamique du secteur 2 a conduit à son gel au début des années 1990 en définissant des conditions d'installation beaucoup plus restrictives, réduisant l'accès au secteur 2 aux anciens chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux. Elles ont considérablement été élargies depuis, avec pour résultat qu'aujourd'hui une grande part des médecins spécialistes (hors médecine générale) qui s'installent est éligible au secteur 2 du fait des réformes des études médicales et des élargissements successifs des conditions d'accès au secteur 2. Il en résulte une forte dynamique de la part du secteur 2 dans l'ensemble des spécialités, hormis la médecine générale ; cette dynamique devrait se poursuivre, à politique inchangée, du fait de la part du secteur 2 parmi les praticiens qui s'installent : ainsi, si plus de la moitié des spécialistes libéraux en exercice est en secteur 2 aujourd'hui, c'était le cas des trois quarts des praticiens installés dans les trois dernières années.

Les facteurs d'évolution des niveaux de dépassements d'honoraires sont multiples. Les médecins en secteur 2 ont généralement des revenus plus élevés, malgré des tarifs opposables plus faibles qu'en secteur 1, et des niveaux de cotisations sociales et de charges d'exploitation plus élevés. L'évolution des revenus tirés des honoraires opposables (résultant des évolutions de tarifs, d'effets de structure ou de gains de productivité) est le principal élément qui détermine les différences d'évolutions de revenus entre spécialités. Dans certaines spécialités, la croissance des dépassements a en partie compensé l'érosion des revenus tirés des tarifs opposables.

Les dispositifs incitatifs de maîtrise des dépassements d'honoraires (Optam et Optam-ACO), accompagnés d'avantages attractifs, sont désormais choisis par plus de la moitié des praticiens de secteur 2. Cependant, les dispositifs de modération tarifaire incitatifs ont des limites : une part substantielle des praticiens fait l'arbitrage de ne pas adhérer à ces dispositifs (notamment parmi ceux qui pratiquent les niveaux de dépassements les plus élevés) et par ailleurs une part des adhérents à ces dispositifs ne respectent pas leurs engagements. Aussi, après avoir baissé entre 2012 et 2020, les taux de dépassement augmentent à nouveau depuis 2020, et la part d'activité à tarifs opposables des professionnels adhérant au secteur 2, après avoir augmenté jusqu'en 2020, est en repli. Cette hausse des niveaux de dépassement, cumulée à la hausse des effectifs de médecins en secteur 2 qui ne cesse de croître, conduit à une hausse beaucoup plus dynamique des dépenses relatives aux dépassements au cours des cinq dernières années.

La progression du secteur 2 est arrivée à un point où la généralisation des dépassements et leur niveau génèrent des effets systémiques et les déséquilibres sur le système de santé qui deviennent majeurs, jusqu'à remettre en cause les principes fondamentaux qui le sous-tendent.

Le premier impact est l'impact de la dynamique des dépassements d'honoraires pour les patients : risque potentiel pour l'accès en soin, et, en tout état de cause pour les patients qui ne renoncent pas aux soins, une charge financière significative, très variable et imprévisible au cours de leur prise en charge. Le principe de l'assurance maladie obligatoire est de faire en sorte que l'accès aux soins dépende des besoins et non de la capacité à payer. Le fait que l'accès à certains soins, explorations diagnostiques, interventions thérapeutiques, soit aujourd'hui conditionné par les possibilités financières des patients est contraire à ce principe. Au-delà de pratiques de dépassements excessives, le manque d'alternative à tarif opposable dans de nombreux territoires, et la prise en charge le plus souvent partielle de ces dépassements par les complémentaires santé, conduisent à ce que le patient

ne dispose pas réellement d'une maîtrise des dépenses à sa charge au cours son parcours de soins. Les dépassements d'honoraires sont peu lisibles, variables, à la seule discrétion des médecins, ce qui met le patient déjà fragilisé par la maladie dans une situation d'incertitude que le système de protection sociale vise précisément à combattre. Ainsi aboutit-on au paradoxe qu'une couverture maladie globalement très généreuse – avec des restes à charge faibles en moyenne dans notre pays - laisse subsister une insécurité financière au niveau individuel.

