



Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Rapport du HCAAM

Trois scénarios pour une réforme des dépassements d'honoraires des médecins

Juin 2026

Synthèse	4
1. Introduction.....	10
1.1. La régulation actuelle des dépassements d'honoraires ne suffit plus.....	10
1.2. La progression des dépassements expose les patients à des restes à charge élevés pour des soins essentiels.....	12
1.3. Elle contribue à accroître les déséquilibres de l'offre de soins.....	13
1.4. Objectifs et leviers de réformes	15
1.5. Ce que traite ce rapport – et ce qu'il ne traite pas.....	21
2. Scénario 1. Une régulation maximale, pouvant tendre vers la fin des dépassements d'honoraires.....	24
2.1. Un impact à la baisse sur les honoraires et les revenus des praticiens de secteur 2 ...	24
2.2. Des revalorisations tarifaires ne pourraient pas totalement compenser les pertes pour les professionnels.....	27
2.3. Un scénario de mise en place graduelle	29
2.4. Impact pour les patients.....	30
2.5. Impact sur les couvertures complémentaires	30
2.6. Résumé des impacts du scénario 1	32
3. Scénario 2. Renforcer l'offre à tarif opposable en rendant le secteur 2 plus sélectif : revoir les conditions d'accès au secteur 2	33
3.1. Option 1 : redéfinir les conditions sur titre	35
3.2. Option 2 : conditionner l'exercice en secteur 2 à un nombre d'années d'expérience.....	36
3.3. Conditionner l'exercice en secteur 2 à une installation dans un territoire sous-doté pour la spécialité considérée : des difficultés de méthode, des impacts incertains	37
3.4. Rendre plus attractif le secteur 1 par des mesures incitatives : un coût très élevé au regard des effets pouvant être attendus.....	39
3.5. Lier exercice en secteur 2 et engagements des professionnels : les incitations à la qualité doivent s'appliquer à tous les professionnels	41
3.6. Une régulation des dépassements pratiqués limitée aux dépassements excessifs	42
3.7. Impact pour les patients.....	42
3.8. Impact sur les couvertures complémentaires	43
3.9. Résumé des impacts du scénario 2.....	44
4. Scénario 3. Une régulation concentrée sur les pratiques de dépassements.....	45
4.1. Description du scénario.....	46
4.1.1. Quel que soit le professionnel, un droit au tarif opposable sous condition de ressources du foyer du patient	46
4.1.2. Cadre pour les nouveaux installés en secteur 2	48
4.1.3. Illustration concrète.....	50

4.1.4.	Cadre pour les médecins déjà installés en secteur 2.....	53
4.1.5.	Mesures pour le secteur 1.....	54
4.2.	Ce scénario pourrait servir de cadre à une trajectoire de long terme combinant revalorisations tarifaires et réduction des dépassements.....	54
4.3.	Quelques difficultés et risques	54
4.4.	Impact pour les patients.....	55
4.1.	Impact pour les praticiens.....	57
4.2.	Impact sur les couvertures complémentaires	57
4.3.	Résumé des impacts du scénario 3.....	60
Conclusion	61
Annexe A.	Chiffrage des trois scénarios	63
A. 1.	Scénario 1	63
A.1.1.	Impact sur les dépassements d'honoraires et sur les restes à charge des patients	64
A.1.2.	Impact sur les praticiens	65
A.1.3.	Impact sur l'assurance maladie obligatoire et complémentaire	71
A. 2.	Scénario 2	71
A.2.1.	Impact sur les dépassements d'honoraires	71
A.2.2.	Impact sur l'assurance maladie obligatoire et complémentaire	73
A.2.3.	Impact sur les patients	75
A.2.4.	Impact sur les praticiens	76
A. 3.	Scénario 3	77
A.3.1.	Portée et limites des simulations présentées.....	79
A.3.2.	Impact sur les dépassements d'honoraires	81
A.3.3.	Projections des dépassements d'honoraires.....	83
A.3.4.	Impact sur les patients	86
A.3.5.	Impact sur les praticiens	86
A.3.6.	Impact sur l'assurance maladie obligatoire et complémentaire	87
Annexe B.	L'évolution dans le temps de l'éligibilité au secteur 2 : éléments de diagnostic complémentaires.....	94
Annexe C.	Autres mesures chiffrées : hausse du seuil d'opposabilité pour certains patients	101
Annexe D.	Autres mesures chiffrées : relever le seuil d'éligibilité à la C2S.....	106

Synthèse

Dans le prolongement de son rapport consacré à l'état des lieux des dépassements d'honoraires, ce rapport du Hcaam propose des scénarios d'évolution de la régulation des dépassements d'honoraires des médecins.

Réformer cette régulation constitue aujourd'hui un enjeu urgent de notre système de santé

La dynamique des dépassements d'honoraires impose d'agir à court terme. Ils ont augmenté de +5,3% par an en euros constants entre 2019 et 2025 (pour les spécialistes autres que les médecins généralistes). A ce rythme, ils pourraient atteindre plus de 10 Mds d'euros en 2040, contre 4,7 Mds en 2025.

Le secteur 2 se généralise parmi les spécialistes autres que les généralistes. Pour les jeunes spécialistes s'installant en libéral, le choix du secteur 2 a fortement augmenté depuis les années 2000 jusqu'à devenir progressivement une norme : 75% d'entre eux s'installent en secteur 2 en 2024, contre 58% en 2010. En poursuivant à ce rythme, le secteur 2 pourrait concerner près de 90% des spécialistes libéraux à horizon 2040, contre 56% aujourd'hui.

L'Optam/Optam-ACO, qui constitue le principal dispositif de régulation des pratiques tarifaires, atteint aujourd'hui ses limites. En effet, il maintient d'importants écarts de pratique tarifaire entre professionnels, entre spécialités, et entre régions, dès lors que les engagements des professionnels (taux de dépassements moyens, la part d'activité à tarif opposable) sont définis par référence à leur pratique antérieure ou, pour les nouveaux installés, de la pratique moyenne. Ces engagements sont mesurés sur la pratique globale de chaque professionnel, ce qui expose les patients à des différences de pratiques non justifiées et imprévisibles, et rend les engagements peu contrôlables. Par ailleurs, le dispositif est optionnel, ce qui écarte toute possibilité de maîtrise des dépassements les plus élevés et permet aux médecins d'en sortir à tout moment exposant ainsi la collectivité à un risque de sortie à terme du dispositif de ses adhérents. Enfin, les incitations financières qui sont nécessaires à le rendre attractif ont pour effet que l'installation en secteur 1 n'offre plus d'avantage relatif.

Cette progression des dépassements n'est pas soutenable et expose les patients à des restes à charge élevés. Certes, la C2S (complémentaire santé solidaire) protège 13% des assurés les plus modestes de la facturation de dépassements. Mais ils peuvent représenter une charge élevée pour les autres patients dans de nombreux parcours de soins essentiels, et ne sont que partiellement couverts par l'assurance maladie complémentaire, à hauteur de 40% en moyenne, avec de fortes disparités entre contrats d'entreprise et contrats individuels. Pour les assurés, ces dépenses sont peu prévisibles, en partie contraintes par les difficultés d'accès à une offre à tarif opposable, et le niveau de prise en charge est complexe et peu lisible. La réalité de la pratique du tact et mesure ne permet pas de garantir que les tarifs sont adaptés à la situation économique des patients.

Enfin, le développement des dépassements contribue à creuser des inégalités entre professionnels : il encourage la concentration des spécialistes dans les territoires aux revenus plus élevés, réduit l'offre disponible, et contribue aux écarts d'attractivité entre la médecine générale et les autres spécialités. Surtout, dans un système où les praticiens fixent eux-mêmes

leurs prix, il vide les évolutions tarifaires de leur portée, que ce soit pour les professionnels comme pour les patients, aboutissant à limiter l'intérêt pour le financeur de consentir à des évolutions tarifaires. Cette évolution risque de conduire à une désocialisation de la prise en charge de la médecine de spécialités par l'assurance maladie, s'éloignant de la logique collective et des valeurs d'accessibilité aux soins. Une hausse de la prise en charge par les assurances complémentaires ne peut constituer une solution en soi, en raison des effets inflationnistes qu'elle pourrait avoir à la fois sur les cotisations des assurés, en particulier les moins bien couverts, et sur les tarifs pratiqués.

Les principes des scénarios de réforme instruits par le Hcaam

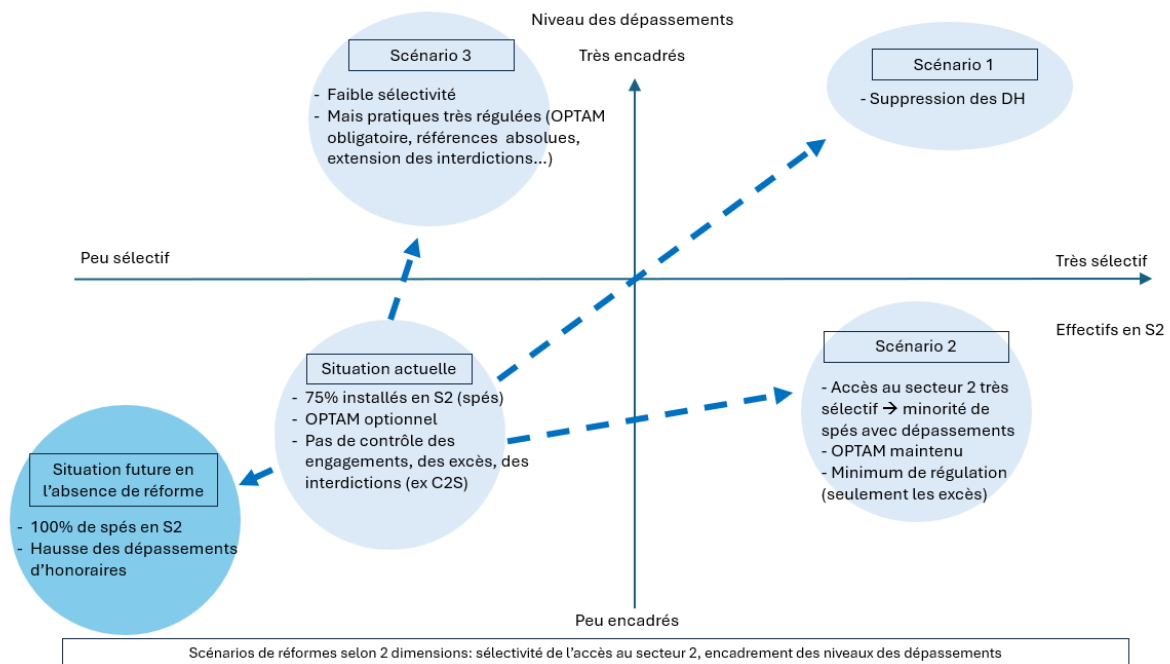
Réinscrire les dépassements d'honoraires dans un cadre mieux régulé constitue un enjeu d'intérêt collectif : pour les patients, pour l'équilibre du système de santé, et pour les professionnels eux-mêmes. L'accélération de la hausse des montants et l'arrivée future de promotions de spécialistes plus nombreuses rend indispensable de réformer ce cadre à courte échéance.

Les propositions instruites par le Hcaam partagent comme objectif de permettre un accès équitable aux soins spécialisés. Il s'est attaché à construire des réponses dans un cadre d'organisation et de financement de la médecine spécialisée par ailleurs inchangé : à cet égard, ce rapport fait le choix de ne pas conditionner la réponse à la question des dépassements d'honoraires à une généralisation du salariat comme cadre d'exercice de la médecine. Cela ne préjuge en rien du positionnement du Hcaam sur des évolutions plus structurelles, qui supposeraient toutefois des travaux dédiés.

Deux grands leviers de régulation peuvent être activés pour agir sur les dépassements d'honoraires : assurer un niveau important d'offre à tarif opposable, par exemple en rendant l'accès au secteur 2 plus sélectif ; agir sur le niveau des dépassements, en encadrant davantage les pratiques tarifaires de ceux qui en réalisent.

L'activation de ces leviers permet de dessiner trois scénarios de réformes possibles. Sans s'imposer un consensus sur le scénario à privilégier, ce rapport présente les contours qu'ils pourraient prendre, et décrit, au sein de chacun d'entre eux, les mesures possibles en exposant leurs enjeux en termes de faisabilité, d'acceptabilité, et d'efficacité. Il retient des paramètres illustratifs pour plusieurs d'entre elles, afin de pouvoir rendre compte à partir d'estimations chiffrées des impacts à en attendre sur le montant des dépassements, les assurances maladie obligatoire et complémentaires, les médecins et les patients.

SCHEMA DES SCENARIOS DE REGULATION DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES INSTRUITS PAR LE HCAAM



Scénario 1: une régulation maximale, pouvant tendre vers la fin des dépassements d'honoraires

Ce scénario de régulation maximale consiste à réduire à la fois le nombre de professionnels réalisant des dépassements d'honoraires et le niveau de leurs dépassements, pouvant tendre vers la suppression totale des dépassements d'honoraires.

Une telle réforme serait radicale si elle s'appliquait immédiatement à l'ensemble des professionnels : si l'on imposait à tous les spécialistes libéraux d'exercer dans les conditions actuelles du secteur 1, 95% des spécialistes actuellement en secteur 2 verraient leurs honoraires baisser de 28% en moyenne. Et ce, malgré l'alignement sur les tarifs du secteur 1 dont bénéficieraient les médecins actuellement en secteur 2 non Optam et la prise en charge par l'assurance maladie de leurs cotisations sociales, qui représenteraient un coût d'environ 700 M€ pour l'assurance maladie obligatoire. Les baisses de revenus seraient certes plus élevées pour ceux dont les dépassements sont les plus élevés, et elles pourraient conduire les médecins concernés à augmenter leur activité médicale pour compenser ces pertes.

Même si l'assurance maladie consentait un investissement financier important pour « racheter » les dépassements, le nombre de perdants resterait élevé : les sommes allouées seraient réparties sur l'ensemble des spécialistes, y compris en secteur 1, et les pratiques tarifaires sont extrêmement variables entre les professionnels en secteur 2. A titre d'exemple, si l'assurance maladie allouait 4 Mds d'euros, soit un montant environ équivalent aux dépassements d'honoraires actuels, à la revalorisation des seuls spécialistes hors médecine générale, la totalité des professionnels en secteur 1 et une partie de ceux en secteur 2 en bénéficieraient, mais il resterait 60% de perdants parmi les spécialistes de secteur 2.

Un tel scénario peut constituer une cible à atteindre à moyen/long terme pour tendre vers la suppression totale des dépassements d'honoraires, mais ne pourrait se mettre en place que de façon très graduelle, avec des effets dans le temps long. Cela pourrait consister à cibler la fermeture du secteur 2 sur les nouvelles installations, et à plafonner progressivement les

dépassements d'honoraires des professionnels déjà installés en secteur 2. Ces deux mesures supposeraient des revalorisations tarifaires en parallèle, dont il est difficile de savoir quel calibrage dans le temps permettrait de les rendre acceptables. Elles devraient conduire en tout état de cause à rééquilibrer les revenus entre secteurs d'activité et au sein de chaque spécialité, et - si elles sont différenciées selon les spécialités - entre les différentes spécialités. La refonte de la CCAM seule ne suffirait pas à atteindre ce dernier objectif, d'une part parce qu'elle ne porte que sur les actes techniques, et d'autre part car l'existence des dépassements d'honoraires rend très incertaine son impact sur les revenus des professionnels.

Pour les patients, ce scénario maximiserait la réduction des restes à charge et le financement solidaire de l'offre de soins et permettrait d'aboutir à un système beaucoup plus simple, lisible et sécurisant.

Scénario 2 : renforcer l'offre à tarif opposable en rendant le secteur 2 plus sélectif : revoir les conditions d'accès au secteur 2

Ce scénario met l'accent sur la réduction des effectifs de secteur 2, plus que sur la régulation des niveaux de dépassement. L'idée est que si la pratique des dépassements d'honoraires ne concernait qu'une petite fraction des praticiens, l'objectif d'un large accès aux soins à tarifs opposables serait garanti, et dès lors la régulation pourrait se limiter, sur ce secteur 2 contingenté, à éviter les excès.

Un scénario visant à rendre le secteur 2 plus sélectif nécessiterait des nouvelles conditions d'accès au secteur 2, plus restrictives que celles qui ont prévalu par le passé. En se reposant sur des critères objectifs de carrière et en s'approchant de la logique actuelle, ce rapport instruit deux mesures, qui pourraient ou non se cumuler : restreindre l'accès au secteur 2 aux seuls anciens chefs de clinique assistants et conditionner l'exercice en secteur 2 à un certain nombre d'années d'expérience, par exemple 5 ou 10 années d'activités médicales. Ces mesures ne concerneraient que le flux des jeunes installés. La restriction des titres d'accès au secteur 2 aux seuls anciens chefs de clinique assistants aurait pour effet de réduire à 45% l'effectif de chaque génération de nouveaux médecins éligibles, soit une baisse conséquente par rapport aux entrées en secteur 2 actuelles. Elle maintiendrait tendanciellement la part du secteur 2 proche du niveau actuel, voire légèrement en deçà avec les mesures les plus restrictives portant sur les années d'expérience.

Les dépassements augmenteraient moins vite, sans pour autant se réduire : la restriction de l'accès au secteur 2 à 45% des cohortes contient la hausse des dépassements, qui atteindraient alors 6,9 Mds € à horizon 2040. Un gel du montant des dépassements pourrait être obtenu à court terme en restreignant l'accès au secteur 2 à 10 années d'expérience. L'offre à tarif opposable augmenterait substantiellement à horizon 2040 avec le cumul des deux mesures.

Ce scénario impliquerait un coût pour l'AMO du fait d'un nombre plus élevé à terme de professionnels en secteur 1 : ce coût serait progressif et faible à court terme, et atteindrait environ 500 M € à terme.

Dans ce cadre, une régulation des montants des dépassements d'honoraires pourrait se limiter à rendre effective l'interdiction des dépassements excessifs. Il pourrait être proposé de poser une limite opposable, compréhensible pour les patients et les médecins, simple à contrôler, en plafonnant les dépassements autorisés à 150% du tarif conventionnel par acte. Cette

restriction aurait des effets immédiats même si elle ne concerne qu'une minorité de médecins en exercice (13% des libéraux en secteur 2).

Tel qu'il est envisagé dans ce rapport, ce scénario permet de stabiliser la part du secteur 2, mais sans parvenir à le réduire à un niveau très minoritaire et à garantir un accès très large à une offre à tarif opposable. Le secteur 2 devrait alors sans doute alors conserver sa dualité entre Optam et non-Optam. Ainsi, ce scénario ne rend pas le système plus lisible pour les assurés dès lors que des secteurs à tarifs distincts continueraient de coexister (secteurs 1 et 2, voire Optam/non Optam). Cette lisibilité pourrait être améliorée à la marge par des mesures visant à aider les patients à s'orienter dans le système, voire à mieux anticiper les tarifs et leur prise en charge.

Scénario 3 : une régulation concentrée sur les pratiques de dépassements

Ce scénario pose comme principe que dès lors que le secteur 2 se diffuse à une fraction importante des praticiens libéraux, il n'est pas concevable que les pratiques tarifaires ne soient pas plus strictement encadrées.

Il repose tout d'abord sur un droit au tarif opposable défini pour une partie de la population, qui pourrait être accordé en fonction d'un seuil de ressources supérieur plus élevé que celui de la C2S. Cette mesure se substitue à un comportement discrétionnaire des médecins, le « tact et mesure », et crée un droit objectif au tarif opposable protégeant les patients en-deçà d'un seuil de ressources à définir et qui s'appliquerait à l'ensemble des professionnels (anciens comme nouveaux).

Des règles nouvelles encadrant la pratique des dépassements s'appliqueraient aussi à tous les nouveaux installés de manière obligatoire, mettant fin au caractère optionnel des dispositifs actuels, en deux temps : le droit à dépassements ne serait acquis qu'au terme d'une durée d'expérience préalable (il n'y aurait pas de dépassement en début de carrière), ensuite, après un certain nombre d'années d'expérience, le droit à dépassements serait plafonné. Ce plafond prendrait la forme d'un taux maximal applicable à chaque acte, ce qui est plus lisible pour les assurés et facilement contrôlable. Afin de tenir compte des écarts importants de revenus entre spécialités, une revalorisation des tarifs conventionnels serait prévue ; par ailleurs, pour les spécialités pour lesquelles les tarifs conventionnels assurent déjà des revenus élevés en secteur 1, un taux plafond plus bas pourrait être défini que pour les autres spécialités.

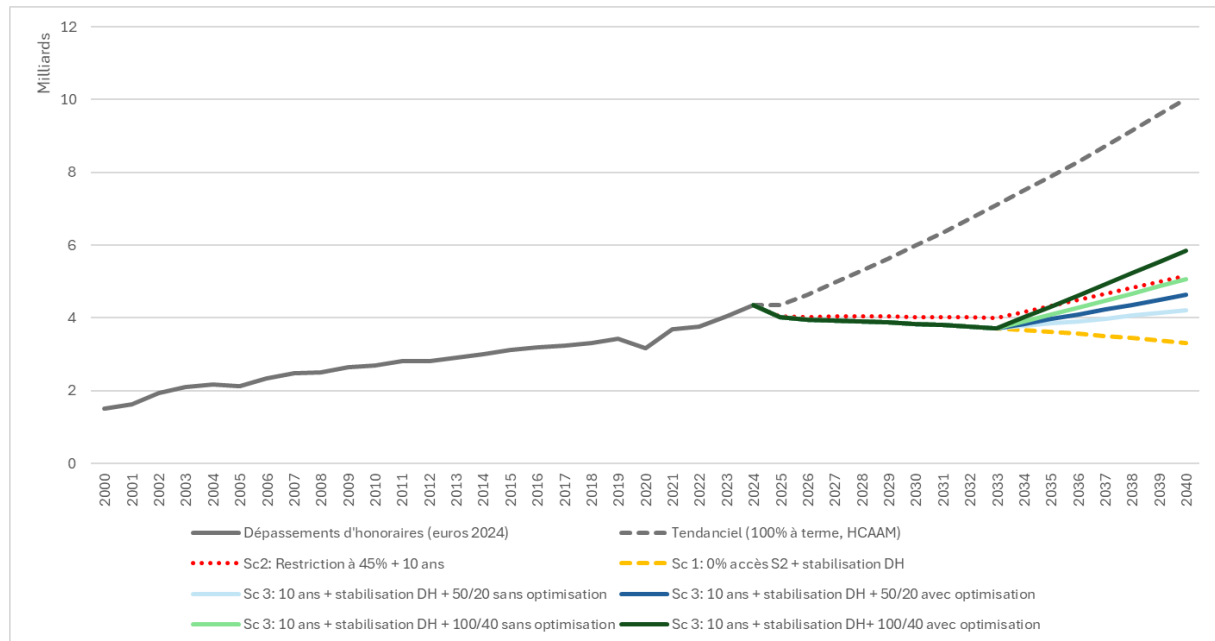
Dans une période de transition, la situation des praticiens déjà en exercice serait gelée : ceux-ci pourraient opter pour le nouveau régime ou conserver le bénéfice de leur situation actuelle, et se verraient alors appliquer l'obligation de stabiliser leurs pratiques tarifaires antérieures à la réforme.

Pour les praticiens qui restent dans le système actuel, il n'y aura pas d'impact immédiat sur les honoraires. Après montée en charge complète de la réforme, dans la situation actuelle, le coût pour l'AMO incluant l'alignement des tarifs sur le secteur 1, la prise en charge des cotisations sociales, et les revalorisations tarifaires pour les spécialités les moins rémunérées, serait d'environ 700 M €.

Dans le schéma d'entrée en vigueur progressive proposé, la réforme produirait un impact sur le niveau des dépassements d'honoraires en deux temps. Dans un premier temps, une condition d'exercice en secteur 1 pendant les 10 premières années d'exercice permettrait de

freiner l'évolution des dépassements d'honoraires et de les maintenir à un niveau proche du niveau actuel et du scénario 2. Dans un second temps, les dépassements d'honoraires repartiraient à la hausse, de façon variable selon les paramètres retenus. A titre d'illustration, une variante avec un plafond de dépassements à 50% et 20% d'activité à tarif opposable conduirait à des évolutions intermédiaires des dépassements, vraisemblablement situées entre celles projetées pour les scénarios 1 et 2. L'impact sur l'offre à tarif opposable sera également progressif mais nettement supérieur à ce que permettrait d'atteindre, dans ses mesures les plus restrictives, le scénario 2.

PROJECTION DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES DANS LES 3 SCENARIOS



A terme, cette voie de réforme rendrait possible de mettre fin progressivement aux dépassements d'honoraires : la revalorisation progressive des actes pourrait s'accompagner de la baisse des plafonds de dépassements, avec des engagements pluriannuels des pouvoirs publics et une trajectoire affichée avec des objectifs de long terme. Un tel scénario permettrait de donner sa portée à des démarches de mise en adéquation des tarifs tels que la refonte de la CCAM technique : il réduirait les risques d'effets de vases communicants (dans un sens ou l'autre) entre tarif opposable et dépassements qui affaibliraient la portée de la CCAM.