Souvent mis en avant par les professionnels, le tact et mesure ne peut constituer une solution. Au-delà de la méconnaissance des patients, de critères nécessairement subjectifs dans son application (mise en évidence par plusieurs enquêtes sociologiques¹¹⁶), les données objectives montrent que les patients modestes ne font que rarement l'objet d'une adaptation tarifaire. En outre, il réintroduit une tarification discrétionnaire, en contradiction avec les fondamentaux de l'assurance maladie qui sont d'ouvrir des droits universels.

La généralisation des dépassements aboutit également à priver d'effet des principes de notre système de prise en charge visant à assurer une couverture plus élevée pour les personnes les plus malades, afin d'éviter que l'état de santé se traduise par des surcoûts excessifs, ce qui se traduit par exemple par le remboursement à 100 % pour les patients atteints d'affections de longue durée. Or la progression de la liberté tarifaire met à mal ces logiques de remboursement : l'augmentation des dépassements induit de fait un recul de la solidarité nationale, sans que cela relève d'une politique et de choix explicites des pouvoirs publics. L'exposition plus forte des patients âgés et en ALD aux montants de dépassements va à rebours de ces objectifs de politique publique.

L'interdiction des dépassements pour les bénéficiaires de la C2S (complémentaire santé solidaire) protège financièrement les plus démunis. Parce qu'elle constitue objectivement un manque à gagner pour les praticiens exerçant en secteur 2 (cf *supra*), et même si beaucoup de médecins accueillent les bénéficiaires de la C2S par déontologie personnelle, de nombreuses enquêtes montrent que des phénomènes de refus de soins, plus ou moins directs, existent.

L'absence de maîtrise des dépassements d'honoraires induit une désocialisation rampante du financement d'actes de soins essentiels

Ces dépassements ne s'appliquent pas à des exigences particulières du patient ou à des éléments dont on peut estimer qu'ils n'ont pas à être financés par la solidarité nationale, mais à des actes, curatifs ou préventifs, dont le caractère essentiel n'est pas mis en cause, et qui concernent des pathologies lourdes.

Le cancer du sein en est une illustration. A titre d'exemple, l'acte de mastectomie analysé en partie 2¹¹⁷, réalisé très majoritairement dans le secteur privé, l'est dans plus de la moitié des cas avec dépassement d'honoraires : environ 400 euros en moyenne pour le seul chirurgien, sans compter le dépassement facturé par l'anesthésiste. Les dépassements sur les interventions de reconstruction mammaire ont été aussi soulignés par les parlementaires, à l'appui de la proposition de loi déposée en mai 2024¹¹⁸ et visant à améliorer la prise en charge des soins liés à cette pathologie. Selon la

¹¹⁶ Voir notamment :

C. Desprès, Les pratiques de repérage de la situation sociale des patients. Analyse anthropologique de discours de praticiens libéraux, Volume 6721, Issue 4, 08/2020, Pages 201-268.

Caroline Desprès et Pierre Lombrail, « Pourquoi refuser de délivrer des soins ? Les logiques du refus à l'encontre des bénéficiaires d'une complémentaire santé publique », *Émulations*, 35-36 | 2020, 21-35.

¹¹⁷ Mastectomie partielle avec curage lymphonodal axillaire – code acte QEFA00810. Ce n'est pas le seul acte de mastectomie.

¹¹⁸ Loi votée le 5 février 2025 (Loi 2025-106 visant à améliorer la prise en charge des soins et dispositifs spécifiques au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie).

commission des affaires sociales du Sénat, « *les dépassements d'honoraires pratiqués lors d'une chirurgie reconstructrice représentent le poste de reste à charge le plus important : en moyenne de 1 391 euros, il peut dans certains cas atteindre jusqu'à 10 000 euros, dissuadant de fait certaines femmes qui n'en auraient pas les moyens d'y recourir* »¹¹⁹.

Les actes de prévention constituent un autre exemple d'incohérence, comme le souligne le rapport de propositions de l'assurance maladie pour 2026. Alors que la politique de santé publique cherche à réduire la mortalité par une détection précoce du cancer colorectal, l'examen de diagnostic par coloscopie, qui est un acte clé, peut faire l'objet d'importants dépassements d'honoraires, qui croissent tendanciellement (pour une coloscopie, en cas de dépassements, ceux-ci dépassent 350 euros dans 10% des cas). Pour les mammographies, les dépistages individuels augmentent au détriment du dépistage organisé, qui ne permet pas aux radiologues de facturer des dépassements d'honoraires. L'Assurance maladie constate également une association de plus en plus fréquente à la mammographie d'une échographie mammaire faisant l'objet de dépassements d'honoraires¹²⁰.

Au-delà des risques pour l'accès aux soins qu'ils peuvent induire pour certains patients, les dépassements d'honoraires ont également d'autres impacts systémiques.

Le niveau non maîtrisé des dépassements d'honoraires met en échec les efforts d'adéquation tarifaire

La pratique des dépassements d'honoraires majore les revenus par rapport aux praticiens qui exercent en secteur 1, ou permettent de réaliser moins d'actes en ayant le même revenu. Au sein de chaque spécialité, la hiérarchie des revenus est moins liée à la quantité et à la complexité du travail fourni qu'à la capacité à fixer des tarifs plus ou moins élevés. L'Optam accorde aux praticiens en secteur 2 des avantages similaires au secteur 1. Cela pourrait nourrir la revendication d'un droit à dépassement pour les médecins généralistes quasi-exclusivement en secteur 1 et nuire à l'attractivité de la médecine générale.

Les dépassements d'honoraires contribuent en partie à accroître les écarts de revenus entre l'exercice libéral et l'exercice salarié.

Au sein des professionnels libéraux, les spécialistes qui ont dans leur patientèle une part importante de patients démunis bénéficiaires de la C2S (pour lesquels ils ne peuvent pas pratiquer de dépassements) sont pénalisés par rapport à leurs confrères qui soignent des patients plus aisés. Une étude a ainsi montré, sur la période 2005-2014, que le dépassement moyen par acte baissait significativement quand les médecins accueillaient plus de patients bénéficiaires de la CMUc¹²¹.

L'importance des dépassements peut contribuer à des écarts de rémunération difficilement justifiables entre spécialités, même si les tarifs opposables contribuent également à ces écarts.

L'ampleur des dépassements risque enfin de vider de sa portée l'ambition, partagée par les partenaires conventionnels, d'une refonte de la classification commune des actes médicaux (CCAM) technique visant à assurer une hiérarchisation relative des actes reposant sur l'effort médical et le coût de la pratique qui fait l'objet de travaux d'objectivation. En effet, la capacité des professionnels à fixer les

¹¹⁹ Compte rendu de la commission des affaires sociales, séance du 23 octobre 2024.

<https://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20241021/soci.html#toc6>

¹²⁰ Rapport charges et produits pour 2026

¹²¹ A titre d'illustration, une augmentation de 5 % des bénéficiaires de la CMUc dans la patientèle d'un spécialiste se traduit, toutes choses égales par ailleurs, par une diminution de 11 % du taux de dépassement moyen. Source : 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

dépassements d'honoraires risque d'annuler les effets des ajustements de tarifs opposables qui résulteraient de cette refonte de la CCAM inscrite dans la convention médicale.

La diffusion des dépassements et leur ampleur accentuent les tensions relatives à l'adéquation de l'offre de soins

Les dépassements d'honoraires contribuent à l'attractivité de l'installation dans les zones déjà très bien dotées en spécialistes.

Ils sont également incités de ce fait à s'installer dans les territoires où ils peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires, donc où résident des populations aisées, et non dans les zones les plus défavorisées socialement, où la capacité de la population à financer les dépassements est moins importante. Or ces zones sont aussi en général les plus mal desservies. L'incitation financière générée par les dépassements d'honoraires tend ainsi à aggraver les inégalités territoriales.

Par ailleurs, alors même qu'on a du mal à satisfaire les besoins dans une période de pénurie de professionnels, le levier tarifaire permet d'atteindre un revenu cible avec un volume d'activité réduit. Les données exposées ci-dessus le montrent, mais aussi des travaux de recherche qui ont mis en évidence une élasticité importante de l'offre de travail aux tarifs pratiqués.