Un tel système serait plus lisible pour les assurés, avec, à terme, une offre à tarif opposable assez large et accessible et une offre avec des dépassements encadrés et prévisibles.

1. Introduction

Dans le prolongement de son rapport consacré à l'état des lieux des dépassements d'honoraires, le Hcaam a souhaité travailler à des scénarios d'évolution de la régulation des dépassements d'honoraires.

Réformer cette régulation constitue aujourd'hui un enjeu urgent de notre système de santé.

1.1. La régulation actuelle des dépassements d'honoraires ne suffit plus

Le principal dispositif de régulation des pratiques de dépassements d'honoraires des professionnels autorisés à réaliser des dépassements (secteur 2 ou secteur 1 avec droit à dépassement permanent – DP) est aujourd'hui constitué de l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), décliné en Optam-ACO (anesthésie-chirurgie-obstétrique). Ce dispositif est l'héritier du contrat d'accès aux soins (CAS), qui pour la première fois tentait de réguler les pratiques tarifaires des professionnels en secteur 2, à travers des engagements portant sur les taux moyens de dépassements et sur la part d'activité à tarif opposable. Comme le CAS, l'Optam / Optam-ACO constitue un dispositif contractuel de maîtrise des dépassements auquel peuvent adhérer les médecins libéraux dont le taux de dépassements (recalculé sur les tarifs de secteur 1) est inférieur à 100%, et auquel souscrivent en 2024 53% des praticiens éligibles (soit 49% des praticiens en S2). Dans le cadre de l'Optam/Optam-ACO, les praticiens s'engagent à ne pas augmenter leur taux de dépassement moyen, et à ne pas baisser la part d'activité réalisée à tarif opposable, avec – pour les médecins nouvellement installés – un plafonnement en référence à une moyenne régionale par spécialité. La mise en place de ces dispositifs a été concomitante d'une baisse des taux de dépassement et d'une hausse de la part d'activité à tarif opposable au cours des années 2010. La tendance s'est renversée après 2020, même si les taux de dépassements et de part d'activité à tarif opposable restent à des niveaux plus favorables que ce qu'ils étaient en 2012.

Le dispositif de l'Optam/OptamACO présente deux faiblesses intrinsèques : la première est qu'il est autoréférencé, c'est-à-dire que chaque praticien ne se voit opposer pour norme que sa propre pratique, ou, pour les nouveaux installés, la pratique moyenne : de ce fait, il entérine d'importants écarts de pratique tarifaire entre professionnels, entre spécialités, entre régions – la référence à la pratique moyenne régionale fait d'ailleurs désormais de correctifs pour tempérer cet effet. La deuxième est qu'il est optionnel : même si plus de la moitié des praticiens éligibles y ont adhéré, il n'y a pas d'obligation d'y adhérer, et les professionnels peuvent à tout moment arbitrer entre les avantages de l'Optam et ceux de la liberté tarifaire (soit un niveau de dépassement supérieur aux plafonds de dépassement de l'Optam, soit une perspective de pouvoir accroître les niveaux de dépassement pratiqués) ; le dispositif n'a donc aucune portée sur les médecins aux dépassements les plus élevés (la proportion d'adhérents diminue fortement avec le taux de dépassements pratiqués : fin 2025, 17,5% sur les professionnels pratiquant entre 80 et 100% de taux de dépassements, 4,5% chez ceux qui dépassent 100%). Les professionnels peuvent également sortir à tout le moment de l'Optam, ce qui expose la collectivité à un risque de sortie à terme du dispositif pour les actuels adhérents à l'Optam qui auraient la perspective d'accroître leur niveau de dépassement. Il en

résulte en outre un affaiblissement de la portée de l'engagement dans l'Optam : alors que le non-respect de l'Optam ne peut être constaté qu'*a posteriori*, la principale sanction pérenne de ce non-respect consisterait à faire sortir le praticien de l'Optam, ce qui peut constituer un choix assumé. En 2024, seulement 53,6% des adhérents à l'Optam et 30,9% des adhérents à l'Optam-CO respectaient leurs engagements : 17,3% des adhérents à l'Optam et 34,8% des adhérents à l'Optam-CO avaient un écart de 20 points et plus ; ces chiffres se sont dégradés dans le temps. Enfin, le caractère optionnel de l'Optam a rendu nécessaire de lui donner une attractivité financière (les adhérents bénéficient de la prime Optam, qui compense une partie de leurs cotisations sociales, ainsi que des tarifs de secteur 1, d'un partage de gains des revalorisations tarifaires, et de l'éligibilité à plusieurs aides conventionnelles), qui, outre leur coût conséquent pour l'Assurance maladie, ont pour effet que l'installation en secteur 1 n'offre plus d'avantage relatif¹.

Tandis que ce dispositif de régulation des pratiques tarifaires présente des limites, l'accès au secteur 2 des spécialistes autres que les généralistes est lui peu limité, en pratique, par les conditions de titre nécessaires.

Depuis vingt-cinq ans, dans toutes les spécialités hors médecine générale, la proportion de praticiens pratiquant des dépassements d'honoraires n'a cessé d'augmenter. De 37 % en 2000, elle est passée à 41 % en 2010, 50 % en 2020, et est proche de 60 % aujourd'hui (56% en 2024). **L'installation en secteur 2 a fortement augmenté jusqu'à devenir progressivement une sorte de norme pour les nouveaux professionnels** : la proportion de jeunes spécialistes (hors médecine générale) qui s'installent en libéral en secteur 2 est passée de 58% en 2010, 64% en 2017, à 75% en 2024. Cette évolution semble principalement s'expliquer par la plus forte propension parmi les éligibles à choisir le secteur 2, bien plus que par un élargissement des conditions d'accès au secteur 2 (annexe B sur l'éligibilité au secteur 2).

Cette progression du secteur 2 depuis les années 2000 a enclenché un cercle vicieux. Dans un système où les praticiens fixent eux-mêmes leurs prix, il n'y a aucun intérêt pour le financeur à consentir des revalorisations tarifaires dont rien ne dit qu'elles auront un effet de modération pour les patients : c'est un peu remplir le tonneau des Danaïdes. Mais en retour, la décision de réserver certaines revalorisations au secteur 1, avec pour conséquence une différenciation des tarifs entre les deux secteurs, a conforté le fait que les praticiens du secteur 2 fixent leurs revalorisations de façon discrétionnaire au travers de leurs dépassements, s'éloignant de la logique collective et des valeurs d'accessibilité aux soins portée par la convention.

Ainsi, malgré l'inflexion des taux de dépassements depuis 2012, les montants de dépassements ont progressé constamment (hors 2020), avec une accélération en période récente. Ils atteignent 4,7 Mds € en 2025 (hors médecins généralistes) et ont augmenté de +5,3% par an en euros constants entre 2019 et 2025. Cela résulte à la fois de la hausse du nombre de médecins en secteur 2 (+3,8% par an entre 2019 et 2024), et de la hausse des dépassements d'honoraires par tête (+1,1% par an), elle-même tirée par la hausse des dépassements sur les actes techniques.

¹ Le montant moyen annuel de la prime est de 11 475€ en 2024 pour les spécialistes.

Le dispositif des dépassements d'honoraires, faute d'une régulation suffisante, a aujourd'hui échappé à la maîtrise pour prendre des proportions, en montants et en nombre de professionnels concernés, qui n'étaient certainement pas imaginables lors de sa création en 1980. Si on se rapporte aux raisons qui ont alors conduit à la création de ce secteur 2 – accorder des revalorisations sans en faire supporter le coût à l'assurance-maladie obligatoire – on voit combien il aurait été possible de répondre autrement à ces objectifs (par exemple, en augmentant le tarif opposable tout en baissant les taux de remboursement) autrement qu'avec une liberté tarifaire qui par construction fait perdre une capacité de maîtrise et de régulation et qui contribue à creuser toujours plus les inégalités entre professionnels et patients.

1.2. La progression des dépassements expose les patients à des restes à charge élevés pour des soins essentiels

Les dépassements appliqués aux patients au cours de leurs parcours de soins essentiels peuvent représenter des montants élevés au regard des revenus des ménages². Ces niveaux de dépassements peuvent concerner des patients aux revenus moyens ou modestes, voire en situation de pauvreté.

En effet, bien que les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S), soit 13% des assurés, bénéficient d'une interdiction d'appliquer ces dépassements d'honoraires qui constitue une protection efficace pour ses bénéficiaires, cette protection a des limites, à la fois du fait de l'important non-recours à la C2S et du fait que le coût des dépassements pour un épisode de soins peut être proportionnellement élevé y compris pour des ménages aux revenus éloignés des plafonds de la C2S. La réalité de la pratique du tact et mesure ne permet pas de garantir que les tarifs sont adaptés à la situation financière du patient. La prise en charge des dépassements d'honoraires par les assurances complémentaires ne permet pas de répondre de façon satisfaisante à ces situations de reste à charge : seulement 40% de la masse des dépassements est couverte par les garanties complémentaires, avec un niveau de prise en charge en moyenne plus élevé pour les contrats d'entreprise, qui couvrent les salariés, que pour les contrats individuels, qui couvrent les étudiants, les inactifs, les indépendants et les retraités : si 90% des personnes couvertes par un contrat collectif bénéficient d'une prise en charge de tout ou partie de leurs dépassements, c'est le cas de seulement 60% des personnes couvertes par un contrat individuel. Les retraités cumulent une consommation de soins plus importante, qui les expose davantage aux dépassements d'honoraires, un très faible bénéfice de la C2S (3,5% contre 9% pour l'ensemble de la population)³, une couverture assurée presque exclusivement par des contrats individuels⁴ et des primes qui croissent fortement avec l'âge.

² A titre d'exemple, pour une pose de prothèse de hanche, le montant des dépassements est de 701€ en moyenne pour les 79% de patients exposés à des dépassements, à mettre au regard d'un niveau de vie médian de 1930€ par mois en 2021 selon l'enquête revenus sociaux et fiscaux de l'Insee.

³ A. Desjonquères, A. Fauchon, « En 2023, les personnes sous le seuil de pauvreté restent bien plus souvent sans complémentaire santé que les autres », *Les dossiers de la DREES*, n° 137, 2026.

⁴ *Ibid.* 91,4% des retraités sont couverts par un contrat individuel, ce qui représente 98% des retraités bénéficiant d'une complémentaire autre que la C2S.

1.3. Elle contribue à accroître les déséquilibres de l'offre de soins

Les dépassements représentent plus du tiers des honoraires des praticiens en secteur 2. Leur développement insuffisamment régulé contribue à des déséquilibres entre les rémunérations des différents professionnels :

- la capacité à pratiquer des dépassements plus élevés dans les métropoles aux revenus les plus élevés facilite la concentration des spécialistes dans ces territoires et les déséquilibres territoriaux dans la répartition des spécialistes ;
- la possibilité de pratiquer des dépassements peut permettre à certains professionnels de maintenir leurs revenus tout en réduisant leur temps de travail ce qui va à l'inverse des besoins de notre système de soins ;
- l'absence de maîtrise des pratiques tarifaires des professionnels en secteur 2 pourrait 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 : la capacité des professionnels à fixer leurs dépassements risque d'annuler les effets des ajustements de tarifs opposables qui résulteraient de cette refonte de la CCAM inscrite dans la convention médicale ;
- il contribue aux écarts d'attractivité entre la médecine générale et les autres spécialités.

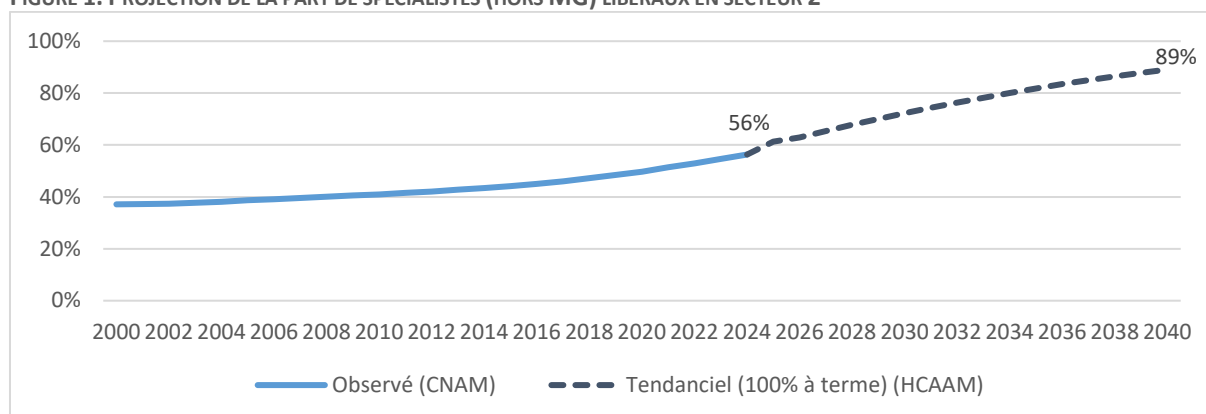
L'élément le plus préoccupant, qui impose d'agir, réside dans la dynamique des dépassements d'honoraires : sans réforme à court terme, l'assurance-maladie remboursera moins de la moitié de la médecine de spécialités

La généralisation du secteur 2 parmi les installations de spécialistes constitue un puissant facteur d'accélération de la dynamique des dépassements. La part des installations en secteur 2 devrait à politique inchangée s'accroître dans les prochaines années, d'autant plus que l'instauration de l'année de docteur junior, désormais comptabilisée à raison d'une année pour l'obtention du titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux double la capacité à obtenir un titre permettant d'accéder au secteur 2 à nombre de postes d'assistants inchangé. En poursuivant à ce rythme on atteindrait, dans un horizon d'une dizaine d'années, 100% d'installations de spécialistes en libéral en secteur 2⁵.

Ainsi, la part de spécialistes (hors médecine générale) libéraux exerçant en secteur 2, actuellement de 56%, atteindrait en tendanciel – toutes choses égales par ailleurs – 89% à horizon 2040 (Figure 1).

⁵ La part de spécialistes libéraux en secteur 2 (hors médecins généralistes) a augmenté de 1,7 point de pourcentage par an entre 2017 et 2024, et atteindrait à ce rythme 100% à horizon 2039.

FIGURE 1. PROJECTION DE LA PART DE SPECIALISTES (HORS MG) LIBERAUX EN SECTEUR 2



Source : CNAM (2000-2024), et projections Hcaam (2025-2040)

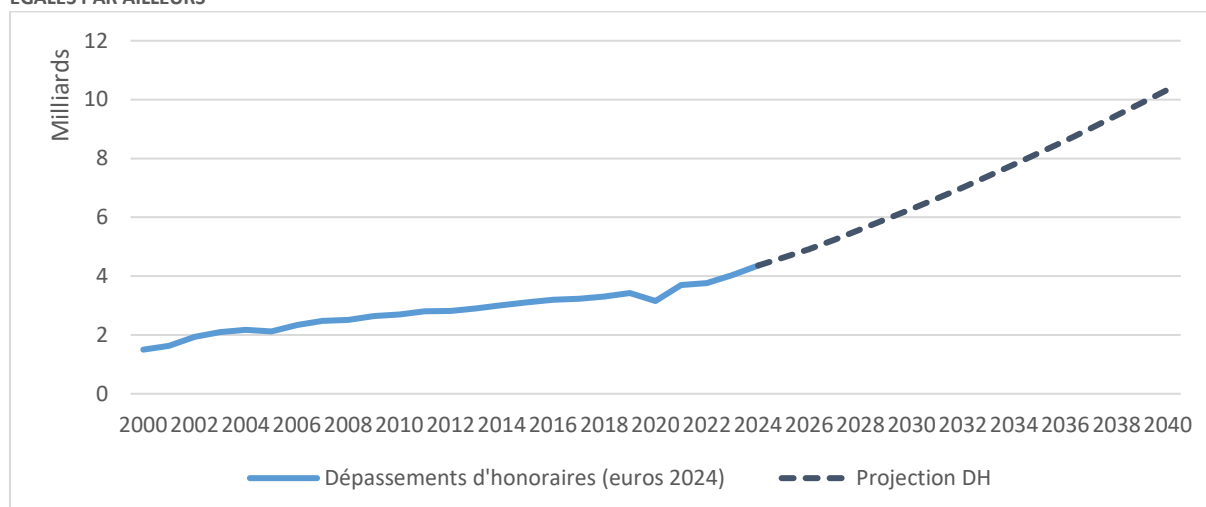
Note : les projections reposent sur l'hypothèse que la part de spécialistes libéraux (hors MG) s'installant en secteur 2 augmente au même rythme qu'entre 2017 et 2024, avec un nombre d'installation de spécialistes en libéral restant constant (effectif 2024) sur la période 2025-2040, et un nombre de départ en retraite correspondant aux effectifs de spécialistes libéraux en S2 s'étant installés 37 ans plus tôt (départ à 67 ans, 30 ans à l'installation). Les médecins de plus de 67 ans sont supposés tous partir en retraite la première année de projection en 2025.

Si l'on prolonge cette tendance, et que les dépassements par tête ainsi que la part des médecins en secteur 2 continuent d'augmenter au même rythme qu'au cours des 7 dernières années, ils pourraient atteindre plus de 10 Mds d'euros en 2040 (Figure 2), contre 4,7 Mds en 2025. Ces projections reposent sur des hypothèses simples « toutes choses égales par ailleurs »⁶ illustrent le poids de ces effets combinés de la hausse des niveaux de dépassements et de la part du secteur 2 sur la trajectoire des dépassements dans les années à venir et interrogent la soutenabilité pour les patients et pour le système de santé de cette croissance en l'absence de réforme. La fin du numerus clausus, qui pourrait se traduire par une hausse du nombre de jeunes médecins s'installant en libéral et en secteur 2 au cours des prochaines années, pourrait accélérer cette dynamique en augmentant plus rapidement, au sein des libéraux, la part des nouveaux professionnels, qui exercent très majoritairement en secteur 2, au sein des spécialistes. A l'inverse, la tendance à la hausse du salariat parmi les jeunes pourrait la modérer⁷.

⁶ Elles supposent notamment que la taille des cohortes entrantes et la structure par spécialité restent constantes, de même que la part des médecins signataires de l'Optam.

⁷ Ces deux effets vont en sens contraire, dans des proportions que ces projections ne permettent pas de mesurer. En effet, elles reposent sur des hypothèses simples (détaillées en annexe A) et supposent notamment que la taille des cohortes qui s'installent en libéral sont constantes (effectif 2024) et que les dépassements moyens par praticiens augmentent au même rythme que les années précédentes. Un modèle plus sophistiqué serait nécessaire pour estimer l'impact de l'augmentation du nombre d'étudiants formés (en particulier au-delà de 10 ans), ou celui du partage entre salariat, exercice mixte et exercice libéral sur la part d'activité libérale et les dépassements associés.

FIGURE 2. PROJECTION DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES DE SPECIALISTES (HORS MG) LIBERAUX EN SECTEUR 2, TOUTES CHOSES EGALES PAR AILLEURS



Source : CNAM (2000-2024), et projections Hcaam (2025-2040)

Note : les projections reposent sur l'hypothèse que la part de spécialistes libéraux (hors MG) s'installant en secteur 2 augmente au même rythme qu'entre 2017 et 2024, avec un nombre d'installations de spécialistes en libéral restant constant (effectif 2024) sur la période 2025-2040, et un nombre de départs en retraite correspondant aux effectifs de spécialistes libéraux en S2 s'étant installés 37 ans plus tôt (départ à 67 ans, 30 ans à l'installation). Les médecins de plus de 67 ans sont supposés tous partir en retraite la première année de projection en 2025. Elles reposent également sur l'hypothèse que les dépassements d'honoraires par tête, exprimés en euros 2024, augmentent au même rythme qu'entre 2017 et 2024.

Cette évolution accélérée aboutirait à une désocialisation de la prise en charge de la médecine de spécialité par l'assurance-maladie, la rapprochant d'un secteur comme l'optique : part minoritaire du financement par l'assurance-maladie, décorrélation complète entre les bases de remboursement et les prix effectifs... Une telle situation aurait pour effet de définitivement désinciter l'assurance-maladie obligatoire à revaloriser les tarifs. **Réinscrire les dépassements d'honoraires dans un cadre mieux régulé constitue un enjeu d'intérêt collectif : pour les patients, pour l'équilibre du système de santé, et pour les professionnels eux-mêmes. L'accélération de la hausse des montants et l'arrivée future de promotions de spécialistes plus nombreuses rend indispensable de réformer ce cadre à courte échéance.**

1.4. Objectifs et leviers de réformes

Les propositions instruites dans le cadre de ce rapport partagent comme objectif de permettre un accès équitable aux soins spécialisés. Cela suppose à la fois de garantir l'accès à une offre à tarif opposable et, lorsque des dépassements sont pratiqués, qu'ils restent dans des niveaux permettant l'accès aux soins. Ces deux dimensions (part de l'activité à tarif opposable, niveau des dépassements pratiqués) se traduisent par la masse des dépassements d'honoraires, dont la maîtrise constitue donc un objectif synthétique.

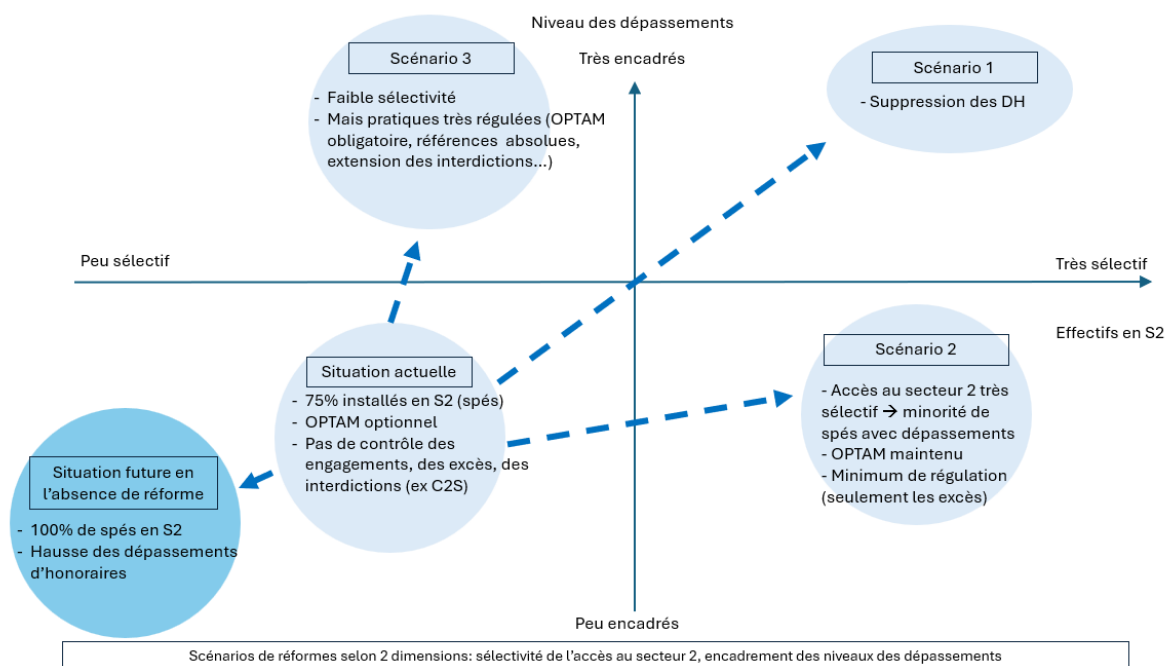
Partant de la situation actuelle, deux grands leviers de régulation peuvent être activés pour agir sur les dépassements d'honoraires :

- assurer un niveau important d'offre à tarif opposable, en agissant sur le nombre des médecins pratiquant des dépassements, par exemple en rendant l'accès au secteur 2 plus sélectif ;
- agir sur le niveau des dépassements, en encadrant davantage les pratiques tarifaires de ceux qui en réalisent.

L'activation de ces leviers permet de dessiner trois directions de réformes possibles :

- La première, qui combine une forte restriction de l'accès au secteur 2 ainsi qu'un encadrement strict des dépassements. Tendanciellement, elle conduirait en poussant au maximum les deux curseurs, à la suppression des dépassements d'honoraires ;
- La deuxième, qui privilégie une réduction du nombre de professionnels en secteur 2 ;
- La troisième, qui prend acte d'un secteur 2 peu sélectif et privilégie l'action sur l'encadrement des dépassements pour maîtriser le niveau des dépassements pratiqués.

FIGURE 3. DIRECTIONS DE REFORMES POSSIBLES SELON DEUX DIMENSIONS (SELECTIVITE DE L'ACCES AU SECTEUR 2 ET ENCADREMENT DES NIVEAUX DES DEPASSEMENTS)



Sans s'imposer *a priori* la recherche d'un consensus sur le scénario à privilégier, ce rapport présente les contours que pourraient prendre ces trois directions, ainsi que leurs avantages et inconvénients tels qu'on peut les modéliser aujourd'hui.

Au sein de chacune d'entre elles, il décrit les mesures permettant de les atteindre en exposant leurs enjeux en termes de faisabilité, d'acceptabilité, et d'efficacité. Il propose de retenir des paramètres illustratifs pour plusieurs d'entre elles, afin de pouvoir rendre compte autant que possible des ordres de grandeur des impacts à en attendre à partir d'estimations chiffrées. Il s'intéresse à leur impact à la fois :

- Sur le montant des **dépassements** ;
- Sur l'**assurance-maladie obligatoire** ;

- **Sur les couvertures complémentaires ;**
- Sur la **dépense de santé** (globalisant le coût pour l'assurance-maladie obligatoire, pour l'assurance-maladie complémentaire, les patients : l'ensemble de ces coûts sont *in fine* supportés par le pouvoir d'achat des ménages et/ou la compétitivité des entreprises) ;
- Sur les **médecins** : nombre de professionnels concernés, impact sur leurs honoraires ;
- Sur les **patients** : accès à une offre à tarif opposable, restes à charge.

Ces chiffrages sont réalisés, sauf mention contraire, à comportements inchangés, alors qu'on pourrait imaginer que ces évolutions emportent des modifications de comportements, au premier chef de la part des professionnels (notamment, accroissement de l'activité pour maintenir une cible de revenu), mais potentiellement aussi de la part des patients. Ils ne tiennent pas non plus compte de l'accroissement à venir du nombre de jeunes spécialistes, consécutive à la fin du numerus clausus. L'effet de premier ordre à attendre est un accroissement plus élevé de la masse totale des dépassements que celui qui est projeté ici. Un effet de second ordre, qui resterait toutefois à démontrer, est que la hausse de la concurrence pourrait modérer les pratiques tarifaires dans certaines spécialités et zones d'exercice.

De façon transversale, améliorer la lisibilité et la prévisibilité des pratiques tarifaires et de leur prise en charge constitue un enjeu essentiel. Le rapport consacré à l'état des lieux a en effet montré la très forte illisibilité qui résulte de la stratification des règles de tarification et de prise en charge, ainsi que l'imprévisibilité des niveaux de reste à charge pour les patients. Certaines améliorations pourraient être envisagées dans le système actuel, comme faire respecter les obligations existantes de transparence des professionnels sur leurs tarifs et la réalisation de devis ; encourager les OCAM à développer des outils de simulation de prise en charge ; embarquer les plateformes de prise de rendez-vous dans l'affichage systématique des fourchettes de tarifs pratiqués. Mais ces efforts ne peuvent avoir qu'un effet limité pour améliorer la lisibilité, car ils ne peuvent remédier au fait que le système reste en lui-même particulièrement complexe : les tarifs varient selon les actes (qui ne sont pas connus à l'avance), le secteur d'exercice, la pratique du médecin et la discrétion tarifaire qu'il exerce entre les patients. Le rapport s'attache à traiter ces enjeux de lisibilité et prévisibilité dans chaque scénario. La complexité de la situation actuelle implique qu'une réforme sur les dépassements d'honoraires doit trouver un arbitrage entre un raffinement des règles permettant de tenir compte des différences de situation initiales des médecins, et la simplicité des règles qui est la condition pour que les patients les comprennent et qu'elles soient appliquées. La position retenue dans ce rapport est de privilégier autant que possible la simplicité. Cette recherche de simplicité s'applique également à la volonté de réduire les coûts administratifs liés à la régulation, par exemple en proposant des mesures plus facilement contrôlables. Les mesures retenues peuvent pour partie nécessiter des ajustements et délais opérationnels (systèmes d'information notamment) en plus de l'acceptabilité pour les différents acteurs. Le Hcaam n'a pas approfondi ces questions de modalités opérationnelles.

Le cœur du rapport est constitué par la régulation des pratiques tarifaires (conditions d'accès des professionnels au droit à dépassement d'honoraires, encadrement des tarifs pratiqués). Un financement supplémentaire de ce qui excède les tarifs remboursables actuels, que ce soit par une prise en charge par l'assurance-maladie complémentaire ou par une revalorisation des tarifs remboursables, ne peut en effet constituer à soi seul une réponse efficace. En effet, à régulation des pratiques tarifaires inchangée, une plus grande solvabilisation des assurés,

passant par une augmentation des remboursements de l'assurance maladie complémentaire, aurait des conséquences potentiellement inflationnistes (voir par exemple Dormont, Péron, 2016⁸). On peut tenir le même raisonnement sur une revalorisation des tarifs de la sécurité sociale à régularisation inchangée. Ces pistes, souvent évoquées dans le débat public, font partie des « fausses bonnes idées » qui ne seraient pas en mesure d'apporter, par elles-mêmes, de solution aux problèmes posés par la croissance des dépassements d'honoraires (voir encadré 1). Pour autant, **les constats du Hcaam conduisent à considérer qu'il est difficile d'imaginer une régulation accrue et plus efficace des dépassements d'honoraires sans l'accompagner d'évolutions tarifaires. Ce rapport positionne donc des mesures tarifaires comme un accompagnement de mesures de régulation des dépassements, non comme une réponse suffisante ou centrale.** De même, les implications pour l'assurance maladie complémentaire (et donc, indirectement, des cotisants, ménages et entreprises) de ces directions de réforme sont également discutées.

ENCADRE 1. QUELQUES PISTES ECARTEES PAR LE HCAAM

Dans ce rapport, le Hcaam a exploré de nombreuses pistes de régulation des dépassements d'honoraires et en analyse les avantages et les inconvénients pour les différents acteurs. Il explique les raisons pour lesquelles certaines idées, bien que très présentes dans le débat public, doivent être écartées. A titre illustratif, cet encadré expose trois exemples :

1. « Les dépassements d'honoraires devraient être réservés aux médecins en contrepartie d'engagements de qualité »

Il faut reconnaître qu'il est difficile de définir de quoi les dépassements d'honoraires sont la contrepartie : longtemps considérés comme un signal de notoriété et d'excellence, ils sont aujourd'hui devenus la norme pour les jeunes spécialistes dont 75% choisissent le secteur 2 lors de leur installation en libéral. La proposition de limiter cette pratique à des médecins qui s'engageraient dans une démarche de qualité, vise à restreindre cette pratique sur la base d'indicateurs à la fois objectifs et collectivement souhaitables.

Le Hcaam ne rejette pas la prise en compte de la qualité dans les modes de rémunération, ni les propositions visant à exiger des contreparties, telles que l'obligation de réaliser des consultations avancées, pour certains spécialistes exerçant en zones sous-denses par exemple. Mais cela n'a rien à voir avec un *droit à dépassement* reposant sur des indicateurs de qualité : en effet, un dépassement sur critères de qualité signifie que le professionnel exerçant des dépassements, que l'acte donnant lieu à dépassements, sont d'une qualité supérieure aux professionnels et aux actes à tarif opposable. Dans cette logique, un professionnel éligible au secteur 2 n'atteignant pas les exigences de qualité devrait être placé en secteur 1. Un tel dispositif poserait des difficultés de mise en œuvre : les indicateurs de qualité se mesurent ex-post, mais les dépassements sont appliqués au moment de l'acte. Mais plus fondamentalement, cette logique soulève une question de principe en ce qu'elle semble instaurer l'idée que l'activité médicale prise en charge par l'assurance-maladie dans les conditions normales (tarif opposable) est une activité *low-cost* et de moindre qualité.

⁸ Dormont D., Péron M. 2016, « Does Health Insurance Encourage the Rise in Medical Prices ? A Test on Balance Billing in France », *Health Economics* 25(6) : 1073-89.

Si la mise en place de démarches de mesure de la qualité des pratiques et de certification des pratiques est souhaitable, dans ce cas ces démarches doivent concerner *l'ensemble des praticiens*, indépendamment de leur secteur d'activité.

2. « Les dépassements d'honoraires devraient être mieux pris en charge par l'assurance maladie complémentaire »

En l'absence de régulation des pratiques tarifaires des professionnels, et dès lors que la capacité du patient à négocier son tarif est limitée, une amélioration de la prise en charge par l'assurance maladie complémentaire aurait pour effet de permettre aux professionnels d'accroître leurs tarifs. Les patients n'ayant globalement pas de compréhension des dépassements pratiqués, le montant qu'ils ont le plus de chance de percevoir est constitué de leur reste à charge. Une amélioration de la couverture complémentaire suivie d'une hausse à due concurrence du dépassement pratiqué serait perçue comme une stabilité du reste à charge. Une amélioration de la couverture complémentaire risquerait donc fortement d'être captée par les professionnels au lieu de bénéficier au patient.

Par ailleurs, une amélioration de la couverture complémentaire des dépassements d'honoraires devrait être inévitablement financée par une hausse des cotisations complémentaires⁹. Cette hausse risquerait de peser plus particulièrement sur les ménages âgés qui sont plus exposés au risque de dépassements d'honoraires, et au sein de ces derniers les ménages moins aisés ne disposant pas aujourd'hui d'une bonne prise en charge des dépassements d'honoraires.

3. « Les dépassements d'honoraires baisseraient si les tarifs des médecins étaient revalorisés »

Il est indéniable que la classification commune des actes médicaux (CCAM), la nomenclature qui répertorie, décrit les actes techniques et les tarifie pour les médecins libéraux, a été peu actualisée depuis son introduction en 2005. La maintenance de cette classification est une opération lourde, comme le montre le chantier de révision, ouvert en 2020 et qui n'a pas encore abouti.

Il faut rappeler cependant que l'objectif de la CCAM, lorsqu'elle a été mise en place en 2005 après plusieurs années de travaux, était de rééquilibrer les honoraires entre spécialités. Pour atteindre cet objectif, qui faisait consensus, les tarifs des actes trop bien rémunérés auraient dû baisser tandis que d'autres étaient augmentés. Or la démarche s'est heurtée au fait qu'aucune baisse des actes perdant n'a été acceptée par les syndicats médicaux : dès lors la convergence vers les tarifs cibles de la CCAM s'est faite « vers le haut », c'est-à-dire uniquement par des augmentations de tarifs des actes gagnants, même si des baisses de tarifs ponctuelles ont été opérées par la Cnam.

⁹ Le résultat technique de l'activité d'assurance complémentaire santé est faiblement positif en 2024 (1,6% des cotisations), après trois exercices à résultat nul ou presque (DREES, *Rapport 2025 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*). L'activité d'assurance santé se prête mal à un encadrement des évolutions tarifaires (nécessité de mettre en regard l'évolution des prix et des garanties, risque d'éviction de l'offre si elle était sous-tarifée).

Il est donc exact de dire que les tarifs de certains actes n'ont pas évolué depuis vingt ans, mais c'est à comparer à une situation où certains auraient dû baisser. Les tarifs cibles de la CCAM étaient en effet inférieurs aux tarifs en vigueur pour toute une série d'actes largement pratiqués, par exemple la cataracte, l'endoscopie, le Holter, l'électro-encéphalogramme...

Un argument parfois avancé est que si les tarifs de ces actes étaient considérés comme trop élevés en 2005, ils ne le sont plus vingt ans après compte tenu de l'évolution du coût de la pratique. Mais cet argument n'est pas forcément pertinent, car les gains de productivité réalisés ont pu au contraire en diminuer le coût. Le rapport IGAS-IGF sur la CCAM donnait, en 2012¹⁰, l'exemple de la cataracte, dont la durée avait été évaluée à 60 minutes lors de la première évaluation des points travail, alors que cette durée avait diminué au moins de moitié, ou l'exemple de la cholécystectomie par coelioscopie ou du canal carpien.

Par ailleurs, il est inexact de dire que les médecins spécialistes n'ont pas été revalorisés depuis vingt ans. Les tarifs de l'activité clinique, qui représente près d'un tiers des honoraires des spécialistes hors médecine générale, ont été sensiblement augmentés : le tarif de l'avis ponctuel de consultant est passé de 46 € en 2017 à 60 € en 2024, soit + 30 % en 7 ans ; les consultations de certaines spécialités (pédiatres, psychiatres, gynécologues...) ont été également revalorisées. Pour les spécialités de bloc, l'augmentation de la valeur des modificateurs, coefficients multiplicateurs qui s'appliquent au tarif de l'acte, a constitué une revalorisation tarifaire au même titre qu'une augmentation de la valeur des actes (pour exemple, le coefficient K est passé de + 11,5 % en 2016 à + 30 % en 2026). L'évolution des règles de facturation se traduit aussi de fait par des revalorisations, moins visibles que les tarifs : élargissement du champ d'application des modificateurs, possibilité de cumuls d'actes, etc.

Ainsi, l'évolution des revenus par spécialités offre une vision plus juste de l'évolution de la valorisation économique d'une activité que la seule évolution des tarifs.

Par ailleurs, les très fortes disparités de niveaux de dépassements au sein d'une spécialité infirment l'idée que ceux-ci seraient entièrement imputables à l'insuffisance des tarifs.

Il est vrai que la résorption des dépassements devrait probablement s'accompagner d'un effort de mise en adéquation des tarifs avec la réalité des coûts de la pratique, et plusieurs scénarios de ce rapport intègrent dans leur schéma des revalorisations tarifaires. En revanche une revalorisation des tarifs sans régulation accrue des pratiques tarifaires serait inefficace pour réduire les dépassements. En effet, elle pourrait être mise à profit par au moins une partie des professionnels pour relever leurs tarifs effectifs, à niveau de dépassement inchangé.

Expliquer les dépassements par le gel des tarifs est donc discutable ; affirmer que les dépassements baisseraient si ceux-ci étaient revalorisés l'est également, si l'on considère que les augmentations tarifaires que l'on peut retracer, qui ont été significatives pour certaines spécialités, n'ont pas conduit à une modération des dépassements.

¹⁰ Rapport IGAS-IGF. Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux. Mars 2012.

1.5. Ce que traite ce rapport – et ce qu’il ne traite pas

Ce rapport se consacre uniquement à la question des dépassements d’honoraires médicaux, ce qui est déjà un objectif très ambitieux, au vu des difficultés considérables que soulève la réponse à cette question. C’est pourquoi son parti pris est d’élaborer des propositions « à portée de main » et ciblées sur la question des dépassements d’honoraires, en assumant de ne pas chercher à remettre en cause d’autres éléments constitutifs de l’offre de soins pour répondre à cette seule question. Cette approche pragmatique est à la fois possible (on peut apporter des réponses à la question des dépassements d’honoraires sans transformer l’ensemble de l’offre de soins) et celle qui a le plus de chances de permettre un débouché à court ou moyen terme aux mesures proposées.

Cela ne préjuge pas du positionnement du Hcaam sur l’opportunité de réformes de plus grande ampleur concernant l’organisation des soins ou des modes de rémunération, le Hcaam s’est attaché à construire des réponses dans un cadre par ailleurs inchangé.

A cet égard, ce rapport fait le choix de ne pas conditionner la réponse à la question des dépassements d’honoraires à une généralisation du salariat comme cadre d’exercice de la médecine.

Le salariat représente une part croissante des modes d’exercice des praticiens médicaux (toutes spécialités confondues) : entre 2012 et 2025, selon les données RPPS des jeux de données de la DREES, l’exercice libéral exclusif est passé de 51,4% à 42,4% des effectifs, au profit de l’exercice hospitalier, passé de 27,2 à 30,5% des effectifs, de l’exercice mixte, passé de 8,1 à 14,5%, et de l’exercice salarié non hospitalier, passé de 13,2 à 14,5%. La part de l’exercice libéral exclusif est encore plus faible pour les médecins de moins de 40 ans en 2025 (37,4%). Pour les seules spécialités autres que la médecine générale, l’exercice libéral exclusif est passé de 41 à 32,7% des effectifs, au profit de l’exercice mixte (de 11,1 à 14,6%), de l’exercice hospitalier (de 37,2 à 40,4%) et de l’exercice salarié autre (de 10,7% à 12,2%). Le nombre de centres de santé¹¹ a fortement progressé (+65% entre 2016 et 2022). Si la médecine générale représente près de 60% du temps médical offert par ces centres¹², leur offre inclut d’autres spécialités¹³. Ils contribuent donc à l’existence d’une offre à tarif opposable, fortement présente dans les quartiers de politique de la ville, et incluant une surreprésentation de patients C2S ou AME dans leur patientèle.

Pour autant, le choix de ce rapport est de ne pas faire reposer la réponse à la question des dépassements d’honoraires sur la généralisation de ce cadre d’exercice, pour plusieurs raisons :

¹¹ C. Lépine, Dr P. Loulergue, A. Magnier, *Evaluation du modèle économique des centres de santé pluriprofessionnels*, Igas, 2025.

¹² 1450 ETP sur 2450 selon le rapport Igas cité supra.

¹³ Notamment ophtalmologues, gynécologues médicaux, cardiologues, dermatologues, radiologues, oto-rhino-laryngologistes.

- Les avantages et inconvénients comparés de l'exercice libéral et du salariat comme cadre d'exercice de la médecine constituent en soi un vaste sujet, qui a fait l'objet d'une abondante littérature de recherche. Vouloir en faire la réponse à la question des dépassements d'honoraires supposerait d'approfondir les impacts d'une telle évolution notamment sur l'offre de temps médical disponible, ce qui excéderait largement le cadre de ce travail ;
- cela constituerait une transformation de grande ampleur, supposant de surmonter des difficultés et des résistances encore plus importantes que celles qu'implique la réponse aux dépassements d'honoraires. En tout état de cause, cette voie ne peut être considérée comme plus aisée que la régulation des dépassements d'honoraires ;
- cela pourrait sous-entendre que le respect des tarifs opposables n'est pas compatible avec une médecine libérale, qui emporterait consubstantiellement des dépassements d'honoraires. Or, cette idée est fautive : l'exercice à tarifs opposables caractérise aujourd'hui la majorité des médecins libéraux, et au-delà la très grande majorité des professionnels libéraux. Elle est dangereuse : elle laisserait penser qu'il y a incompatibilité entre la médecine libérale et l'existence de tarifs réellement opposables, alors que ces derniers sont la condition d'une prise en charge des soins par l'assurance-maladie.

L'ambition de ce rapport est donc de dessiner un chemin qui concilie une régulation efficace des dépassements d'honoraires dans un cadre de médecine libérale.

Le rapport n'envisage pas non plus la mise en place de modes de rémunération alternatives de la médecine spécialisée libérale, tels que le développement de rémunérations forfaitaires ou de financements au parcours, comme des réponses à la question des dépassements d'honoraires. Les réflexions sur les mérites comparés des différents modes de rémunération et leur évolution sont un thème légitime, et qui d'ailleurs fait l'objet tant d'une littérature abondante que d'expérimentations voire de réformes. Toutefois, les expériences internationales montrent que, s'agissant de la médecine spécialisée, il n'existe pas véritablement de mode de rémunération autre que le paiement à l'acte ou le salariat, et que les rémunérations forfaitaires sont peu praticables¹⁴. Quant au financement au parcours, il ne change pas les données du problème, dans la mesure où le financement de parcours (par exemple dans le cadre des parcours coordonnés renforcés) doit bien ensuite être ventilé entre différents acteurs et donc reversé pour une partie au professionnel, sous forme d'acte, ou de salariat ou de forfait. Les rémunérations à la performance ou à la qualité, lorsqu'elles existent, constituent des compléments à une rémunération reposant, pour le principal, sur des modalités classiques, et non le socle de la rémunération.

Fondamentalement, changer de mode de rémunération n'apporte pas de solution à la problématique des dépassements d'honoraires, qui procède d'un écart entre la rémunération souhaitée par le professionnel pour une activité donnée et le financement fixé par la collectivité pour cette même activité. Que ce financement soit fixé en paiement à l'acte, en forfait ou en salariat ne change rien : si le forfait ou le salaire fixé par la collectivité ne

¹⁴ Par exemple, un financement à la capitation suppose l'identification d'une patientèle stable et suivie dans la durée pour le professionnel, ce qui ne correspond pas à la réalité de l'activité de nombre de spécialités.

correspond pas à la valorisation de son activité souhaitée par le professionnel, le problème est identique.

Le rapport n'aborde pas non plus les enjeux de démographie médicale et d'inégalités territoriales.

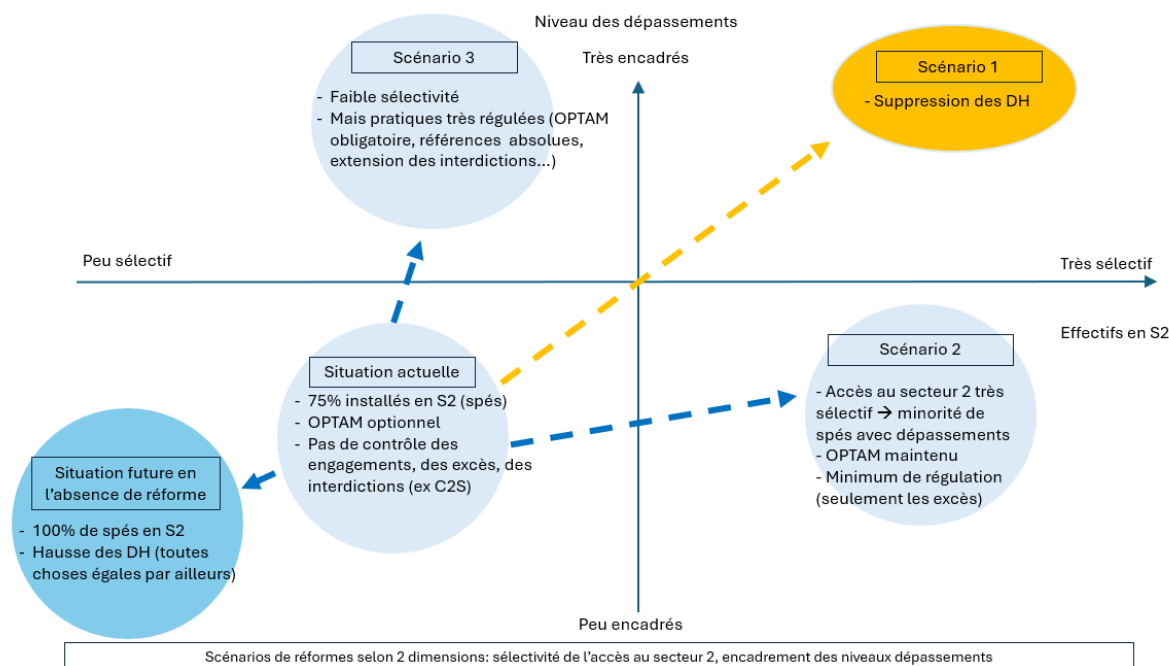
Ce contexte génère certes des difficultés d'accès aux soins qui sont bien souvent aggravées par les dépassements d'honoraires, ce qui renforce l'urgence à agir sur ce sujet. Ce rapport en tient compte, mais ne propose pas de réformes visant à agir sur la démographie médicale et sa répartition sur le territoire.

L'activité libérale des praticiens hospitaliers constitue un sujet qui excède le champ des dépassements d'honoraires : place de l'activité libérale des praticiens hospitaliers dans leur activité, articulation de cette activité avec l'activité hospitalière, modalités de régulation et de contrôle de cette activité libérale. Les dépassements d'honoraires réalisés dans le cadre de cette activité libérale (qui représentent 2% de la masse des dépassements d'honoraires) sont bien intégrés dans les constats du Hcaam, et les évolutions de la régulation des dépassements d'honoraires étudiées dans ce rapport auraient vocation à traiter également les dépassements des praticiens hospitaliers. En revanche, ce rapport n'aborde pas les enjeux plus larges et autres de l'activité libérale des praticiens hospitaliers.

2. Scénario 1. Une régulation maximale, pouvant tendre vers la fin des dépassements d'honoraires

Réduire à la fois le nombre de professionnels réalisant des dépassements d'honoraires et le niveau de leurs dépassements ((direction 1 sur le schéma figurant les différents axes de réforme) constitue une direction de régulation maximale. Elle pourrait tendre vers la suppression totale des dépassements d'honoraires.

FIGURE 4. SCENARIO 1 : REDUCTION DES EFFECTIFS DE SECTEUR 2 ET DES NIVEAUX DE DEPASSEMENTS



Cette réforme, radicale à court terme, reste pour de nombreux membres du Hcaam l'objectif à rechercher dans un horizon de moyen/long terme. Une telle évolution a pour objectif de maximiser la réduction des restes à charge pour les patients et le financement solidaire de l'offre de soins ; elle aboutirait à un système beaucoup plus simple, lisible et sécurisant, et améliorerait la capacité de régulation des dépenses par les tarifs.

2.1. Un impact à la baisse sur les honoraires et les revenus des praticiens de secteur 2

A tarifs conventionnels inchangés, et à activité inchangée, une telle réforme aurait pour conséquence une baisse substantielle de revenus pour les praticiens de secteur 2, compte tenu de la proportion des honoraires que représentent aujourd'hui les dépassements. Elle serait certes atténuée, pour les médecins de secteur 2 non adhérents à l'Optam, par une revalorisation des tarifs au niveau du secteur 1 ainsi que par une moindre charge de cotisations sociales, mais l'impact financier de ces avantages est limité par rapport au montant des dépassements supprimés.