A politique inchangée, ces effets systémiques et ces déséquilibres ont toute raison de se poursuivre, et seront d'autant plus difficiles à traiter qu'ils se seront diffusés à une très large partie de l'offre de médecine spécialiste libérale. Ceci invite les pouvoirs publics à agir avec urgence. Les travaux du HCAAM se poursuivront pour proposer des pistes de réformes permettant d'y répondre.

Les réformes à mener devront en premier lieu répondre à un enjeu d'équité de l'accès aux soins, face à un système devenu largement illisible et parfois considéré comme injuste par les assurés, et qui présente un risque réel de renoncement aux soins ou de charge financière excessive. De plus, s'ils n'en sont pas la cause unique, les dépassements peuvent accentuer certaines tensions relatives à l'adéquation de l'offre aux besoins de la population. Les leviers à mobiliser devront donc s'attacher à créer des incitations favorables à une meilleure répartition de l'offre. Ces constats invitent enfin à réexaminer les disparités de revenu entre les spécialités, au sein des spécialités, et entre les modes d'exercice, de sorte que celles-ci soient plus équilibrées.

Annexe 1. Liste des 14 actes retenus et critères de sélection

Dans un premier temps, tous les actes techniques (repérés par leur code CCAM) réalisés plus de 10 000 fois dans l'année et avec un montant moyen de dépassement (tous actes, y compris ceux réalisés en secteur 1, et tous patients confondus) supérieur à 100 euros ont été identifiés. L'application de ce double critère a fourni une liste de 62 actes, parmi laquelle a été ensuite sélectionné un sous-échantillon de 14 actes.

Cette deuxième sélection a été conduite de manière à avoir une hétérogénéité entre les actes en termes de dépassements d'honoraires (cf. graphique 1), de poids de l'hôpital public (en volume) et de concentration des dépassements chez les patients les plus favorisés. Cette hétérogénéité est nécessaire pour identifier les facteurs explicatifs de la concentration des dépassements plus ou moins forte selon les actes. Les données ont été extraites depuis le portail SNDS, dans le DCIR (Données de Consommation Inter-Régimes) pour les actes réalisés en libéral, et dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour ceux réalisés à l'hôpital public.

Code AAP	Libellé CCAM	Libellé retenu dans l'étude
HFFC01810	Gastrectomie longitudinale [Sleeve gastrectomy] pour obésité morbide, par coelioscopie	Sleeve gastrectomie
NFMC00310	Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou par autogreffe, par arthroscopie	Ligament croisé
JGFC00110	Vésiculoprostatectomie totale, par coelioscopie	Prostatectomie
HBGD03810	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	Dents sagesse
BFGA42710	Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'oeil, sans implantation de dispositif de drainage trabéculaire	Cataracte
NFKA00710	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartmentaire sur une déformation inférieure ou égale à 10° dans le plan frontal	Prothèse genou
NEKA02010	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale	Prothèse totale de hanche
QEFA00810	Mastectomie partielle avec curage lymphonodal axillaire	Mastectomie
FAFA01510	Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie	Amygdalectomie
JKNE00110	Abrasion de la muqueuse de l'utérus [Endométréctomie], par hystéroscopie	Endométréctomie
JKFA03110	Conisation du col de l'utérus	Conisation utérus
JQGA00310	Accouchement par césarienne au cours du travail, par laparotomie	Césarienne non programmée
JQGD01210	Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une multipare	Accouchement (voie naturelle)
JQGA00210	Accouchement par césarienne programmée, par laparotomie	Césarienne programmée



Créé par décret du 7 octobre 2003, pérennisé par la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) rassemble les acteurs du système d'assurance maladie et des personnalités qualifiées, et contribue à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie. Les travaux du Hcaam (rapports et avis), élaborés sur la base d'un programme de travail annuel et de saisines ministérielles, sont publics et peuvent être consultés sur le site Internet de la sécurité sociale.

Dernières publications et actualités du Hcaam

<https://www.securite-sociale.fr/hcaam>

Contact

hcaam@sante.gouv.fr – 06 59 44 15 49

Adresse postale HCAAM

78/84 rue Olivier de Serres - CS 59234 -
75739 PARIS cedex

Locaux HCAAM

78-84 rue Olivier de Serres
75015 PARIS



**HAUT-COMMISSARIAT
À LA STRATÉGIE
ET AU PLAN**

*Liberté
Égalité
Fraternité*