A titre d'illustration, en 2024 :

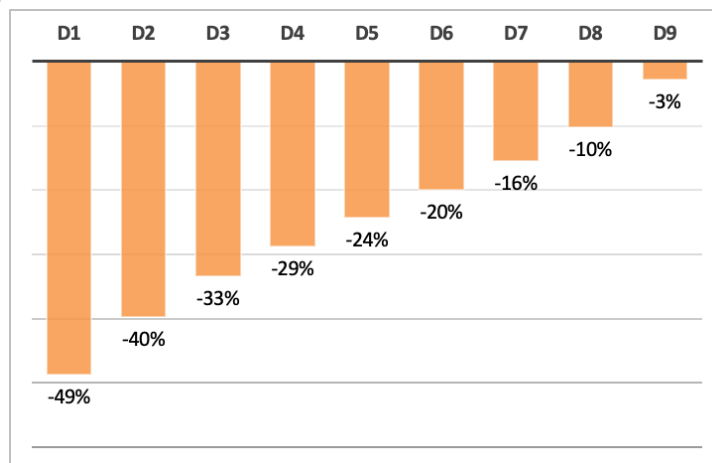
- les 32 000 praticiens exercent en secteur 2¹⁵ totalisent 11,4 Md€ d'honoraires, dont 7,4 Md€ d'honoraires aux tarifs conventionnels (honoraires sans dépassement, HSD) et 4 Md€ de dépassements ;
- s'ils exerçaient en secteur 1 :
 - o Leurs honoraires conventionnels seraient augmentés d'environ 280 M€ du fait de l'alignement sur les tarifs du secteur 1¹⁶ ; ils bénéficieraient en outre de la prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales à hauteur de 420 M€, ainsi que de la suppression de la surcotisation sur les dépassements d'honoraires (130 M€), soit un gain total d'environ 820 M€ ;
 - o A l'inverse, ils verraient leurs honoraires amputés de 4 Md€ au titre de la suppression des dépassements.
 - o Le bilan global serait une perte de l'ordre de 3,2 Md€, soit 28 % des honoraires.
 - o La baisse des revenus nets serait plus forte encore, dans la mesure où une partie des charges professionnelles sont des charges fixes (loyers, équipements, salaires...), au moins à court terme. A titre d'illustration, avec un taux de charges de 55 %, si on fait l'hypothèse que 2/3 des charges sont fixes à court terme, une diminution de 30 % des honoraires se traduit par baisse de revenu net de plus de 50 %.

La quasi-totalité des médecins de secteur 2 (95 %) verrait ses honoraires diminuer, dans des proportions variables, car dépendante du niveau de dépassement pratiqué : plus de 40 % pour le cinquième des praticiens avec les plus fortes baisses, moins de 10 % pour le cinquième le moins affecté (Figure 5).

¹⁵ L'effectif total de médecins de secteur 2 est un peu plus élevé (34 000), selon les statistiques publiées par la Cnam. Les données sur lesquelles se fondent les simulations présentées dans ce rapport pour les différents scénarios proviennent d'une base de données individuelles par praticien de secteur 2 et 1DP, anonymisée, qui a été construite par la Cnam spécifiquement pour le Hcaam. Elle ne comprend pas la totalité des spécialités, certaines spécialités aux effectifs peu nombreux n'ayant pas été incluses pour garantir la confidentialité des données. Elle couvre néanmoins près de 95 % des effectifs et des dépassements du secteur 2 (3,970 Md€).

¹⁶ Estimation *a minima*, en supposant que les actes réalisés sans dépassements sont déjà facturés aux tarifs du secteur 1. Les règles de facturation stipulent en effet que les tarifs conventionnels s'appliquent « au médecin en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable. » (<https://www.ameli.fr/paris/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/tarifs/tarifs-conventionnels-medecins-generalistes-specialistes>). On fait l'hypothèse que les pratiques tarifaires des médecins de secteur 2 sont conformes à cette règle et qu'ils appliquent donc déjà les tarifs du secteur 1 quand ils facturent des actes au tarif opposable.

FIGURE 5. PERTES D'HONORAIRES EN % SI LES PRATICIENS DE SECTEUR 2 EXERÇAIENT DANS LES CONDITIONS DU SECTEUR 1 EN 2024
- REPARTITION PAR DECILE



La baisse serait moindre pour les adhérents à l'Optam – Optam-ACO (- 21 %) que pour les non adhérents (- 34 %), car leurs taux de dépassement sont sensiblement inférieurs (34 % versus 79 %) (Tableau 1).

TABLEAU 1. SIMULATION DE L'IMPACT D'UN EXERCICE EN SECTEUR 1 SELON L'ADHESION A L'OPTAM

	Optam	Optam ACO (CO en 2024)	Total Optam-OptamACO	Non adhérents	Total
SITUATION EN 2024					
Effectifs	11 541	4 475	16 016	15 877	31 893
Honoraires totaux en 2024 (millions d'€)	3 717 M€	1 855 M€	5 572 M€	5 820 M€	11 392 M€
Dont honoraires sans dépassements (HSD)	2 868 M€	1 299 M€	4 167 M€	3 255 M€	7 422 M€
Dont honoraires facturés à tarif opposable	1 570 M€	593 M€	2 163 M€	811 M€	2 975 M€
Dont dépassements (DEP)	849 M€	556 M€	1 405 M€	2 565 M€	3 970 M€
Part d'activité facturée à tarifs opposables	55 %	46 %	52 %	25 %	40 %
Taux de dépassement (DEP / HSD)	30 %	43 %	34 %	79 %	54 %
Taux de dépassement sur les honoraires facturés avec dépassement	65 %	79 %	70 %	105 %	89 %
SIMULATION DE L'IMPACT SUR LES HONORAIRES D'UN EXERCICE EN SECTEUR 1					
Évolution des honoraires en montant	- 724 M€	- 445 M€	- 1 169 M€	- 1 980 M€	-3 149 M€
Évolution des honoraires en %	- 20 %	- 24 %	- 21 %	- 34 %	- 28 %
% de praticiens avec baisse des honoraires	93 %	89 %	92 %	97 %	95 %

Source : base de données fournie par la Cnam au Hcaam. Calculs Hcaam.

Note : ces données montrent que si les effectifs et les honoraires totaux sont similaires entre les adhérents et les non adhérents, la composition de ces honoraires est très différente. Les non adhérents ont moins d'honoraires sans dépassements, donc moins d'activité, cette moindre activité étant compensée par des tarifs supérieurs.

On peut certes rappeler que les praticiens dont les pertes seraient particulièrement élevées s'ils devaient exercer en secteur 1 sont aussi ceux qui pratiquent des dépassements que l'on peut juger excessifs. A titre d'illustration, la baisse d'honoraires atteindrait – 60 % pour les médecins dont les taux de dépassement (dépassements / honoraires aux tarifs conventionnels) sont supérieurs en moyenne à 150 % (soit 3 060 spécialistes en 2025).

Néanmoins, globalement, l'ampleur de ces chiffres montre la difficulté de revenir à une situation d'exercice aux tarifs conventionnels. Une telle évolution ne peut s'envisager qu'à long terme, et ne peut être acceptable pour la profession qu'avec des revalorisations importantes de ces tarifs.

2.2. Des revalorisations tarifaires ne pourraient pas totalement compenser les pertes pour les professionnels

La difficulté est que même si l'assurance maladie consent un investissement financier substantiel pour amener les tarifs de sécurité sociale à des niveaux se rapprochant des tarifs effectivement pratiqués par les professionnels (revalorisations tarifaires qu'on peut qualifier de « rachat » partiel des dépassements, même si ce terme est impropre, car il peut donner l'impression qu'on « valide » ces dépassements), les sommes allouées seront réparties entre l'ensemble des spécialistes, y compris ceux qui sont en secteur 1, réduisant d'autant la masse disponible pour les professionnels en secteur 2 ; et d'autre part, les pratiques tarifaires sont extrêmement variables entre les professionnels en secteur 2. Ces deux facteurs conduiraient, même dans cette hypothèse, à un grand nombre de perdants parmi les professionnels en secteur 2.

Pour l'illustrer, supposons que l'assurance maladie alloue un montant de dépenses supplémentaires égal à la masse actuelle des dépassements d'honoraires, soit environ 4 Md€. Sur cette somme totale, 650 millions d'€ permettraient de financer l'alignement des tarifs sur le secteur 1 et la prise en charge des cotisations sociales (en toute rigueur il faudrait également y ajouter les 130 millions d'€ de suppression de la sur-cotisation car même s'il ne s'agit pas à proprement parler d'un surcoût pour l'assurance maladie mais d'une baisse de recettes, il faut financer ce manque à gagner. Ils ne sont pas comptabilisés dans l'hypothèse testée ici). Le montant restant soit 3,35 Mds€, serait alloué aux revalorisations tarifaires. Sur la base d'un taux moyen de remboursement de 85 %, les honoraires sans dépassements pourraient être accrus de 3,9 Md€ par ces revalorisations. Ces 3,9 Md€ viendraient s'ajouter aux 280 M€ déjà consacrés par l'AMO à l'alignement des tarifs sur le secteur 1 pour les non adhérents à l'Optam, majorés des tickets modérateurs associés : les honoraires sans dépassement croîtraient donc de 4,2 Mds€. La hausse des dépenses de l'AMO (consacrée aux tarifs opposables et à la prise en charge des cotisations sociales) et le surcroît de ticket modérateur pris en charge par l'AMC lié aux hausses de tarifs s'élèverait à 4,6 Mds€. Ces dépenses se substituant à 4 Mds€ de dépassements, l'impact sur la dépense de santé serait limité à 0,6 Md€. Ces chiffres ne prennent pas en compte le possible impact sur les dépenses d'une hausse du niveau d'activité par les professionnels pour maintenir leur niveau de revenu en compensation de la suppression des dépassements. Ils ne prennent pas non plus en compte l'impact possible de ces revalorisations sur les demandes d'évolution des rémunérations des médecins salariés, alors

que la question serait inévitablement posée dans l'hypothèse d'une revalorisation aussi conséquente de l'exercice libéral.

Ces revalorisations d'honoraires seraient réparties sur l'ensemble des médecins, désormais tous en secteur 1.

Il faut rappeler qu'aujourd'hui 70 % des médecins exercent en secteur 1, et 43 % si on ne considère que les spécialistes hors médecine générale. Leurs honoraires représentent 65 % des honoraires totaux (41 % pour les seuls spécialistes hors médecine générale). Les revalorisations tarifaires seraient donc réparties sur une masse d'honoraires très supérieure aux seuls honoraires du secteur 2.

Une masse de 3,9 Md€ répartie sur l'ensemble des spécialistes, y compris médecine générale, représenterait une augmentation de 17 % de leurs honoraires. Cette revalorisation représenterait évidemment un gain pour les praticiens de secteur 1, mais aussi pour plus d'un quart des praticiens qui exercent actuellement en secteur 2. Au total, elle bénéficierait à 77 % des médecins.

Néanmoins, même avec cette revalorisation conséquente, 73 % des spécialistes de secteur 2 resteraient perdants, avec une baisse moyenne de leurs honoraires de 19 %.

Une deuxième hypothèse a été testée, consistant à concentrer les revalorisations sur les seuls spécialistes hors médecine générale.

Cette hypothèse ne se justifie évidemment pas en termes d'équité, et si l'on devait consacrer 4 milliards d'euros aux spécialistes hors médecine générale, il est bien évident qu'il faudrait prévoir par ailleurs des revalorisations pour les généralistes. Mais tester une telle restriction permet de répondre à la question suivante : dans la mesure où les dépassements d'honoraires (environ 4 Md €) sont aujourd'hui, pour l'essentiel, le fait des spécialistes hors médecine générale, quel impact aurait, pour ces praticiens, une revalorisation qui serait équivalente pour eux à cette masse de dépassements ?

Dans cette hypothèse, l'augmentation des honoraires, hors dépassements, serait de + 29 % pour les spécialistes (hors MG) de secteur 1 comme de secteur 2.

Plus de 40 % de ceux exerçant en secteur 2 seraient alors gagnants, et évidemment 100 % des spécialistes de secteur 1, soit au total plus de 2/3 des spécialistes (hors MG). Malgré tout, il resterait près de 60 % de perdants parmi les spécialistes de secteur 2.

Ce que montrent donc ces simulations, dont il faut à nouveau souligner le caractère conventionnel, c'est que même avec des revalorisations tarifaires très conséquentes, représentant pour l'assurance maladie un coût élevé dans un contexte de difficultés financières, il n'est pas possible de compenser la perte d'honoraires liée à la suppression des dépassements pour une fraction non négligeable de professionnels.

On peut néanmoins avancer quelques arguments qui permettent de nuancer le caractère problématique de ce constat :

- D'une part, les praticiens qui restent perdants malgré les revalorisations sont ceux dont les taux de dépassement sont les plus élevés. On peut estimer que pour une partie d'entre eux, ces niveaux de dépassement sont excessifs et devraient être régulés.

- Ces mêmes praticiens qui ont des taux de dépassement élevés tendent aussi à avoir un niveau d'activité plus faible, comme cela a été montré dans le rapport d'état des lieux. Une partie de leurs pertes d'honoraires peut donc être compensée par une augmentation d'activité (pour les non adhérents à l'Optam notamment).
- Enfin si elles laissent certains praticiens perdants, ces revalorisations opèrent une redistribution entre médecins (du secteur 2 vers le secteur 1) qui va dans le sens d'une plus grande équité.

Malgré tout, les résultats qui viennent d'être exposés montrent bien la difficulté de l'exercice, dès lors qu'on a laissé les dépassements d'honoraires prendre une place croissante dans la rémunération des médecins spécialistes (hors médecine générale), et ce pour une fraction de plus en plus élevée des praticiens. Un tel scénario ne pourrait se mettre en place que de façon très graduelle, avec des effets dans le temps long.

2.3. Un scénario de mise en place graduelle

Deux types de mesures pourraient être combinées pour tendre progressivement vers une situation d'exercice des spécialistes dans un cadre de tarifs conventionnels :

- 1/ Une mesure de fermeture du secteur 2 ciblée sur les nouvelles installations (flux)

Une mesure limitée aux nouveaux entrants limiterait les baisses de revenu pour les professionnels déjà installés, dont on a vu qu'elles concerneraient un nombre important de praticiens, même avec des revalorisations tarifaires conséquentes. En revanche, une telle mesure est contraire à l'équité intergénérationnelle, et suppose pour être acceptable une revalorisation des tarifs conventionnels qui seraient désormais appliqués par la totalité des praticiens nouvellement installés.

- 2/ Une mesure de plafonnement des dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels déjà installés en secteur 2.

Ces plafonds pourraient évoluer pour tendre progressivement vers la fin des dépassements d'honoraires, mais cela suppose, là aussi, des revalorisations tarifaires en parallèle. Le niveau d'acceptabilité dépendrait fortement du niveau de plafonnement fixé, de l'évolution des plafonds et des contreparties offertes en termes d'ajustement des tarifs conventionnels.

Il est de ce fait difficile d'estimer comment ces revalorisations tarifaires pourraient être calibrées et étagées dans le temps, pour rendre ces évolutions acceptables. Dans tous les cas, la compensation des suppressions de dépassements par des revalorisations tarifaires conduirait, comme on l'a vu dans la simulation sur le stock, à un rééquilibrage des revenus *entre secteurs d'activité* (entre secteurs 1 et 2) et *au sein de chaque spécialité* (les écarts de revenu au sein de chaque spécialité dépendent en grande partie des dépassements d'honoraires).

Ces revalorisations tarifaires pourraient être différenciées selon les spécialités (par exemple, plus élevées pour les spécialités dont les honoraires sans dépassements sont les plus faibles) afin de diminuer les écarts de pertes entre les médecins (ces spécialités étant souvent celles pour lesquelles les dépassements représentent une part plus importante des revenus). Cela permettrait alors, à terme, de rééquilibrer les revenus *entre les différentes spécialités*, ce qui constitue en soi un objectif fort du système de santé afin de garantir une égale attractivité

entre spécialités et éviter les distorsions dans l'allocation des ressources humaines. La refonte de la CCAM technique prévue par la convention médicale ne suffira certainement pas à atteindre un tel objectif, à la fois parce qu'elle ne porte que sur les actes techniques et laisse donc de côté l'activité et les spécialités cliniques, mais aussi parce que l'existence même des dépassements d'honoraires rend très incertaine son impact sur les revenus des professionnels.

Au-delà de ces ajustements tarifaires nécessaires lors de la mise en place de la réforme, un tel scénario suppose une actualisation régulière de la nomenclature et des tarifs tenant compte de l'évolution des coûts de la pratique, dans ses différentes composantes : innovations technologiques, comorbidités...

2.4. Impact pour les patients

Dans un tel scénario, à terme, les dépassements d'honoraires seraient supprimés, ce qui correspond à une baisse des restes à charge de 4,2 Md€ (dont 60 % directement à la charge des patients, et 40 % couverts par les assurances maladie complémentaires).

Les patients auraient accès à l'ensemble des soins médicaux à tarifs opposables.

Ces baisses de dépassements bénéficieraient aux patients qui y sont le plus exposés du fait d'un plus fort recours aux spécialistes, lié à leur moins bon état de santé et leur âge, et d'un plus fort recours au secteur 2 parmi eux, en raison notamment de leur lieu de résidence et de l'accessibilité à une offre à tarif opposable. Elles bénéficieraient certes aux patients les plus aisés, qui recourent davantage au secteur 2, mais seraient aussi de nature à favoriser l'accès aux soins des ménages modestes, les plus susceptibles de renoncer aux soins pour des raisons financières, et à réduire le reste à charge des ménages moins bien couverts par une assurance complémentaire, en particulier les bénéficiaires de contrats individuels (notamment étudiants, chômeurs, retraités). Un accès garanti à tous à des tarifs opposables rendrait le système beaucoup plus simple et lisible pour les assurés, et supprimait le risque d'être exposé à des dépenses de santé imprévisibles, potentiellement élevées, et pouvant se cumuler sur un épisode de soins.

Même dans l'option d'une mise en œuvre graduelle, consistant à fermer totalement l'accès au secteur 2 sur le flux, à geler des dépassements moyens par tête pour le stock (hors inflation) (donc avec des mesures de plafonnement conservatrices seulement), la baisse des dépassements serait très forte : ils atteindraient 3,8 Mds € à court terme (5 ans) contre 6 Mds en tendanciel, et 3,3 Mds € à long terme (15 ans) contre 10 Mds en tendanciel.

Les patients bénéficieraient également d'une baisse des cotisations d'assurance maladie complémentaire permise par la baisse des dépenses de l'AMC (au moins pour ceux qui bénéficient aujourd'hui de contrats prenant en charge les dépassements).

2.5. Impact sur les couvertures complémentaires

La disparition des dépassements d'honoraires conduirait à réintégrer l'intégralité des honoraires dans les tarifs conventionnels : les rôles respectifs de l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire seraient donc de nouveau similaires à celle qui prévaut pour les soins pour lesquels il n'existe pas de liberté tarifaire. L'intervention de l'assurance-maladie complémentaire se concentrerait sur le ticket modérateur. Seuls les

patients ne disposant pas de couverture complémentaire santé subiraient un reste à charge en plus de la franchise.

A partage AMO/AMC inchangé, ce scénario engendre un coût net pour l'AMO et une économie nette pour l'AMC.

A titre d'illustration, si en 2024 tous les médecins de secteur 2 exerçaient en secteur 1, avant même toute revalorisation des tarifs conventionnels le coût pour l'AMO serait pour rappel d'environ 650 millions d'euros, comprenant :

- d'une part les honoraires supplémentaires liés à l'alignement des tarifs sur le secteur 1, pour la fraction remboursée par l'assurance maladie obligatoire soit environ 235 M € (sur la base d'un taux moyen de remboursement de 85 %) ¹⁷
- d'autre part la prise en charge des cotisations sociales supplémentaires liées à l'augmentation des honoraires à tarifs opposables, qui incombe en totalité à l'AMO (420 M€).

A ces surcoûts directs, il faut ajouter la baisse de recettes liée à la suppression de la surcotisation sur les dépassements (130 M€).

Pour l'assurance maladie complémentaire, qui couvre environ 40 % des dépassements d'honoraires des spécialistes (hors généralistes), la suppression des dépassements entraînerait une moindre dépense de l'ordre de 1,5 Md€. Viendrait en déduction le coût de l'alignement sur les tarifs du secteur 1, pour la fraction remboursée par l'assurance maladie complémentaire : au maximum 50 M€ (estimation par excès, sous l'hypothèse que l'AMC prend en charge la totalité de ce qui n'est pas remboursé par l'AMO).

A partage AMO/AMC inchangé, une revalorisation tarifaire équivalente au montant des dépassements, soit 3,9 Mds €, serait prise en charge à hauteur de 3,3 Mds € par l'assurance maladie obligatoire (85%) et 585 millions d'euros par l'assurance maladie complémentaire (sous l'hypothèse que l'AM prend en charge la totalité de ce qui n'est pas remboursé par l'AMO). Dans ce cas, la moindre dépense de l'AMC serait de 865 M d'euros.

L'impact financier des revalorisations tarifaires pourrait être partagé entre AMO et AMC, de deux façons possibles. Une option consisterait à moduler le niveau du ticket modérateur de façon à maintenir la participation de l'AMC à son niveau actuel, entraînant des effets redistributifs entre assurés via les cotisations d'assurance complémentaire (une hausse du ticket modérateur augmenterait davantage les primes des contrats d'entrée de gamme alors que la suppression des dépassements baisserait davantage les primes des contrats très couvrants). Une autre option consisterait à accroître le financement à l'AMO en considérant que la baisse des dépassements réduirait les charges pour l'AMC, et donc les cotisations de couverture complémentaire. Cela pourrait consister à accroître les cotisations sociales affectées à la branche maladie, qui se justifierait par la baisse des cotisations de complémentaires santé dont s'acquittent les salariés avec une participation de l'employeur. La baisse des cotisations de complémentaires santé serait toutefois inférieure à la hausse de ressources AMO nécessaire, puisque les dépassements ne sont que partiellement couverts.

¹⁷ Estimation a minima, en supposant que les actes réalisés sans dépassements par les S2 non adhérents à l'Optam – Optam-ACO sont déjà facturés aux tarifs du secteur 1.

Cette voie entraînerait également des effets redistributifs, selon les niveaux de garanties des couvertures complémentaires (la baisse des cotisations serait limitée ou nulle pour les ménages ayant les contrats d'entrée de gamme et plus élevée pour les ménages disposant des couvertures les plus favorables), selon l'exposition aux dépassements d'honoraires (état de santé, lieu de vie) et les revenus des ménages.

2.6. Résumé des impacts du scénario 1

Les impacts chiffrés de ce scénario, détaillés dans l'annexe A du rapport, sont les suivants :

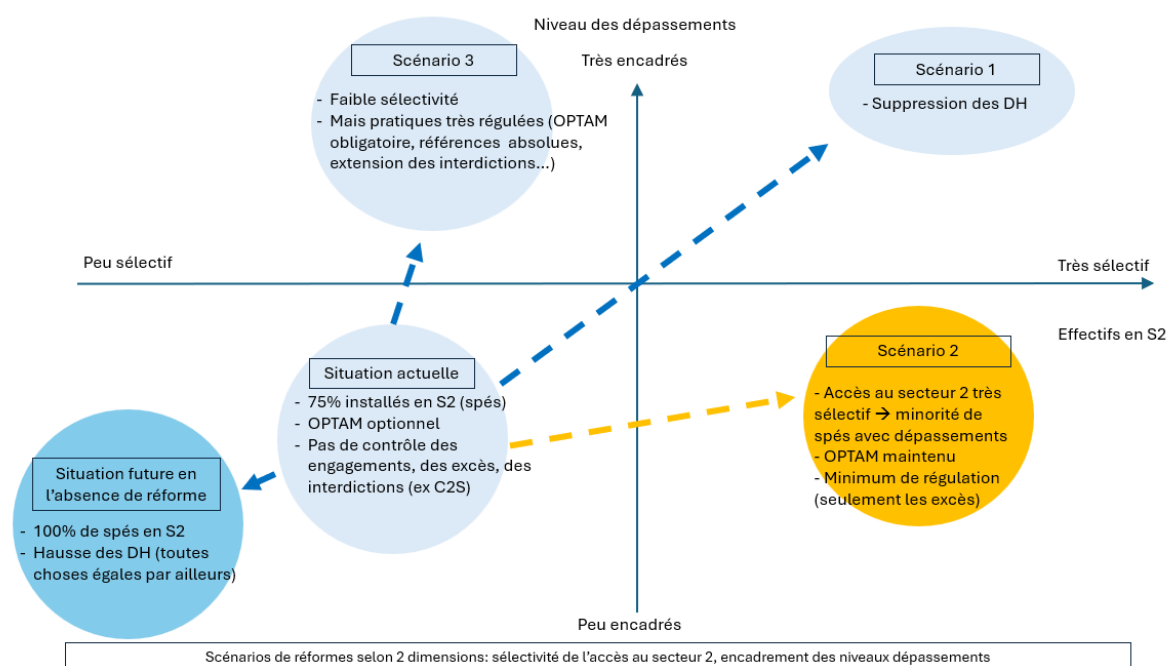
TABLEAU 2. SYNTHÈSE DES IMPACTS DU SCÉNARIO 1

Dépassements d'honoraires	AMO	Patients	Médecins
Court terme			
A horizon 5 ans, par rapport au tendanciel : -36% de DH (avec fin d'accès au S2 pour le flux + gel du niveau des DH pour le stock, hors inflation) (3,8 Mds contre 6 en tendanciel)	Coût négligeable à CT si mesures de fermeture de S2 sur le flux uniquement	Hausse progressive de l'offre à TO, baisse des dépassements d'honoraires	Pertes négligeables si mesures de fermeture de S2 sur le flux uniquement
Long terme			
A horizon 2040, par rapport au tendanciel : -77% de DH (avec fin d'accès au S2 pour le flux + gel du niveau de DH pour le stock, hors inflation) (3,3 Mds contre 10 en tendanciel)	A terme (sous pleine entrée en vigueur, dans la situation actuelle) : Coût AMO ~680 M € (alignement des tarifs sur S1 et cotisations sociales des médecins en S1) + Revalorisations tarifaires (Total coût AMO chiffré pour 4 Mds) Baisse remboursements AMC ~1,5 Mds (-870 M si revalorisations tarifaires)	A terme (sous pleine entrée en vigueur), fin des dépassements d'honoraires (-4,2 Mds € dont 60% directement à la charge des patients, et 40% couverts par l'AMC) et offre totale à tarifs opposables	A terme (sous pleine entrée en vigueur, dans la situation actuelle) avec un engagement de l'AMO au niveau des DH totaux (4 Mds) et une revalorisation des tarifs de tous les spécialistes (yc MG) : + 17% des honoraires, 77% de médecins gagnants 73% des spécialistes de S2 restent perdants, avec une baisse moyenne des honoraires de 19%

3. Scénario 2. Renforcer l'offre à tarif opposable en rendant le secteur 2 plus sélectif : revoir les conditions d'accès au secteur 2

Comparativement au scénario 1 évoqué précédemment, la deuxième direction de réforme met l'accent sur la réduction des effectifs de secteur 2, plus que sur la régulation des niveaux de dépassement. L'idée de ce scénario est que, si la pratique des dépassements d'honoraires ne concernait qu'une petite fraction des praticiens, l'objectif d'un large accès aux soins à tarifs opposables serait garanti, et dès lors la régulation pourrait se limiter, sur ce secteur 2 contingenté, à éviter les excès.

FIGURE 6. SCENARIO 2 : REDUCTION DES EFFECTIFS DE SECTEUR 2 ET REGULATION MINIMALE DES PRATIQUES TARIFAIRES



Ce scénario vise à répondre au constat que les **nouvelles générations** de médecins spécialistes choisissent **de plus en plus d'exercer en secteur 2** qui leur ouvre la possibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires. L'augmentation constante de la part des spécialistes libéraux (hors médecine générale) exerçant en secteur 2 est en effet le fait marquant des vingt-cinq dernières années. Plus que les élargissements des titres et fonctions ouvrant droit aux dépassements d'honoraires ou une facilité plus grande à obtenir ces titres (augmentation des postes d'assistants, comptabilisation de l'année de docteur junior), ce sont bien les évolutions de la sociologie de la profession et des aspirations des nouvelles générations qui sont en jeu dans cette augmentation (cf. annexe B). C'est pourquoi revenir sur les seuls élargissements de titres mis en œuvre au cours des dernières années ne suffirait pas à restreindre substantiellement l'accès au secteur 2. Un scénario visant à rendre le secteur 2 plus sélectif nécessiterait donc de créer de nouvelles conditions d'accès au secteur 2 plus restrictives que les conditions antérieures.

Le secteur 2 étant devenu la norme pour de nombreuses spécialités, il est difficile aujourd'hui de définir de quoi la liberté tarifaire est la contrepartie. Ce scénario part de cet état de fait. Il restreint l'accès au secteur 2 pour en faire un secteur minoritaire, afin de retrouver la logique initiale où la liberté tarifaire rémunère un certain niveau de notoriété et d'expérience, défini à

partir de critères de carrière. Il convient de reconnaître qu'il est difficile de trouver des critères rationnels justifiant les dépassements. En étant conscient de cette limite, le Hcaam identifie à titre d'illustrations deux mesures reposant sur des critères objectifs, qui s'approchent de la logique actuelle, tout en étant plus restrictives.

Ces deux mesures, qui pourraient ou non se cumuler, seraient :

1/ redéfinir les **conditions sur titre** des autorisations de s'installer en secteur 2,

2/ conditionner l'exercice en secteur à un nombre d'années d'expérience

D'autres options sont discutées :

- Celle qui consisterait à mobiliser l'incitation plutôt que la contrainte pour rendre le secteur 1 plus incitatif, mais qui aurait un coût très élevé au regard des effets attendus,
 - Celle qui consisterait à conditionner l'exercice en secteur 2 à l'installation dans un territoire sous-doté dans la spécialité considérée, en raison de difficultés de méthode et d'impacts incertains
- Celle qui consisterait à lier l'exercice en secteur 2 et engagements de qualité, mais qui est écartée dans la mesure où les incitations à la qualité doivent s'appliquer à tous les professionnels (cf. infra).

En dehors de ces restrictions d'accès au secteur 2, ce scénario repose sur une logique libérale, avec peu de régulation sur les niveaux de dépassements, comme c'est le cas aujourd'hui, en dehors de dispositifs optionnels de modération des dépassements. Cette régulation limitée pourrait être acceptable si les restrictions d'accès au secteur 2 garantissaient une offre à tarif opposable satisfaisante pour répondre aux besoins de la population. Ce scénario ne limitera donc pas la complexité du système, où secteur 1, secteur 2 Optam et non Optam, avec des tarifs et niveaux de prise en charge différents continueront de coexister, au moins de façon transitoire. Il entérine un système dual, où coexistent un secteur à tarifs régulés et un secteur à tarif libres, et où le choix de recourir à l'un ou à l'autre est laissé aux patients en fonction de leurs préférences et de leur perception des avantages fournis par les soins des médecins de ces deux secteurs (ex : files d'attente, équipement, temps de consultation, etc). Cette faible régulation des niveaux de dépassements serait acceptable si, conformément à la logique de ce scénario, les restrictions à l'entrée dans le secteur 2 permettait de faire des dépassements une pratique résiduelle, réservée à une petite minorité de médecins. Cependant, il est très difficile de trouver des critères objectifs qui permettraient de restreindre le secteur 2 à secteur très minoritaire, même avec une restriction drastique des titres et de l'expérience tel que proposé ici, et il est donc difficilement concevable de pousser cette logique à son terme. Avec les pistes proposées ici, le recours au secteur 2 restera en réalité en partie contraint, en particulier dans les zones urbaines où l'offre en secteur 2 sera très concentrée.

De façon transversale aux mesures de restrictions d'accès au secteur 2, il faudrait également veiller à ce que ces règles s'appliquent à tous, y compris les remplaçants. Il est en effet problématique que ceux-ci puissent appliquer les tarifs du médecin remplacé, sans disposer des titres ou de l'expérience qui seraient requis à l'exercice en secteur 2. Le principe retenu

devrait être qu'ils ne puissent pas appliquer de dépassements, ce qui nécessiterait de mettre en place des mesures permettant de le contrôler.

3.1. Option 1 : redéfinir les conditions sur titre

Les conditions sur **titre** rendent actuellement éligible au secteur 2 les chefs de clinique assistants (CCA), les assistants hospitaliers (AH), au bout de deux années sur ces postes - l'année de docteur junior étant désormais comptabilisée à raison d'une année pour l'obtention du titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux ; et les praticiens hospitaliers (PH). Ce scénario consisterait à retenir une approche d'exigence de qualifications spécifiques, dans le prolongement de la logique de « notoriété » qui régissait le droit à dépassement permanent. Cette exigence reposerait sur des conditions d'excellence académique ou des conditions d'activités de recherche. Sous cette hypothèse, l'accès direct en sortie d'étude serait réservé aux **chefs de clinique assistants**¹⁸.

Il semble difficile d'appliquer une telle mesure aux professionnels déjà installés, car elle reviendrait sur les conditions dans lesquelles ils ont fait leurs choix en début de carrière. Une telle mesure aurait donc vocation à ne s'appliquer qu'aux nouveaux installés.

L'impact d'une telle mesure sur l'attractivité des postes d'assistant en dehors des CHU, et donc sur les ressources humaines des centres hospitaliers généraux, mériterait cependant d'être pesé. D'autant plus que fragiliser leur attractivité peut se répercuter sur les installations dans ces territoires, puisqu'il est établi que le lieu de formation a une forte influence sur le choix d'installation des médecins (Polton et al., 2021¹⁹). Réserver l'accès à la liberté tarifaire aux anciens chefs de clinique risquerait aussi de détourner ces postes de leur réelle vocation qui est de promouvoir des carrières hospitalo-universitaires.

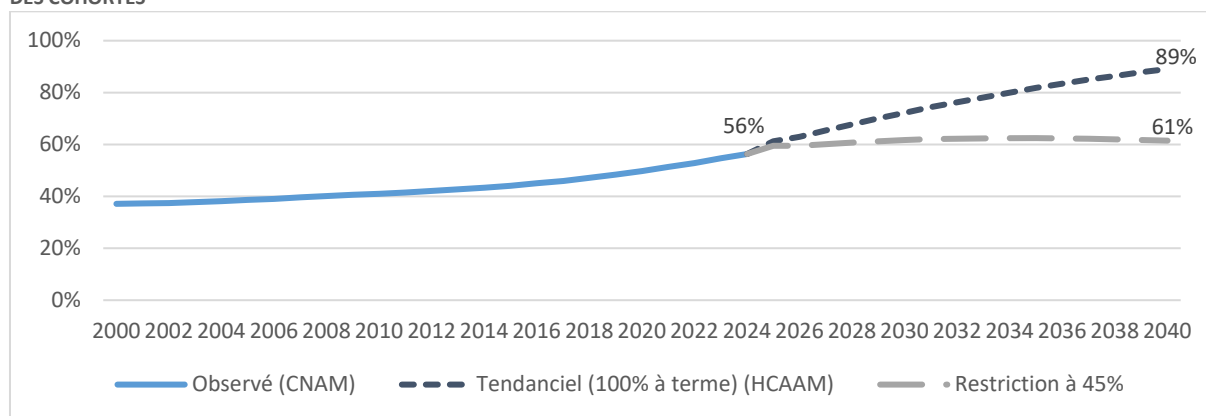
La restriction des titres aux seuls chefs de clinique assistants aurait pour effet de réduire à 45% l'effectif de chaque génération de nouveaux médecins éligibles au secteur 2 (dans l'hypothèse d'un accès restreint aux seuls chefs de clinique assistants, soit 2080 postes par an une demande potentielle d'environ 4500 spécialistes en fin de formation). Il s'agirait d'une baisse conséquente par rapport aux entrées en secteur 2 actuelles (75% des libéraux s'installent en secteur 2) et passées (cette part était de 56% en 2005). En supposant que 100% des éligibles s'installant en libéral choisissent le secteur 2, elle maintiendrait tendanciellement la part du S2 autour de 61% (56% en 2024) (Figure 7). Elle ne permettrait cependant pas de réduire la part de médecins en secteur 2 à horizon 2040, car les cohortes de médecins partant à la retraite

¹⁸ Certains membres ont pu proposer de moduler cette durée dans la fonction de chef de clinique assistant donnant accès au secteur 2 selon les régions d'exercice, par exemple en raccourcissant la durée requise dans ces dans les régions plus en tension pour en renforcer l'attractivité. Les effets à attendre d'une telle mesure sont toutefois limités car elle ouvre des possibilités d'optimisation faciles, comme celui de n'exercer que pendant une courte durée dans la région en tension pour s'installer ensuite ailleurs en secteur 2.

¹⁹ Polton D., Chaput H., Portela M., 2021, *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques : Les leçons de la littérature internationale*, Les dossiers de la DREES, n°89.

comprennent davantage de médecins en secteur 1, alors que les jeunes entrants sont plus nombreux et davantage en secteur 2.

FIGURE 7. PROJECTION DE LA PART DE SPECIALISTES (HORS MG) LIBERAUX EN SECTEUR 2, AVEC RESTRICTION DE L'ELIGIBILITE A 45% DES COHORTES



Source : CNAM (2000-2024), et projections Hcaam (2025-2040)

Note : les projections reposent sur l'hypothèse que la part de spécialistes libéraux (hors MG) s'installant en secteur 2 augmente au même rythme qu'entre 2017 et 2024, avec un nombre d'installation de spécialistes en libéral restant constant (effectif 2024) sur la période 2025-2040, et un nombre de départ en retraite correspondant aux effectifs de spécialistes libéraux en S2 s'étant installés 37 ans plus tôt (départ à 67 ans, 30 ans à l'installation). Les médecins de plus de 67 ans sont supposés tous partir en retraite la première année de projection en 2025. La projection à 45% repose sur l'hypothèse que 45% des installations en libéral sont éligibles au secteur 2 et choisissent ce secteur.

3.2. Option 2 : conditionner l'exercice en secteur 2 à un nombre d'années d'expérience

Restreindre l'accès au secteur 2 pourrait être réalisé également en allongeant la durée requise sur les postes rendant éligible au secteur 2. On pourrait ainsi revenir sur la réduction de durée consécutive à la prise en compte de l'année de docteur junior, ou même allonger au-delà la durée requise. Cela supposerait un allongement de la durée possible dans des postes de non titulaires avant la titularisation ou l'installation en libéral, les postes de chef de clinique étant actuellement prévus pour des durées de 2 ans, pouvant être prolongés deux fois un an. **A nombre de postes inchangé**, cet allongement aurait pour effet mécanique de réduire le nombre de praticiens pouvant prétendre à ces postes par promotion. Par ailleurs, il pourrait conduire à modifier l'arbitrage réalisé par les internes entre un exercice en secteur 2 conditionné à ces années d'exercice sur ces postes, ou à une installation plus immédiate et un exercice en secteur 1.

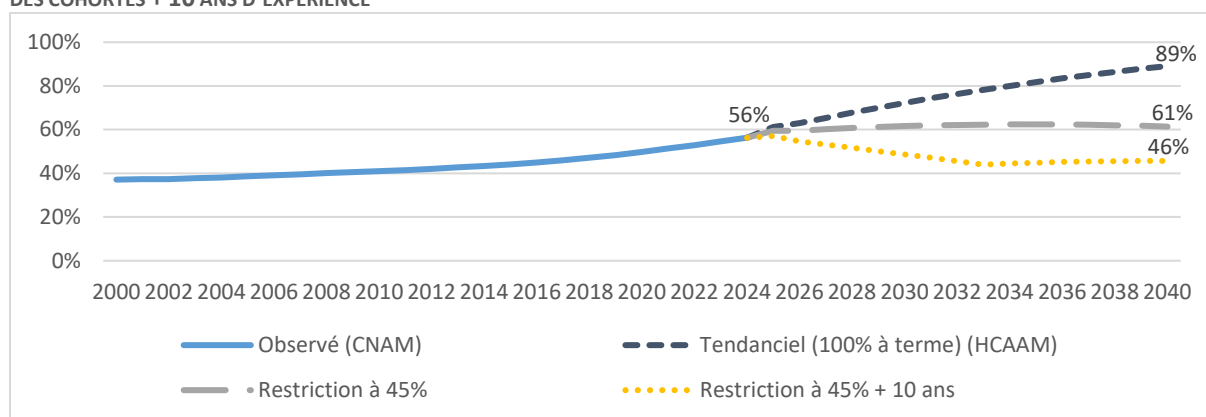
De façon alternative ou cumulative à cette mesure, il pourrait être envisagé dans ce scénario de considérer que l'excellence professionnelle peut aussi être acquise par l'expérience professionnelle : l'accès au secteur 2 pourrait être ouvert seulement après avoir fait ses premières armes professionnelles, par exemple, après avoir accompli 5 ou 10 ans d'activités médicales.

Les conditions dans lesquelles cette première expérience professionnelle s'acquiert seraient à préciser. Une première option serait qu'elle se déroule dans le cadre d'une installation en exercice libéral, qui se poursuivrait une fois la période de 5 ou 10 ans écoulée. Certains estiment

que cette modalité permettrait de maintenir l'attractivité du secteur libéral, dans un contexte où le salariat représente une part croissante des modes d'exercice. Une autre option serait de considérer que cette première expérience professionnelle peut être acquise dans différents environnements, et notamment à l'hôpital, qui dès lors serait sur un pied d'égalité avec le secteur libéral en termes d'attractivité pour les débuts de carrière. On pourrait certes dans ce cas craindre que les praticiens, une fois leur première période d'activité accomplie, quittent l'hôpital pour s'installer en libéral : cela ne représenterait cependant pas de changement par rapport à la situation actuelle, qui impose cinq années d'exercice dans les fonctions de praticien hospitalier à temps partiel pour exercer en secteur 2.

Une telle condition d'expérience professionnelle devrait se cumuler aux conditions de titre, sous peine de devoir rouvrir l'éligibilité au secteur 2 à des professionnels déjà installés en secteur 1. Son impact sur les effectifs de professionnels serait à proportion de la part de professionnels exerçant depuis moins de 5 ou 10 ans sur l'ensemble des professionnels.

FIGURE 8. PROJECTION DE LA PART DE SPECIALISTES (HORS MG) LIBERAUX EN SECTEUR 2, AVEC RESTRICTION DE L'ELIGIBILITE A 45% DES COHORTES + 10 ANS D'EXPERIENCE



Source : CNAM (2000-2024), et projections Hcaam (2025-2040)

Note : les projections reposent sur l'hypothèse que la part de spécialistes libéraux (hors MG) s'installant en secteur 2 augmente au même rythme qu'entre 2017 et 2024, avec un nombre d'installation de spécialistes en libéral restant constant (effectif 2024) sur la période 2025-2040, et un nombre de départ en retraite correspondant aux effectifs de spécialistes libéraux en S2 s'étant installés 37 ans plus tôt (départ à 67 ans, 30 ans à l'installation). Les médecins de plus de 67 ans sont supposés tous partir en retraite la première année de projection en 2025. La projection à 45% repose sur l'hypothèse que 45% des installations en libéral sont éligibles au secteur 2 et choisissent ce secteur. La projection à 45% + 10 ans reporte, en complément, l'ensemble des entrées en libéral en secteur 2 pendant 10 ans.

En alternative à ces mesures qui feraient reposer la réduction du nombre de professionnels en secteur 2 sur des conditions restrictives de titre ou d'expérience, deux autres voies ont été explorées.

3.3. Conditionner l'exercice en secteur 2 à une installation dans un territoire sous-doté pour la spécialité considérée : des difficultés de méthode, des impacts incertains

Une autre approche pourrait consister à conditionner l'exercice en secteur 2 à l'installation dans un territoire sous-doté dans la spécialité considérée.

Une telle mesure a pu être évoquée comme cherchant à résoudre à la fois le problème de l'augmentation de la part de professionnels en secteur 2 et les déséquilibres de répartition territoriale de certaines spécialités.

Une telle mesure, qui poursuivrait deux objectifs distincts, supposerait de lever l'ambiguïté : l'objectif prioritaire est-il la réduction des installations en secteur 2 ou celle des déséquilibres territoriaux ?

On peut douter que la perspective de pouvoir exercer en secteur 2 soit de nature à modifier les choix de lieu d'installation des professionnels, au vu des enseignements de la littérature sur les limites des aides financières à l'installation en zone sous-dense²⁰ et des études sur les déterminants des choix d'installation²¹. Auquel cas, si la mesure n'a pas d'impact sur les choix d'installation des spécialistes, elle tend vers une mesure de fermeture du secteur 2. Pour autant, elle n'empêcherait aucunement l'installation de médecins en secteur 1 dans les zones sur-denses. Elle serait donc nettement moins efficace, en termes de rééquilibrage territorial de l'offre, qu'une mesure de régulation de l'installation en zone sur-dense quel que soit le secteur choisi.

Inversement, si elle exerce un effet sur l'installation, les installations en secteur 2 sur les zones sous-dotées, elle aura des conséquences sur les niveaux de dépassements pratiqués dans des zones où les niveaux de vie sont plus faibles :

- la capacité des professionnels s'installant en secteur 2 dans les zones sous-dotées à pratiquer des dépassements d'honoraires serait limitée par la capacité à payer des patients dans ces territoires : dans ce cas, cette mesure, loin de se contenter de réduire le nombre de professionnels exerçant en secteur 2, réduirait également le niveau moyen des dépassements pratiqués par rapport à ce qui se serait passé si les professionnels s'étaient installés dans les grandes métropoles ;
- on peut toutefois imaginer que, si la mesure avait pour effet de concentrer les professionnels en secteur 2 sur ces territoires par ailleurs sous-dotés, elle tende à porter, par défaut de concurrence, le niveau des dépassements sur ces territoires au-delà de ce qu'on aurait pu attendre au vu du niveau de vie de ces territoires. En termes d'accès aux soins, cette offre à dépassement serait certes à comparer à une offre inexistante ou insuffisante, qui conduit les patients soit à des délais d'attente et/ou des renoncements, soit à se déplacer loin pour accéder aux soins. Une offre disponible, même plus chère, pourrait être préférée par les patients.

²⁰ Dominique Polton, Hélène Chaput, Mickaël Portela et alii, « Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques : les leçons de la littérature internationale », *Les dossiers de la Drees*, n° 89, 2021.

²¹ Hélène Chaput et alii, « Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale », *Études et résultats* n° 1140, 2020 : les quatre premiers facteurs d'installation des médecins généralistes de moins de 40 ans sont, dans l'ordre : la possibilité de rejoindre un regroupement de professionnels de santé, les facilités pour la famille (emploi du conjoint, scolarisation des enfants), la proximité par rapport aux origines familiales, la présence de l'offre de soins dans le secteur ; la perspective d'une aide financière ou logistique est le dernier critère cité, loin derrière les autres.

La mesure aurait alors pour effet de fermer l'installation des professionnels en secteur 2 dans les territoires les mieux dotés, et donc à réduire le niveau des dépassements dans des territoires plus aisés que la moyenne. En tout état de cause, une mesure poursuivant ainsi deux objectifs distincts ne peut aboutir à un succès sur les deux dispositifs : schématiquement, elle aboutit soit à une réussite complète sur un seul objectif (sans amélioration sur l'autre objectif) soit à une amélioration modérée sur chaque objectif.

Enfin, une telle mesure supposerait qu'on soit capable de définir, pour les différentes spécialités, un zonage du territoire caractérisant des situations de sur- et de sous-densité. Or, une telle approche supposerait de surmonter certaines difficultés de méthode. Les différentes spécialités présentent en effet de fortes différences en termes d'effectifs, de modes d'accès et donc d'aires de « recrutement » des patientèles. Si certaines spécialités font pour ainsi dire partie du premier recours et pourraient, dans leur principe, donner lieu à des formes de mesures d'APL adaptée, d'autres ont en revanche un rôle de recours et ne présentent tout simplement pas la même maille géographique d'appréciation de l'accessibilité. Par ailleurs, la prise en compte de l'activité hospitalière, là aussi très différente selon les spécialités, rendrait plus difficile une mesure comparable de la densité ou de l'accessibilité. La mesure de l'accessibilité devrait en outre tenir compte de l'existence de sous-spécialités. Or, il n'est certainement pas envisageable de faire peser une telle contrainte seulement sur certaines spécialités, sous peine d'aggraver les disparités d'attractivité entre spécialités.

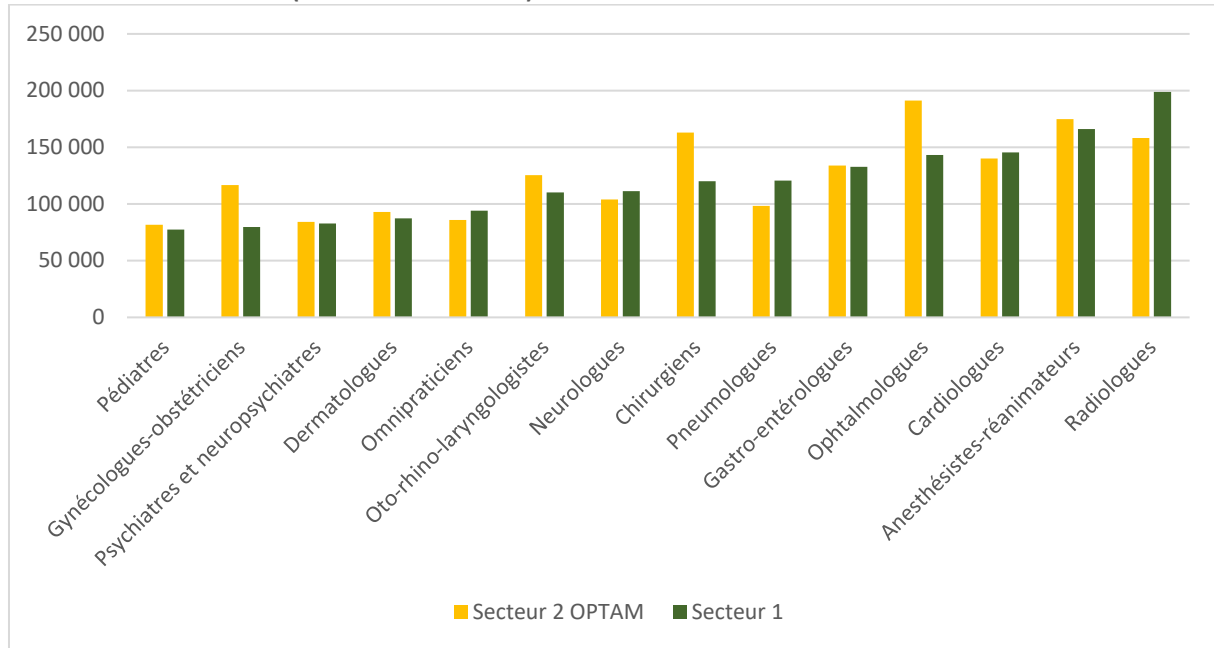
3.4. Rendre plus attractif le secteur 1 par des mesures incitatives : un coût très élevé au regard des effets pouvant être attendus

En alternative à ces mesures qui feraient reposer la réduction du nombre de professionnels en secteur 2 sur des mesures restrictives, le Hcaam a évalué la possibilité d'une mesure incitative visant le même effet, à travers une incitation financière supplémentaire donnée aux professionnels en secteur 1.

Cette mesure part du constat que le secteur 2 est financièrement plus attractif que le secteur 1 : les médecins de secteur 2 ont en moyenne des revenus nets plus élevés que leurs confrères en secteur 1, alors même que leurs honoraires sont soumis à des taux de charges (cotisations sociales et charges d'exploitation) plus élevés (tableau 1). En effet, les dépassements d'honoraires permettent aux médecins de secteur 2 d'augmenter leur niveau de revenu, et ce d'autant plus lorsqu'ils ne sont pas limités – comme c'est le cas en dehors de l'Optam –, ou d'avoir un niveau d'activité plus faible pour un même revenu cible.

Dans de nombreuses spécialités toutefois (cardiologie, neurologie, médecine générale, pneumologie, psychiatrie, radiologie...), les revenus en secteur 2 Optam sont en moyenne inférieurs à ceux du secteur 1 (Figure 9). Cela indique que le choix du secteur 2 peut aussi résulter d'une anticipation de charges plus élevées (ex : choix d'installation dans une zone à loyers élevés), ou d'un souhait de niveau d'activité plus réduit, que les dépassements d'honoraires visent à compenser, mais seulement partiellement.

FIGURE 9. REVENUS LIBERAUX (HONORAIRES – CHARGES) COMPARES EN SECTEUR 1 ET EN SECTEUR 2 OPTAM PAR SPECIALITE



Source : Base Insee-Cnam-DGfip (Drees) 2021, calculs 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.

Il s'agirait alors de revaloriser les conditions financières d'exercice en secteur 1 pour inciter les médecins à choisir le secteur 1. Cette incitation pourrait par exemple consister à instaurer une prime pérenne indexée à l'activité pour les nouveaux installés en secteur 1, comparable à celle qui existe aujourd'hui pour l'Optam. Une telle option est en effet préférable à une incitation passant par des tarifs différenciés, qui conduirait à trois niveaux de tarifs (S1, Optam, S2 hors Optam).

Pour être suffisamment incitative pour conduire les médecins à choisir le secteur 1, une telle mesure nécessiterait d'aligner les honoraires moyens (à activité donnée) du secteur 1 sur ceux du secteur 2. A moins de l'accompagner d'une contrainte sur la fermeture du secteur 2, il paraît irréaliste que cette incitation financière conduise à modifier les choix des médecins de secteur 2 non Optam. Une prime devrait atteindre un niveau extrêmement élevé pour être incitative pour ces derniers, dans la mesure où les médecins de secteur 2 non Optam ont, à quelques exceptions près (psychiatres, neurologues, pneumologues), des revenus très nettement supérieurs à leurs confrères du secteur 1.

Afin de la rendre plus incitative, cette mesure pourrait alors plutôt viser à aligner les honoraires du secteur 1 sur ceux du secteur 2 non Optam, par spécialité, entre lesquels les écarts de revenus sont plus modérés. Mais même dans ce cas de figure et dans une version maximaliste consistant à équilibrer les honoraires entre ces deux secteurs, l'efficacité d'une telle mesure serait très incertaine. D'une part, elle créerait des effets d'aubaine, puisqu'elle bénéficierait à des médecins qui auraient de toutes façons choisi le secteur 1. D'autre part, elle risquerait de ne pas être suffisamment incitative pour ceux qui peuvent espérer des revenus plus élevés que la moyenne dans le secteur 2.

Le Hcaam n'a pas davantage examiné des mesures visant à modifier l'arbitrage entre secteur 1 et secteur 2 via un mécanisme de désincitation à l'exercice en secteur 2 reposant sur une taxation ou un accroissement de la sur-cotisation pour les dépassements d'honoraires. Dans un contexte de liberté tarifaire et d'évolution à la hausse des dépassements, cette mesure n'aurait pas eu pour effet de modérer les dépassements d'honoraires : au contraire, on peut penser qu'elle aurait été en grande partie répercutée dans les tarifs pratiqués et aurait contribué à nourrir leur dynamique. La prise en charge des cotisations et l'absence de sur-cotisation constituent des éléments d'incitation à l'exercice en secteur 1, dont le maintien est indispensable même s'ils sont limités face à la liberté tarifaire ; en revanche, dans un contexte où les professionnels sont largement *pricemakers*, il est illusoire et contre-productif de croire réguler les dépassements par une pénalité de ce type.

Notons enfin qu'il convient d'exclure, dans le même registre des incitations visant à rendre plus attractif le secteur 1, des mesures qui consisteraient à réduire les avantages de l'Optam (baisse de la prime ou des tarifs conventionnels à l'Optam), ou à en augmenter les contreparties (baisse du taux de dépassements autorisés ou hausse du plancher d'activité à tarif opposable). En effet, il est exclu que ce type d'incitation puisse rendre, en soi, le secteur 1 plus attractif, en raison du report possible vers le secteur 2 non Optam. De telles mesures devraient donc s'accompagner forcément d'une fermeture du secteur 2 hors Optam pour faire de l'Optam (ou en tous les cas, d'un dispositif de maîtrise des dépassements dans le secteur 2) le cadre général d'exercice. La discussion des enjeux d'un tel dispositif qui redéfinirait les contours d'un nouveau dispositif de maîtrise obligatoire des dépassements est présentée dans la section consacrée au troisième scénario.

3.5. Lier exercice en secteur 2 et engagements des professionnels : les incitations à la qualité doivent s'appliquer à tous les professionnels

Le rapport Monnet-Rousset propose de conditionner l'exercice en secteur 2 à un certain nombre d'engagements, dont des indicateurs de qualité.

La logique de contreparties à l'exercice du secteur 2 semble avoir un sens pour des contreparties renvoyant à des modalités d'exercice dont on peut concevoir qu'elles ne concernent pas tous les spécialistes (PDSA, consultations avancées). Des propositions ont été faites en ce sens, comme celle de mettre en place un système obligatoire de consultations avancées dans les zones sous-denses pour les médecins déjà installés en secteur 2²².

Elle pose plus de questions s'agissant d'éléments relatifs à la qualité des soins. Le paiement à la qualité fait l'objet de discussions quant à son impact et ses conditions. Toutefois, l'éventualité d'une prise en compte de la qualité dans les modes de rémunération n'a rien à voir avec un droit à dépassement reposant sur des indicateurs de qualité : en effet, un dépassement sur critères de qualité signifie que le professionnel exerçant des dépassements, que l'acte donnant lieu à dépassements, sont d'une qualité supérieure aux professionnels et aux actes à tarif

²² Revel N., 2025, *La santé des Français : sortir de l'impasse*, Note de Terra Nova.

opposable. Dans cette logique, un professionnel éligible au secteur 2 n'atteignant pas les exigences de qualité devrait être placé en secteur 1. Un tel dispositif semble tout d'abord poser des difficultés de mise en œuvre : les indicateurs de qualité se mesurent ex-post, mais les dépassements sont appliqués au moment de l'acte. Plus fondamentalement, cette logique soulève une question de principe en ce qu'elle semble instaurer l'idée que l'activité médicale prise en charge par l'assurance-maladie dans les conditions normales (tarif opposable) est une activité *low-cost* et de moindre qualité.

Si la mise en place de démarches de mesure de la qualité des pratiques et de certification des pratiques est souhaitable, dans ce cas ces démarches doivent concerner l'ensemble des praticiens, indépendamment de leur secteur d'activité.

3.6. Une régulation des dépassements pratiqués limitée aux dépassements excessifs

Le postulat de ce scénario 2, qui est de privilégier d'agir sur le nombre de professionnels en secteur 2 et donc l'accessibilité de l'offre à tarif opposable, est qu'une restriction du nombre de professionnels en secteur 2 réduit la nécessité d'une régulation des dépassements d'honoraires. En effet, si la population pouvait accéder à une offre à tarif opposable pour les différentes spécialités et dans tous les territoires, recourir à un professionnel en secteur 2 pourrait constituer véritablement un choix. Ce scénario esquisse une évolution vers une organisation duale de la médecine spécialisée, entre un secteur soumis aux tarifs opposables et un tarif à secteurs libres, suffisamment limité pour être choisi par une population qui en a les moyens. Dans ce cadre, une régulation des **montants des dépassements d'honoraires** pourrait se limiter à **rendre effective l'interdiction des dépassements excessifs**, qui sont le fait d'une minorité de médecins, en donnant une portée de norme absolue au taux de 150% de dépassements qui était mentionné dans l'avenant 8 de la convention médicale comme un « repère ». Ce seuil est actuellement un simple repère et ne constitue qu'un critère parmi d'autres (évolution annuelle de ce taux, fréquence des actes avec dépassements, variabilité des honoraires pratiqués et dépassement moyen annuel par patient, spécialité du praticien et son niveau d'expertise et de compétence, lieux d'implantation du cabinet...). Il pourrait donc être proposé d'en faire une limite opposable, compréhensible pour les patients et les médecins, simple à contrôler, en plafonnant les dépassements autorisés à 150% du tarif conventionnel par acte.

Le secteur 2 pourrait, de façon transitoire, conserver sa dualité entre OPTAM et non-OPTAM. Toutefois, tendanciellement, si le secteur 2 devenait très minoritaire et qu'un accès large à une offre à tarif opposable était rétabli, la nécessité d'un dispositif de maîtrise des dépassements tel que l'OPTAM disparaîtrait.

3.7. Impact pour les patients

Dans les options retenues, une telle réforme permettrait de contenir partiellement l'évolution des dépassements d'honoraires. Si la hausse de l'accès au secteur 2 se poursuit au même rythme, 100% des installations en libéral se feront en secteur 2 à horizon 2039. En poursuivant leur augmentation tendancielle, les dépassements atteindraient alors 10 Mds € à un horizon de 15 ans. Ils atteindraient 6,9 Mds € à cet horizon en limitant les installations à 45%. En y ajoutant

la condition de 10 années d'expérience, les dépassements seraient gelés pendant 10 ans. Ils atteindraient alors 5,1 Mds € à horizon 2040. Ces estimations sont à comportement inchangé, ce qui peut constituer un biais « optimiste » : en effet, la restriction du nombre de professionnels en secteur 2 pourrait conduire à une concentration de leur activité sur des patients plus solvables et donc nourrir un renchérissement des niveaux de dépassement.

Il en est de même pour l'offre à tarif opposable. A un horizon de 15 ans, la seule mesure de restriction de l'accès à 45% conduirait à une offre à tarif opposable, sur l'ensemble du secteur libéral, de 64%, ce qui ne suffirait pas à maintenir le niveau actuel (67%). Une hausse conséquente pourrait en revanche être obtenue à cet horizon en cumulant les deux mesures (restriction de l'accès aux seuls CCA + 10 ans d'expérience) : elle atteindrait alors 73%, soit +6 ppt). Il en serait de même, à terme, avec un secteur 2 représentant 45% des libéraux. Ces estimations sont également à comportements inchangés, donc de nouveau plutôt optimistes : l'accès à un secteur 2 plus restreint pourrait conduire ces médecins à réduire leur offre à tarifs opposables.

Enfin, ce scénario ne rend pas le système plus lisible pour les assurés dès lors que des secteurs à tarifs distincts continueraient de coexister (secteurs 1 et 2, voire Optam/non Optam). Comme dans la situation actuelle, cette lisibilité pourrait être améliorée à la marge par des mesures visant à aider les patients à s'orienter dans le système (en indiquant par exemple systématiquement le secteur 1, 2 Optam, 2 non Optam dans les applications de prise de rendez-vous, et en permettant aux patients de les utiliser comme filtre de recherche), voire à mieux anticiper les tarifs et leur prise en charge (en systématisant l'affichage des tarifs si possible dès la prise de rendez-vous, et en déployant des simulateurs de restes à charge selon le niveau de garanties des contrats des assurés).

3.8. Impact sur les couvertures complémentaires

Dans ce système, le financement des dépassements resterait partagé entre l'AMC et les patients. Dans la logique la plus pure, un tel scénario pourrait tendre vers une moindre régulation de la prise en charge de l'AMC, avec la disparition à terme de l'Optam si les dépassements deviennent exclusivement pratiqués par une faible minorité de praticiens. La couverture complémentaire des dépassements relèverait donc davantage du choix des patients. On évoluerait alors vers un système dual combinant un haut niveau de prise en charge par l'assurance complémentaire pour les patients souhaitant accéder à cette offre, et une absence de prise en charge pour les patients ayant recours à une offre à tarif opposable qui serait élargie. Ce système dual serait vraisemblablement marqué géographiquement : ce secteur 2, tout en étant résiduel en moyenne, pourrait être très concentré dans les grandes zones urbaines. Cela aurait pour conséquence un renforcement de la tarification à la zone géographique des assurés, sachant que ce type de tarification concerne aujourd'hui 60% des bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé.

Cependant, tel qu'il est envisagé dans ce rapport, ce scénario permet de contenir la part des spécialistes libéraux en secteur 2 proche du niveau actuel, même avec les mesures les plus restrictives qui sont envisagées. C'est pourquoi il conduirait de façon plus réaliste à un maintien de la situation actuelle, que ce soit en termes de nécessité de maintien de l'Optam pour

maîtriser les dépassements, qu'en termes de partage AMO/AMC face à un besoin équivalent à aujourd'hui de solvabiliser les patients pour leurs dépassements d'honoraires.

3.9. Résumé des impacts du scénario 2

Les impacts chiffrés de ce scénario, détaillés dans l'annexe A du rapport, sont les suivants :

TABLEAU 3. SYNTHÈSE DES IMPACTS DU SCÉNARIO 2

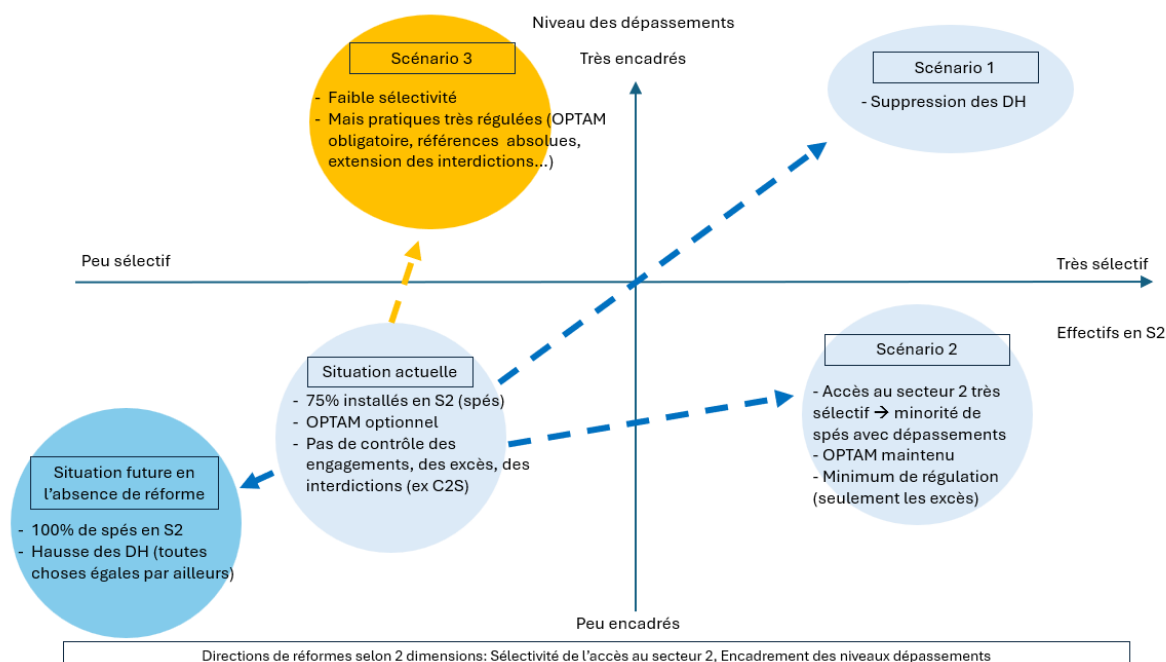
Dépassements d'honoraires	AMO / AMC	Patients	Médecins
Court terme			
A horizon 5 ans, par rapport au tendanciel : -15% de DH (avec restriction de l'accès en S2 aux seuls CCA) (5,1 Mds contre 6 en tendanciel) -31% (avec restriction de l'accès en S2 aux seuls CCA + 10 ans d'expérience)	Coût négligeable à CT	Moindre hausse des dépassements (voir DH). Effet négligeable sur l'offre à tarif opposable	Effet immédiat sur les seuls plus gros dépassants (13% des libéraux de S2) : entre -177 et -255 M€ de dépassements (resp. 11 et 17% de leurs honoraires) lié au plafonnement à 150%. Aucun impact sur les autres PS installés.
Long terme			
A horizon 2040, par rapport au tendanciel : - 1/3 de DH (avec restriction de l'accès en S2 aux seuls CCA) (6,9 Mds contre 10 en tendanciel) - 1/2 de DH (avec restriction de l'accès en S2 aux seuls CCA + 10 ans d'expérience)	Coût AMO ~500 M € à terme (atteint en 2039) (revalorisations tarifaires et cotisations sociales des médecins en S1 qui auraient choisi le S2 en l'absence de restrictions) Coût négligeable AMC	Moindre hausse des dépassements (voir DH). Légère baisse de l'offre à TO (64% soit -3 ppt) à horizon 15 ans (avec restriction de l'accès en S2 aux seuls CCA). Hausse conséquente de l'offre à TO (73% soit +6 ppt) à long terme (tendance vers 45% de S2) ou à horizon 15 ans avec les deux mesures cumulées (restriction de l'accès aux seuls CCA + 10 ans d'expérience)	Sur les seuls nouveaux installés en S1 qui auraient choisi le S2 en l'absence de réforme : diminution des honoraires espérés par rapport aux confrères installés depuis 10 ans ou moins exerçant actuellement S2 de 25%

4. Scénario 3. Une régulation concentrée sur les pratiques de dépassements

Ce scénario pose comme principe que dès lors que le secteur 2 se diffuse à une fraction importante des praticiens libéraux (57 % aujourd'hui des spécialistes hors médecine générale, et cette proportion va nécessairement augmenter dans les années qui viennent compte tenu des comportements d'installation), il n'est pas concevable que les pratiques tarifaires continuent à être à la discrétion du praticien, comme c'est le cas aujourd'hui, et ne soient pas plus strictement encadrées.

Ce scénario s'inscrit dans la troisième direction de réforme : contrairement au scénario 2, qui cherche prioritairement à réduire les effectifs de praticiens pratiquant des dépassements, il ne modifie pas les conditions d'accès au secteur 2. En revanche, alors que le scénario 2 ne prévoit pas de régulation des dépassements en dehors des dépassements excessifs, il fixe un cadre de régulation des pratiques tarifaires qui s'impose à tous.

FIGURE 10. SCENARIO 3 : FAIBLE SELECTIVITE DE L'ACCES AU SECTEUR 2, REGULATION DES PRATIQUES TARIFAIRES



Partant de ce principe, ce scénario repose tout d'abord sur un droit au tarif opposable défini pour une partie de la population en fonction d'un seuil de ressources. Cette mesure se substituerait à la situation actuelle où il revient au professionnel de choisir s'il module ou non ses pratiques tarifaires, jusqu'à quel point, et à quels patients il réserve le cas échéant l'application des tarifs opposables, qui donne lieu à des engagements de sa part dans le cadre de l'Optam. En cohérence avec le rapport consacré à l'état des lieux qui a montré combien cette possibilité laissée au professionnel ne permet pas de garantir dans les faits une prise en compte de la capacité à payer du patient dans l'application des tarifs, cette mesure remplace cette faculté par un droit objectif au tarif opposable pour une partie des patients.

Pour le reste, ce scénario repose sur des règles nouvelles encadrant la pratique des dépassements qui s'appliqueraient ainsi à tous les nouveaux installés de manière obligatoire, mettant fin au caractère optionnel, dont on a décrit plus haut les limites, des dispositifs actuels.

Un encadrement des pratiques tarifaires revisité par rapport au contenu de l'Optam actuel, serait donc appliqué à tous les nouveaux entrants.

Dans une période de transition, la situation des praticiens déjà en exercice serait « gelée » : ils conserveraient le bénéfice de leur situation actuelle, de la même manière qu'en 1990, lorsque l'accès au secteur 2 a été limité aux nouveaux installés titulaires de certains titres, les praticiens qui avaient choisi le secteur 2 antérieurement en ont gardé le bénéfice. Cependant, pour éviter que la contrainte ne pèse que sur les nouveaux installés, ce « gel » des situations acquises leur imposerait de stabiliser leur pratique tarifaire : ainsi, les adhérents de l'Optam comme les non-adhérents se verraient appliquer l'obligation de stabiliser leurs pratiques tarifaires antérieures à la réforme. Le droit à tarif opposable d'une partie des patients s'appliquerait à l'ensemble des professionnels (anciens comme nouveaux).

Prendre acte de la diffusion du secteur 2 et des mesures qu'elle appelle ne signifie pas pour autant renoncer au soutien à l'exercice en secteur 1. L'application des tarifs conventionnels, qui est la règle pour les généralistes et pour toutes les professions libérales de santé, reste l'objectif. Il faut d'ailleurs rappeler que même si les installations en secteur 2 s'accroissent, aujourd'hui un peu moins de la moitié des spécialistes libéraux hors médecine générale exercent en secteur 1, et si l'on tient compte des spécialistes hospitaliers, ce sont les trois-quarts de la médecine spécialisée hors MG qui appliquent les tarifs conventionnels. C'est au demeurant le fonctionnement normal d'un système dans lequel les risques sont couverts par une mutualisation obligatoire, comme c'est le cas dans tous les pays européens : une assurance maladie publique ne peut pas garantir l'accès aux soins si les tarifs sont fixés librement par les acteurs.

Si l'on veut inverser la tendance actuelle et rendre l'installation en secteur 1 attractive pour les jeunes, il faut donc réserver des avantages spécifiques à ce secteur, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui par rapport au secteur 2 Optam. De telles mesures pourraient être combinées à des mesures de restriction d'accès au secteur 2 évoquées ci-dessus.

Les différentes composantes de ce scénario et les questions qu'elles soulèvent sont développées plus en détail ci-dessous.

4.1. Description du scénario

4.1.1. Quel que soit le professionnel, un droit au tarif opposable sous condition de ressources du foyer du patient

La logique actuelle de l'Optam comprend des engagements de part d'activité à tarifs opposables par praticiens : il lui revient de décliner cet engagement en choisissant les patients à qui il applique les tarifs opposables.

Dans le cadre de ce scénario, il est proposé de changer de logique en partant non pas du praticien, mais du patient, en définissant un seuil de revenu qui ouvrirait un « droit au tarif opposable » pour les plus modestes. Ce droit est déjà inscrit dans les textes pour la C2S ; il serait possible, sans modifier le seuil de revenu de la C2S, de considérer le droit à l'opposabilité indépendamment du bénéfice de la C2S. Il s'agit d'un mécanisme du même type que celui qui avait été instauré par l'attestation d'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

Cette option présente l'avantage de garantir que les soins à tarifs opposables ciblent les patients aux revenus modestes, qui sont ceux pour lesquels les dépassements constituent une charge financière lourde pouvant les amener à renoncer aux soins. Elle substitue un critère objectif à ce qui est aujourd'hui un comportement discrétionnaire des médecins, le « tact et mesure » dont on a vu, dans le diagnostic publié précédemment, qu'il joue assez peu son rôle de différenciation des tarifs pour les patients les moins fortunés.

Sa mise en œuvre reposerait sur l'identification par l'assurance-maladie des foyers éligibles (sur la base des revenus fiscaux de référence, ou, dans la perspective d'une allocation sociale unifiée, des revenus sociaux de référence connus dans le DRM), par la mise à disposition de ces derniers d'une attestation et, le cas échéant, par l'inscription de ce droit sur la carte vitale.

Il pourrait être par ailleurs possible, en complément, d'avoir des interdictions de pratiquer des dépassements d'honoraires pour certains types d'actes, comme cela se fait pour le dépistage organisé du cancer. Cette approche était également recommandée par le rapport *Charges et produits* de la Cnam pour 2026 pour les actes préventifs. Elle peut se justifier pour les actes de nature préventive afin de répondre aux enjeux spécifiques à la prévention de sous-recours, auxquels les facteurs financiers peuvent contribuer. En revanche, il serait très discutable de retenir une approche par pathologie, qui tendrait à établir une hiérarchie entre pathologies et entre patients, sans véritable fondement éthique et scientifique²³.

Alternativement, certains membres du Hcaam ont évoqué deux types de critères pouvant donner accès à un droit au tarif opposable. Une de ces possibilités serait d'accorder ce droit au tarif opposable aux personnes en ALD pour les actes en lien avec leur affection de longue durée. Cette option serait cohérente avec l'objectif du dispositif des ALD qui est d'éviter des restes à charge trop élevés sur des patients devant davantage recourir aux soins en raison de leur état de santé ; elle supprimerait un des principaux motifs conduisant à des restes à charge élevés en montant. Elle aurait un impact très significatif du fait de la part des patients en ALD dans le montant des dépassements d'honoraires (~30%²⁴) ; de ce fait, l'effet de report vers les patients non-ALD pourrait donc être particulièrement prononcé, ce qui accentuerait la polarisation des taux de prise en charge entre patients ALD et non ALD. La déclinaison de cet impact selon les différentes spécialités mériterait d'être précisée. On peut interroger l'impact d'un tel dispositif sur la propension du médecin traitant à remplir le protocole de soins portant la demande de reconnaissance du statut ALD s'il est un spécialiste pratiquant des dépassements d'honoraires en lien avec l'ALD. Une autre possibilité serait d'accorder ce droit au tarif opposable sur une condition de statut simple telle que le bénéfice d'une pension de retraite. Si l'exposition aux dépassements d'honoraires croît avec les besoins de santé et donc, en moyenne, avec l'âge, le statut de retraité ne semble toutefois pas un critère pertinent pour accorder un droit au tarif opposable : en effet, l'objectif visant à préserver l'accessibilité financière des soins en évitant les restes à charge trop élevés au regard des ressources du ménage doit conduire à retenir, pour déterminer ce droit à un tarif opposable, soit un critère de ressources financières soit un critère d'état de santé (statut ALD). Le statut de retraité entretient un lien trop indirect avec l'une ou l'autre de ces approches pour constituer un critère adéquat.

²³ Outre qu'une telle approche pourrait avoir des effets très concentrés par spécialités.

²⁴ Source : Dépenses de santé et restes à charge, SNDS/base RAC 2023, Drees.

4.1.2. Cadre pour les nouveaux installés en secteur 2

Le cadre pour les nouveaux installés pourrait comporter :

1) un droit à dépassements conditionné à une durée d'expérience

Même si on laisse inchangée la liste des titres et fonctions permettant l'accès au secteur 2, une règle peut être instaurée selon laquelle l'accès effectif à la pratique des dépassements d'honoraires ne s'acquiert qu'au bout d'un certain nombre d'années d'expérience. Cette condition correspondrait à une logique de rémunération de l'acquisition de l'expérience.

Comme cela a été déjà mentionné dans le scénario 2, plusieurs options sont envisageables pour cette première période d'activité (en libéral et/ou à l'hôpital).

Si l'on retient l'hypothèse d'une première période d'activité en exercice libéral, celle-ci serait donc réalisée aux tarifs opposables (tarifs sur secteur 1), les cotisations sociales étant prises en charge par l'assurance maladie comme en secteur 1. Au-delà de ce seuil, les praticiens pourraient exercer des dépassements tout en respectant des obligations à la fois en termes de part d'activité à tarifs opposables et de plafond de dépassement.

Ce système suivrait mieux la logique de rémunération de l'expérience acquise s'il comprenait un palier intermédiaire de durée d'activité, comprenant des niveaux d'obligations plus contraignants, ou encore si les contraintes de plafond de dépassement et de seuils d'activité à tarifs opposables évoluaient de façon linéaire en fonction de l'expérience acquise. Cela serait toutefois de nature à rendre moins lisible et donc moins efficace ce nouveau cadre de régulation des dépassements. La simplicité du dispositif devra être privilégiée.

Il faut souligner que cette idée de progressivité du droit à dépassement au cours de la carrière correspond à la réalité observée aujourd'hui : les parts d'activité à tarifs opposables sont plus élevées pour les praticiens installés récemment que pour les plus anciens, et les taux de dépassements sont moins élevés.

Pour autant, elle constituerait une singularité au sein de l'exercice libéral, qui ne prévoit aujourd'hui aucune évolution tarifaire prenant en compte l'ancienneté, pour l'ensemble des professions. Le risque d'un effet de contagion doit être mesuré, alors que l'uniformité des tarifs en fonction de l'âge des professionnels n'exclut pas en soi une progression de revenus au cours de la vie professionnelle²⁵. Inversement, si une telle logique de prise en compte de l'ancienneté dans la rémunération devait être instaurée, on pourrait considérer qu'elle doit être mise en œuvre par les tarifs plutôt que par un droit un dépassement : cela éviterait que ce prix de l'ancienneté pèse sur le patient et permettrait d'en assurer le caractère maîtrisé.

²⁵ L'application de tarifs uniformes quelle que soit l'ancienneté du professionnel n'exclut pas toutefois une progression de revenus au cours de la carrière, selon des modalités toutefois variables selon les contextes d'exercice. Ainsi, à tarif inchangé, le revenu professionnel peut progresser parce que le coût d'acquisition d'une partie des biens d'exploitation est amorti au fil du temps ; il peut aussi progresser du fait d'une évolution du statut du professionnel libéral (passage du remplacement à l'installation ; passage du statut de libéral collaborateur au statut de titulaire dans un cabinet d'IDEL), augmentation des parts dans un cabinet... La constitution progressive d'une patientèle peut également contribuer à cette logique de progression de revenus, même si cet effet ne joue pas dans une situation de tension démographique.

2) des plafonds de taux de dépassement autorisés

Aujourd'hui le principe de l'Optam est l'auto-référencement : les engagements de chaque praticien sont fixés en fonction de sa pratique antérieure ; pour les nouveaux installés, dans la mesure où ils n'ont pas de pratique antérieure, c'est la moyenne régionale qui sert de référence, mais dès lors qu'ils ont une première période d'activité, le principe de l'auto-référencement s'applique.

Dans un système de régulation qui s'appliquerait progressivement à tous les nouveaux installés, il devient possible de passer à un plafond exprimé de manière absolue, beaucoup plus lisible pour les patients et plus facilement contrôlable. Le rôle joué par ces plafonds est différent de la prohibition des abus (dépassements de plus de 150%) dans le scénario 2 : en effet, le scénario 2 reposant sur une réduction du nombre de professionnels en secteur 2, il se contente d'une régulation minimale, réduite aux abus manifestes, pour les professionnels en secteur 2. Le scénario 3 prenant acte de la large diffusion du secteur 2, il est plus exigeant sur les niveaux de dépassements acceptés : la régulation ne se limite pas à une prohibition de « dépassements excessifs ».

Comment définir ces plafonds ?

Aujourd'hui le taux de dépassement s'exprime comme le ratio dépassements / honoraires sans dépassements (DEP / HSD). Il s'agit donc d'un taux moyen, rapporté à l'ensemble des HSD, y compris la part des honoraires réalisés à tarif opposable. Il ne peut être contrôlé qu'a posteriori, et pour le patient il ne constitue aucune garantie sur le dépassement qui lui sera appliqué pour l'acte précis dont il a besoin.

Il serait beaucoup plus lisible, pour les patients, d'avoir un plafond exprimé en taux de dépassement par acte avec dépassement. Ceci pourrait s'exprimer comme : « *Si votre praticien facture un dépassement sur cet acte, ce dépassement ne peut pas excéder x % du tarif conventionnel* ».

Ce plafond doit-il être **unique ou différents selon les spécialités** ? Doit-il être **national ou modulé selon le territoire** ?

Sur le plan des principes, il n'y aurait pas de raison de moduler les références selon les spécialités. Tenir compte des différences de complexité, de temps et d'effort médical, ou de coûts de la pratique devrait être le rôle du tarif opposable – c'est d'ailleurs l'ambition de la refonte de la CCAM technique. Dans un système où les tarifs opposables assureraient cette prise en compte équitable des charges et de l'effort médical, il n'y a pas de raison de différencier les droits à dépassement entre spécialités.

A l'inverse, certains arguments pourraient plaider pour une modulation du taux de dépassement selon les spécialités :

- D'une part, les dépassements constituent aujourd'hui une proportion très variable des honoraires, et donc des revenus, selon les spécialités ; fixer un taux unique aurait donc pour conséquence, à tarifs conventionnels et activité inchangés, de modifier fortement l'échelle relative des revenus par rapport à la situation actuelle, en baissant les revenus relatifs des spécialités qui ont les dépassements les plus élevés ;
- Et ce, alors même que ces spécialités ne sont pas toujours celles dont les revenus sont les plus élevés : si certaines spécialités sont dans ce cas (les anesthésistes ou les

ophtalmologistes par exemple), d'autres comme les psychiatres ou les dermatologues sont en bas de l'échelle des revenus avec des dépassements élevés. Une régulation des dépassements non modulée selon les spécialités aboutirait donc à accroître les déséquilibres de rémunération entre les spécialités²⁶.

Pour tenir compte de cette difficulté, une solution pourrait être :

- de maintenir le principe d'un taux unique, plus logique et plus lisible pour les patients,
- sauf pour les spécialités pour lesquels les tarifs conventionnels assurent déjà des revenus élevés en secteur 1, pour lesquelles un taux plafond plus bas serait défini (les dépassements d'honoraires ayant moins de justification),
- et avec, pour les spécialités qui sont au bas de l'échelle des revenus, une revalorisation des tarifs conventionnels, ce qui est la condition pour que l'application du taux unique de dépassement autorisé soit acceptable pour ces spécialités.

L'appréciation de la nécessité de revaloriser certaines spécialités, ou, inversement, de ne pas admettre le même taux de dépassement pour d'autres spécialités, se fait sur la base des revenus professionnels par spécialités²⁷. Le revenu professionnel moyen de la spécialité constitue en effet le meilleur indicateur du caractère plus ou moins rémunérateur d'une spécialité. Les tarifs des actes eux-mêmes ne peuvent être un indicateur ; une même évolution dans le temps du tarif d'un acte peut avoir des conséquences extrêmement différentes, selon les gains de productivité dont est susceptible ou non l'activité en question, ainsi que selon les évolutions des coûts de production.

Le même débat peut être ouvert sur l'opportunité d'une **modulation territoriale du taux de dépassement**.

Il s'agirait moins de tenir compte de pratiques aujourd'hui différenciées selon les territoires que d'une des justifications avancées à cette variabilité des dépassements, qui est que les coûts de revient de la pratique sont plus élevés dans certaines zones. Et de fait, il est probable qu'une partie des dépassements à Paris compense un coût du foncier ou des salaires plus élevés que dans les territoires ruraux.

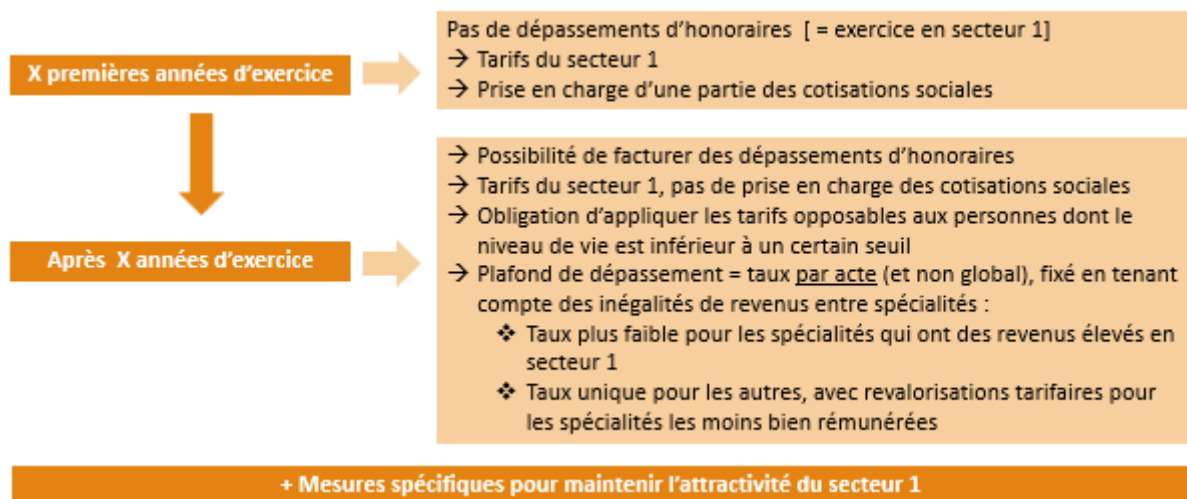
Une telle modulation pose des questions de principe. En effet, la logique actuelle, pour toutes les professions, est celle de tarifs nationaux (hors DOM), malgré les différences de coût de revient de la pratique selon la localisation géographique. Valoriser ces différences de charges d'exploitation à travers une différenciation géographique de la régulation des dépassements présenterait donc le risque de demandes reconventionnelles dans d'autres professions.

4.1.3. Illustration concrète

Dans ce scénario, le cadre d'exercice du droit à dépassement pour les praticiens nouvellement installés et choisissant le secteur 2 peut être schématisé comme suit :

²⁶ C'est bien sûr aux tarifs conventionnels d'assurer une rémunération équitable de l'effort médical, et non aux dépassements d'honoraires, mais il faut éviter d'aggraver les inégalités existantes *via* la régulation des dépassements.

²⁷ De ce point de vue, les données produites par la DREES grâce à l'appariement Cnam-DGFIP sont supérieures aux données de la Carmf, qui reposent sur l'assiette des cotisations sociales et sont donc sujettes aux pratiques d'optimisation *via* le versement de dividendes.



La déclinaison opérationnelle de ce scénario 3 suppose des choix sur différents paramètres : durée de la première période d'exercice à tarif opposable, niveau des plafonds de dépassement selon les spécialités, sélection des spécialités bénéficiant de revalorisations tarifaires et ampleur de ces revalorisations, etc. Chaque paramètre peut donner lieu à débat, et les choix peuvent dessiner un système plus ou moins contraint pour les professionnels et plus ou moins ambitieux en termes de maîtrise des dépassements.

Un arbitrage est notamment nécessaire entre la part de la population ayant droit à un tarif opposable et le taux de dépassement maximal autorisé. Si on tient compte de leur impact sur les revenus des professionnels, ces deux paramètres varient en sens inverse : une part importante de population à tarif opposable limiterait la capacité à fixer un plafond de dépassement trop bas ; un plafond de dépassement relativement bas peut limiter la capacité à définir une population importante bénéficiant d'un droit à tarif opposable.

A titre d'illustration, pour chiffrer les impacts de ce scénario 3, les paramètres suivants ont été retenus :

- une durée d'exercice initiale de 10 ans en secteur 1 ;
- deux variantes pour la part de population ayant droit à tarif opposable et le plafond de dépassement :
 - une part de population ayant droit à tarif opposable de 40%, un plafond de dépassement de 100% du tarif opposable pour les actes avec dépassement : cette variante est assez proche des données sur la pratique globale des professionnels en secteur 2 ;
 - une part de population ayant droit à tarif opposable à 20%, un plafond de dépassement de 50%.

Dans les chiffrages, par simplification, la part d'activité à tarif opposable réalisée par les professionnels en secteur 2 est supposée égale à la part de la population ayant un droit au tarif opposable.

La première variante oriente probablement vers une répartition assez polarisée des pratiques tarifaires entre la population à tarif opposable et la population exposée à dépassements. La

seconde conduit à une dispersion des pratiques tarifaires plus réduite. L'impact de ces plafonds sur différents épisodes de soins (chirurgie de l'obésité et du cancer du sein) est décrit à titre illustratif dans l'encadré 2.

- un taux de dépassement minoré (20 %) pour les quatre spécialités dont les revenus libéraux en secteur 1 sont supérieurs ou égaux à 200 000 € annuels : radiothérapeutes, médecins nucléaires, radiologues, anatomo-cyto-pathologistes²⁸ ;

- des revalorisations tarifaires spécifiques pour cinq spécialités ayant les revenus les moins élevés²⁹ : pédiatres, rhumatologues, psychiatres, dermatologues, gynécologues médicaux. Ces revalorisations sont calibrées de façon que le revenu net moyen libéral de ces spécialités rejoigne celui de l'ensemble des médecins libéraux.

Encadré 2. Impact du scénario 3 sur les dépassements auxquels sont confrontés les patients – quelques exemples

La chirurgie de l'obésité

La chirurgie de l'obésité concerne beaucoup des patients de catégorie modeste, en lien avec la prévalence de l'obésité dont le gradient social est connu (18 % parmi les ouvriers, 10 % parmi les cadres supérieurs selon l'enquête Obépi 2020). Elle est largement pratiquée dans le secteur privé : en 2021, les trois quarts des gastrectomies longitudinales (sleeve gastrectomie) par coelioscopie, techniques opératoires parmi les plus répandues (26 000 opérations), sont réalisées en cliniques. Si on exclut les patients C2S (pour lesquels les dépassements sont interdits, 6 patients sur 10 sont confrontés à un dépassement quand ils subissent cette intervention : en moyenne 880 € pour l'acte chirurgical, auxquels se rajoutent 350 € pour l'anesthésie, soit 1 230 €. Il s'agit du dépassement moyen : 20 % des patients payent plus de 1 700 €, 10 % plus de 2 100 € (en 2021).

Dans le scénario 3 où les dépassements par acte sont plafonnés, le montant maximum de dépassement pour cette opération (chirurgie et anesthésie) serait de 720 € dans la variante avec un plafonnement à 100 %, de 360 € dans la variante avec un plafonnement à 50 %.

La chirurgie du cancer du sein

L'importance des dépassements d'honoraires dans les restes à charge des patientes atteintes de cancer du sein ont été soulignés par les parlementaires, à l'appui de la proposition de loi déposée en mai 2024 et visant à améliorer la prise en charge des soins liés à cette pathologie.

Les interventions chirurgicales comprennent les tumorectomies, les mastectomies totales ou partielles et les reconstructions. En 2025, environ 50 % de cette chirurgie est réalisé en clinique, soit 30 000 mastectomies partielles, 11 000 mastectomies totales et 5 000 tumorectomies.

L'exemple de la mastectomie partielle avec curage lymphonodal axillaire, qui est l'acte le plus fréquent, a été analysé dans le rapport d'état des lieux. Si l'on exclut les patients C2S,

²⁸ Source : Drees, données 2021.

²⁹ Source : Drees, données 2021.

17 000 actes ont été réalisés en 2021, pour moitié dans le secteur libéral, et plus de la moitié de ces actes ont donné lieu à dépassement. Le dépassement moyen pour l'acte chirurgical est en 2021 de 390 €. Il est de plus de 500 € pour 20 % des patients, de plus de 760 € pour 10% d'entre eux. Si l'on fait l'hypothèse que le dépassement de l'acte d'anesthésie est dans les mêmes proportions, l'intervention représente au total 600 € de dépassement en moyenne, et s'élève à plus de 800 € et 1 200 € pour 20 % et 10 % des patients respectivement. Rappelons qu'il s'agit de données de 2021, et que les dépassements actuels sont sans aucun doute supérieurs. Dans ce scénario, le montant maximum de dépassement pour cette opération (chirurgie et anesthésie) serait de 450 € dans la variante avec un plafonnement à 100 %, de 225 € dans la variante avec un plafonnement à 50 %.

4.1.4. Cadre pour les médecins déjà installés en secteur 2

Pendant une période de transition, pour les **praticiens de secteur 2 actuellement en exercice**, il pourrait y avoir un choix :

- ils pourraient choisir, sous réserve d'en remplir les conditions d'ancienneté, d'être régis par le nouveau système ; ils bénéficieraient des tarifs du secteur 1 et de la prise en charge des cotisations sociales sur la part de leur activité facturée aux tarifs opposables. S'agissant des spécialités les moins rémunératrices qui devraient faire l'objet de revalorisations ciblées, les praticiens actuels qui opteraient pour le nouveau système bénéficieraient de ces revalorisations.

- ou ils pourraient choisir de ne pas opter pour ce système (parce que leurs taux de dépassement ne satisfont pas aux nouvelles règles) ; dans ce cas les conditions dans lesquelles ils exercent et leurs niveaux de dépassements seraient gelées, comme si on leur appliquait le principe de « non-aggravation de la pratique tarifaire » de l'Optam :

- cela imposerait, pour l'ensemble des professionnels, de ne pas accroître leur taux de dépassement, y compris lorsque les dépassements recalculés sont > 100 % ;

- les adhérents à l'OPTAM conserveraient leur situation actuelle : prime, tarifs appliqués. Ils ne bénéficieraient pas toutefois des revalorisations tarifaires ciblées sur les spécialités les moins rémunératrices destinées à accompagner la réforme ;

- pour les non adhérents à l'OPTAM, la question se poserait de leur appliquer les tarifs de secteur 2 ou les tarifs de secteur 1 réservés aux adhérents de l'Optam : certes, la stabilisation imposée de leur pratique tarifaire revient à leur imposer de respecter un cadre proche de l'Optam, ce qui pourrait plaider pour leur appliquer les mêmes règles. Toutefois, le principe de gel de la situation acquise plaiderait à l'opposé pour ne rien changer à leur situation ;

- le droit à tarif opposable d'une partie des patients s'appliquerait à ces professionnels déjà installés.

4.1.5. Mesures pour le secteur 1

Globalement, un tel schéma de régulation renforcée peut permettre de redonner des avantages comparatifs au secteur 1, dans la mesure où le secteur 2 sera plus contraint qu'aujourd'hui.

Le premier est la prise en charge d'une partie des cotisations sociales, qui ne serait plus proposée dans le secteur 2 à tarifs encadrés (elle l'est aujourd'hui pour l'Optam sous forme d'une prime qui équivaut à cette prise en charge).

Au-delà de cet avantage conventionnel, des revalorisations spécifiques pourraient être ciblées sur le secteur 1 pour le rendre plus attractif. Pour éviter de recréer des différences de tarifs, elles pourraient prendre la forme de primes indexées sur l'activité.

4.2. Ce scénario pourrait servir de cadre à une trajectoire de long terme combinant revalorisations tarifaires et réduction des dépassements

Un tel dispositif de régulation des dépassements, mis en place progressivement au fil des générations, pourrait conduire à une dynamique de réduction progressive des dépassements.

Les plafonds de dépassements pourraient être revus à la baisse en contrepartie de revalorisations tarifaires ; ceci suppose évidemment un effort financier pour compenser cette réduction, avec des engagements pluriannuels des pouvoirs publics et une trajectoire affichée avec des objectifs de long terme. Cette dynamique réciproque devrait être suivie dans une commission réunissant les parties prenantes.

Un tel scénario permettrait de donner sa portée à des démarches de mise en adéquation des tarifs tels que la refonte de la CCAM technique : il réduirait les risques d'effets de vases communicants (dans un sens ou l'autre) entre tarif opposable et dépassements qui affaibliraient la portée de la CCAM.

4.3. Quelques difficultés et risques

L'évolution des droits à dépassements au cours de la carrière ne risque-t-il pas de placer les patients dans une situation difficile vis-à-vis du praticien qui les suit ?

Beaucoup de spécialistes interviennent ponctuellement dans le parcours du soin, pour un avis de consultant ou pour un acte, diagnostique ou thérapeutique. Cependant certains suivent au long cours des patients qui ont des maladies chroniques, et pour le patient, le fait de se voir facturer des dépassements par un spécialiste qui le soignait antérieurement aux tarifs conventionnels peut constituer une difficulté.

Fixer un plafond de dépassement ou une part minimale d'activité à tarifs opposables en valeur absolue peut-il avoir des effets pervers ?

Pour certains, fixer un taux plafond de dépassement donnerait un signal aux praticiens et les pousseraient, pour la fraction d'entre eux qui factureraient spontanément des dépassements moins élevés, à s'aligner sur ce plafond, vu comme une légitimation d'un tel niveau de dépassement.

Ce point peut être débattu, car aujourd'hui rien n'empêche des praticiens qui facturent peu de dépassements de les augmenter, si ce n'est l'acceptation par leurs patients. Le fait que l'affichage d'un maximum leur donnerait à la fois une puissante incitation à le faire et une capacité accrue de leurs patients à payer semble douteux.

De la même façon, instaurer une obligation de respecter les tarifs opposables pour une fraction de la population pousserait-il les praticiens qui réaliseraient spontanément plus de soins sans dépassements à s'aligner sur ce minimum ?

Il est difficile d'avoir des données objectives pour étayer ces hypothèses de comportements, dans un sens ou dans l'autre. Mais compte tenu de la situation actuelle, qui se caractérise des tarifs non régulés, fixés à la discrétion de chaque praticien et extraordinairement hétérogènes, illisibles pour les patients, fixer des bornes permet d'avoir des garde-fous qui manquent aujourd'hui.

En revanche, il est très probable que les plafonds de dépassement et le droit à tarif opposable d'une partie de la patientèle conduise les professionnels à des pratiques de « report » des dépassements qu'ils ne peuvent plus réaliser pour maintenir leur cible de revenu :

- un professionnel dont la pratique tarifaire peut, avant la réforme, être variable selon les patients et inclure des tarifs inférieurs ET supérieurs aux nouveaux plafonds, pourrait reporter la part de dépassements au-delà du plafond qu'il ne peut plus réaliser sur les patients à qui il aurait offerts des tarifs inférieurs au plafond : il peut donc être conduit à avoir une pratique plus uniforme entre ses différents patients ;

- un professionnel qui, avant réforme, pratiquerait peu de tarifs opposables mais appliquerait à l'ensemble de ses patients un niveau de dépassement proche et inférieur au nouveau plafond, pourra être conduit, s'il reçoit des patients ayant un droit à tarif opposable, à relever les tarifs appliqués à ses autres patients pour compenser les dépassements qu'il ne réalise plus.

4.4. Impact pour les patients

Dans les options retenues, une telle réforme permettrait de contenir partiellement l'évolution des dépassements d'honoraires.

A titre d'illustration, si cette réforme était appliquée non pas graduellement mais sur les pratiques tarifaires constatées, elle conduirait à une baisse des dépassements de 2,6 à 2,9 Mds € (soit une baisse de 65 à 72%).

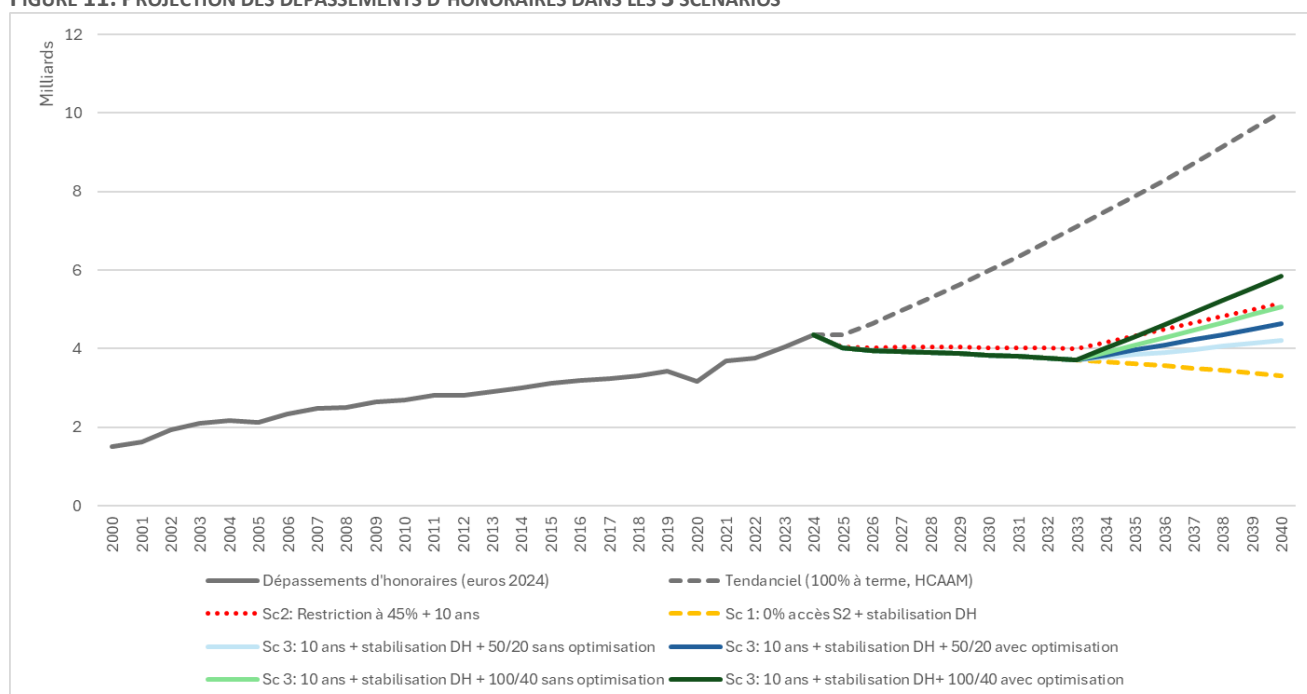
Dans le schéma d'entrée en vigueur progressive proposé, la réforme produirait un impact sur le niveau des dépassements d'honoraires en deux temps. Dans un premier temps, c'est surtout la condition d'exercice en secteur 1 pendant les 10 premières années d'exercice qui permet de freiner l'évolution des dépassements d'honoraires et de les maintenir à un niveau proche du niveau actuel (proche du scénario 2). Dans un second temps, les dépassements d'honoraires repartiraient à la hausse, de façon variable selon les paramètres retenus. La variante avec un plafond de dépassements à 50% et 20% d'activité à tarif opposable conduirait vraisemblablement à des évolutions intermédiaires des dépassements, situées entre celles projetées pour les scénarios 1 et 2. La variante avec un plafond de dépassements à 100% et 40% d'activité à tarif opposable conduirait à des augmentations plus soutenues, tendant à se

rapprocher, voire dépasser à terme, celles du scénario 2 le plus strict (restriction d'accès au S2 pour 45% et 10 ans d'ancienneté). Il est à noter toutefois que cette comparaison doit être effectuée avec prudence : en effet, alors que les comportements dans le cadre du scénario 3 sont par définition encadrés, l'hypothèse de stabilité des comportements en scénario 2 est optimiste, comme cela a déjà été mentionné : en resserrant le champ du secteur 2 et en lui donnant un caractère plus « élitiste », ce scénario 2 pourrait conduire à ce que les professionnels en secteur 2 réduisent leur part d'activité opposable et amplifient leur niveau de dépassements.

A terme, cette réforme pourrait cependant avoir pour cible de mettre fin aux dépassements d'honoraires, car la revalorisation progressive des actes pourrait s'accompagner de la baisse des plafonds de dépassements.

L'impact à horizon 15 ans de ce scénario, sur les seuls dépassements, peut être comparé aux deux autres schématiquement sur le graphique suivant :

FIGURE 11. PROJECTION DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES DANS LES 3 SCENARIOS



Sources : données CNAM 2017-2024 (effectifs et années d'installation des spécialistes libéraux hors MG, part de libéraux en secteur 2, dépassements d'honoraires des spécialistes hors MG), IPC Insee (hors tabac).

Note : ces projections réalisées à des fins de comparaison des scénarios s'appuient sur des hypothèses simples décrites plus en détail en annexe de ce rapport

Projections : calculs Hcaam.

L'impact sur l'offre à tarif opposable sera également progressif. Si les nouvelles règles s'appliquaient aujourd'hui à tous les médecins, l'offre à tarif opposable accessible pour les patients augmenterait fortement à terme, et serait comprise entre 69 à 75% de l'activité des médecins en S2 (ceci inclut ceux qui entrent dans le nouveau régime et exercent pendant 10 ans dans les conditions du secteur 1, qui concentrent l'essentiel des gains d'activité à tarif opposable) (contre 40% actuellement). Cela correspondrait, sur l'ensemble de l'activité des spécialistes en libéral (hors MG) à une offre à tarif opposable comprise entre 83 et 86% (contre 67% aujourd'hui). Ces estimations reposent sur des hypothèses de comportements inchangés et de part du secteur 2 inchangée.

Cela est nettement supérieur à ce que permettrait d'atteindre, dans ses mesures les plus restrictives, le scénario 2 : en tendant vers une part de secteur 2 de 45%, et à comportements inchangés, la part d'offre à tarif opposable serait plutôt de 73% (voire moins, si un secteur 2 plus sélectif conduit ces médecins à réduire leur part d'activité à tarif opposable).

Au-delà des aspects quantitatifs (montants des dépassements, part d'activité à tarif opposable), ce scénario présente comme avantage, par rapport aux précédents, d'aboutir toutefois à une répartition des coûts des dépassements entre patients correspondant aux critères objectifs définis par la collectivité (part de population ayant un droit à tarif opposable), et non pas d'une façon relativement arbitraire, comme dans la situation actuelle ainsi que dans le scénario 1 (en transition) ou le scénario 2 (de façon pérenne).

Enfin, ce scénario permettrait de gagner en lisibilité pour les assurés.

4.1. Impact pour les praticiens

Pour les praticiens déjà installés, l'impact des nouvelles règles est limité. Certains pourraient avoir un intérêt à choisir d'emblée le nouveau système, notamment dans les spécialités qui bénéficieraient de revalorisations spécifiques. Pour ceux qui restent dans le système actuel, il n'y a pas d'impact immédiat sur les honoraires.

Des revalorisations des tarifs conventionnels seraient nécessaires, en accompagnement de la mise en place de la réforme, pour éviter que les praticiens nouvellement installés aient des honoraires et des revenus sensiblement inférieurs à ceux de leurs aînés au même âge. En effet, à activité identique :

- la suppression des dépassements d'honoraires se traduirait aujourd'hui, pour les praticiens installés depuis 10 ans ou moins, par une diminution globale des honoraires de 25 %,
- les praticiens installés depuis plus de 10 ans verraient leurs honoraires baisser de 12 % à 17 % selon la variante considérée pour le seuil d'opposabilité et le plafond de dépassement.

D'ores et déjà, les cinq spécialités ayant les plus faibles revenus se verraient revalorisées, dans ce scénario, pour un montant d'honoraires supplémentaires global de 330 M€.

4.2. Impact sur les couvertures complémentaires

Il serait possible, dans un tel système, de simplifier les règles relatives à l'encadrement de la prise en charge des dépassements. Un tel système serait plus lisible pour les assurés : on aurait à terme deux catégories de médecins, sans dépassements (secteur 1) ou dans un nouveau régime de secteur 2, et pour chaque médecin, en fonction de sa spécialité, le taux plafond de dépassement par acte pourrait être connu. Dès lors que les dépassements sont encadrés et que les médecins sont contraints de pratiquer une offre à tarif opposable, deux offres distinctes se constituent pour les patients : une offre à tarif opposable (assez large et accessible) et une offre avec des dépassements encadrés et prévisibles. Pour l'AMC, il ne serait plus nécessaire de prévoir une prise en charge hors Optam plus faible qu'à l'Optam, ni de plafonds hors Optam. Il serait également plus simple pour les OCAM qui pourraient définir des taux plafonds pour la couverture en fonction des tarifs effectivement réalisés, puisque les dépassements seront beaucoup moins variables.

Les organismes d'assurance-maladie complémentaire pourraient alors faire le choix de simplifier leur offre de prise en charge autour de deux offres distinctes : 1) une absence de prise en charge, dès lors que l'offre à tarif opposable est suffisante et 2) une prise en charge des dépassements à hauteur des plafonds de dépassements (pour les assurés souhaitant accéder aux médecins avec dépassements et sans reste à charge)³⁰.

L'avantage de ce système "dual" serait d'évacuer les restes à charge pour les patients qui souhaitent accéder à une offre avec dépassements et pour ceux qui préfèrent ou ont droit à l'offre à tarif obligatoire. Cela limiterait la solvabilisation des dépassements, en maintenant une incitation auprès des médecins à les modérer. Une part de patients plus importante qu'aujourd'hui pourrait préférer l'absence de prise en charge, et c'est aussi pour garantir ce reste à charge modéré que le système imposerait une contrainte sur l'offre à tarif opposable.

La capacité des contrats collectifs à tenir compte, dans leurs niveaux de cotisations, de la présence d'assurés bénéficiant d'un droit au tarif opposable, constituerait un enjeu, sous peine que les cotisations complémentaires d'assurés exemptés de dépassements en raison de leurs ressources financent la prise en charge des dépassements de patients plus aisés.

ENCADRE 3. UNE OBLIGATION DE PRISE EN CHARGE DES DEPASSEMENTS PAR L'AMC EST A ECARTER

Le Hcaam a évalué la question d'une obligation de prise en charge des dépassements d'honoraires par l'AMC dans le cadre des contrats responsables, couplée à une régulation renforcée des pratiques tarifaires³¹. L'hypothèse d'une réforme globale combinant fixation de plafonds absolus de dépassement et prise en charge intégrale des dépassements par les complémentaires dans le respect de ces plafonds a pu être évoquée, par analogie avec le 100% santé en matière d'optique, dentaire et audioprothèse.

Cette hypothèse doit être écartée, pour plusieurs raisons.

La première est qu'elle entraînerait un renchérissement des cotisations d'adhésion à une assurance maladie complémentaire, et ce tout particulièrement pour les contrats qui prévoient une prise en charge nulle ou faible ou des dépassements. Cela vaudrait tout particulièrement pour les contrats individuels. L'impact serait particulièrement plus élevé pour les retraités – en raison de leur plus grande consommation de soins et donc de leur plus grande exposition à des dépassements – et particulièrement pour les retraités à revenu modeste ne bénéficiant pas de la C2S (et souscrivant des contrats d'entrée de gamme). Cela pourrait entraîner des effets de transferts entre patients résidant en zone sous-dense (avec moins de secteur 1) et patients résidant dans les zones avec une forte proportion de secteur 2, sauf à ce que les tarifs des cotisations d'AMC soient différenciés selon les territoires. Dans un contexte où les cotisations de complémentaire santé ont connu une progression soutenue, entretenue entre autres par la réforme du 100% santé pour les personnes âgées,

³⁰ Cela suppose que les dépassements s'alignent à un même niveau, par exemple si les spécialistes autorisés à pratiquer des dépassements les fixent au niveau du plafond (hypothèse d'optimisation). Les contrats d'AMC pourraient néanmoins prévoir des garanties inférieures, surtout s'il subsiste une variabilité des pratiques tarifaires en deçà des plafonds.

³¹ En l'absence d'une régulation accrue des pratiques tarifaires, une telle mesure serait inflationniste sur les tarifs pratiqués et n'améliorerait pas la couverture.

ce renchérissement supplémentaire entraînerait un risque accru de renoncement à l'acquisition d'une complémentaire santé chez les retraités à revenu modeste, avec des risques accrus pour leur accès aux soins.

La seconde est que, même dans un contexte de régulation renforcée à travers la fixation de plafonds de dépassement, on ne peut exclure qu'une obligation de prise en charge intégrale des dépassements dans la limite des plafonds ait un effet inflationniste, en poussant vers le plafond certaines pratiques tarifaires aujourd'hui inférieures au plafond : la prise en charge de ces dépassements par les complémentaires rendrait en effet supportable par le patient l'application de dépassements au maximum pris en charge.

De ce fait, une telle mesure ne donnerait plus aucune raison à un patient de privilégier un professionnel en secteur 1, et ôterait donc au secteur 1 le différentiel d'attrait qu'ils représentent pour les patients. Elle constituerait donc une liquidation du secteur 1.

Fondamentalement, une telle prise en charge obligatoire interroge au regard de ce qu'est l'objet de l'assurance-maladie complémentaire. Sa finalité est de couvrir des risques que les individus peuvent choisir ou non de couvrir, en fonction de leurs préférences individuelles. Pour les prestations faisant l'objet de ces garanties, permettre aux ménages de souscrire ou ne pas souscrire ces garanties peut représenter une allocation optimale de ressources, plutôt que de les contraindre à financer des prestations dont ils ne souhaitent pas. L'obligation d'assurance est légitime pour éviter des mécanismes d'anti-sélection. S'agissant des dépassements d'honoraires, si la population a accès à une offre à tarif opposable dans des conditions satisfaisantes, recourir à des professionnels en secteur 2 devient un choix de prestations supplémentaires par rapport aux prestations financées par l'assurance-maladie. Il semble peu légitime de contraindre les personnes souscrivant une complémentaire santé de payer dans leurs garanties le coût de prestations supplémentaires auxquelles le recours ne résulterait pas d'un événement de santé mais d'un choix.

Introduire une telle obligation de prise en charge par l'assurance-maladie complémentaire contribuerait à entretenir la confusion, auprès des assurés, entre ce qui relève de l'assurance-maladie obligatoire et de l'assurance-maladie complémentaire.

Faire financer une amélioration de la couverture des soins par une obligation de prise en charge par l'assurance-maladie complémentaire constitue un mécanisme non vertueux en termes d'économie de la décision politique. En effet, lorsque le pouvoir politique finance une amélioration de la prise en charge par l'AMO, il doit soit gager cette dépense nouvelle par des économies ou des recettes, ou constater une dégradation des comptes de l'assurance-maladie. Mobiliser une obligation de prise en charge par l'AMC pour financer une telle mesure, comme cela s'est fait dans le cadre du 100% santé, revient à considérer la prise en charge par l'AMC comme une ressource gratuite, en occultant son coût, qu'il appartiendra aux OC de facturer à leurs assurés.

4.3. Résumé des impacts du scénario 3

Les impacts chiffrés de ce scénario, détaillés dans l'annexe A du rapport, sont les suivants :

TABLEAU 4. SYNTHÈSE DES IMPACTS DU SCÉNARIO 3

Dépassements d'honoraires	AMO	Patients	Médecins
Court terme			
A horizon 5 ans, par rapport au tendanciel : -36% de DH (3,8 Mds contre 6 en tendanciel)	Coût faible à CT liés à l'exercice en S1 sur le flux uniquement	Hausse limitée de l'offre à TO à CT : principalement concentrée sur les jeunes installés exerçant dans les conditions du S1 pendant 10 ans. Moindre hausse des dépassements d'honoraires	Mesures contraignantes pour le flux uniquement : pour les jeunes installés (<= 10 ans), diminution globale des honoraires par rapport aux confrères exerçant actuellement de 25%
Long terme			
A horizon 2040, par rapport au tendanciel : Entre -42 et -58 % de DH selon les variantes et comportements d'optimisation. A terme (sous pleine entrée en vigueur, dans la situation actuelle) : Baisse de DH de 2,6 à 2,9 Mds € (soit une baisse de 65 à 72%), dont 1,7 Mds pour les médecins installés depuis moins de 10 ans	A terme (sous pleine entrée en vigueur, dans la situation actuelle) : Coût AMO ~700 M € (420 M € alignement des tarifs sur S1 et cotisations sociales + 280 M € revalorisations tarifaires pour les spécialités moins rémunérées) Baisse remboursements DH AMC ~1 / 1,2 Mds	A terme (sous pleine entrée en vigueur, dans la situation actuelle) : Baisse des DH comprise entre 2,6 et 2,9 Mds € 69 à 75% d'activité en S2 à tarif opposable (contre 40% actuellement) Soit entre 83% et 86% d'activité à tarif opposable sur l'ensemble de l'activité libérale (contre 67% actuellement)	A terme (sous pleine entrée en vigueur, dans la situation actuelle) avec une revalo de l'AMO pour 5 spécialités moins bien rémunérées toutes gagnantes (pédiatres, rhumato, psy, dermato, gynéco med) : - 17% des honoraires (hyp 20/50) - 12% des honoraires (hyp 40/100)

Conclusion

Le Hcaam n'a pas la prétention d'avoir épuisé, avec ce travail, le champ des possibles. Les scénarios présentés ici constituent trois combinaisons possibles, parmi d'autres, de mesures qui pourraient faire l'objet d'autres réarrangements. A titre d'exemples :

- le scénario 3 inclut une différenciation forte entre spécialités, dans le partage de l'effort de réduction des dépassements entre professionnels et assurances-maladies, avec notamment des revalorisations ciblées sur les spécialités aux revenus les moins élevés. Cette approche différenciée pourrait s'appliquer – et devrait même très probablement s'appliquer – en accompagnement du scénario 1. Ainsi, un effort tarifaire massif tel que présenté dans le scénario 1 devrait probablement être réparti de façon différenciée entre spécialités, et non de façon homothétique comme cela est présenté³² ;
- la création d'un droit à tarif opposable sous condition de ressources, intégrée au scénario 3, pourrait être en théorie intégrée également au scénario 1 dans une phase de transition, ainsi qu'au scénario 2 – même si, dans ce cas, en l'absence de contrainte forte sur les pratiques tarifaires, on aurait un risque maximal de report sur les autres patients des dépassements non réalisés sur les patients bénéficiant du tarif opposable.

Au total, la différence la plus irréductible de philosophie semble être celle qui oppose :

- une régulation des pratiques tarifaires n'allant pas au-delà de l'approche actuelle – facultative, auto-référencée, et reposant sur une pratique tarifaire moyenne laissant le professionnel libre d'en répartir le coût entre patients : cette régulation ne laisse d'autre choix, pour maîtriser la dynamique des dépassements, que de restreindre les conditions d'accès au secteur 2 (scénario 2) ;
- une régulation encadrant, pour l'ensemble des professionnels, de façon stricte les pratiques tarifaires, notamment par la définition de plafonds absolus de dépassement pour chaque acte (scénarios 1 et 3).

Ces deux voies ne proposent pas le même pacte social ni aux professionnels ni aux patients. La première voie dessine un système dual, clivé entre des professionnels contraints au respect des tarifs opposables et des professionnels dont les pratiques tarifaires resteraient très libres. En organisant une dualité entre un système à tarif opposable et un système libre dont les niveaux tarifaires s'éloigneraient toujours plus des tarifs opposables, ce système conduirait les pouvoirs publics, dès lors qu'un accès correct est assuré au système à prix opposable, à renoncer à tout horizon de convergence entre les deux secteurs. Une telle dualité, qui ne pourrait donc aller qu'en s'amplifiant, semble peu tenable dans la durée au vu des écarts de conditions d'exercice qu'elle impliquerait entre les deux secteurs. Tendanciellement, un tel schéma pourrait un jour questionner la prise en charge par l'assurance-maladie de l'activité du secteur à honoraires libres, comme on le voit dans d'autres pays où les secteurs échappant à la régulation tarifaire publique se situent le plus souvent hors du financement public, et relèvent dès lors entièrement d'un financement et d'une régulation par les assurances facultatives. En tout état

³² Cette approche de répartition proportionnelle a été retenue pour des besoins de simplicité, s'agissant d'un chiffrage qui visait plutôt à mesurer la difficulté d'une opération de compensation des pertes liées à la suppression des dépassements.

de cause, dans un contexte de pression croissante sur les dépenses d'assurance-maladie et de besoins d'investissements liés aux innovations, un tel système dual pourrait définitivement désinciter les pouvoirs publics à revaloriser les tarifs opposables de la médecine de spécialité au-delà de la compensation de l'inflation, privant le secteur à tarifs opposables de l'accès aux technologies coûteuses, qui serait renvoyé au secteur à tarifs libres. Cette dualité de cadre tarifaire tendrait vers une dualité en termes de standards de prestations.

La seconde propose pour l'ensemble des spécialistes des cadres de pratiques tarifaires qui peuvent être différenciés mais dont les différences demeurent maîtrisées ; elle rend donc possible une stratégie de long terme de convergence permettant de faire converger tarifs opposables et tarifs des professionnels pour ramener les différents spécialistes dans un même cadre.

Elle est indissociable d'une confiance dans la capacité des pouvoirs publics à accompagner dans le temps les évolutions tarifaires nécessaires à la prise en compte de l'évolution des coûts de la pratique afin de maintenir l'attractivité de l'exercice à tarif opposable, ainsi que d'une démarche de rééquilibrage des rémunérations entre spécialités, qui constitue un enjeu d'équilibre du système de santé, et d'un processus garantissant une mise à jour régulière des échelles tarifaires permettant d'assurer cet équilibre dans la durée. La mise à jour régulière des nomenclatures pour tenir compte des coûts de certaines innovations, ou encore des coûts entraînés par des comorbidités, permettrait de répondre à des situations servant aujourd'hui de justification à l'application de dépassements. Une telle réforme devrait probablement s'accompagner d'un réel effort d'amélioration des conditions de travail des futurs professionnels que sont les internes, la liberté tarifaire étant vue parfois aujourd'hui comme la « compensation » de ces années difficiles.

Le choix entre ces deux voies de réforme, l'une qui laisse durablement exister un secteur à tarifs libres pour des soins essentiels, et l'autre qui inscrit, même de façon progressive, les pratiques tarifaires dans un cadre de référence commun tout en permettant, au moins à titre transitoire, des différenciations entre professionnels, constitue un choix de principe, qui est le préalable à tous les autres, qui relèvent davantage de modalités :

- rythme et conditions de transition vers un nouveau cadre de régulation ;
- partage des efforts financiers entre les assurances maladie, les professionnels et les patients dans le nouveau système.

Pour qu'une réforme soit efficace, elle devra s'inscrire dans le temps long, avec une continuité des orientations retenues et des engagements respectés de long terme (couvrant plusieurs quinquennats) entre les pouvoirs publics et les professionnels, condition de la confiance, dans le cadre d'une gouvernance reposant notamment sur la transparence des résultats observés et associant représentants des professionnels, des assurés sociaux et des patients.

Annexe A. Chiffrage des trois scénarios

Les chiffrages qui suivent reposent sur deux logiques distinctes :

D'une part, ils mobilisent des projections de mise en œuvre progressive à horizon 15 ans :

- pour mesurer l'impact macro des différents scénarios sur le montant total des dépassements d'honoraires à moyen terme, on projette l'impact d'une mise en œuvre progressive de ces scénarios sur l'évolution du montant total des dépassements. Celle-ci est comparée à l'évolution tendancielle des dépassements d'honoraires, sous des hypothèses simples « toutes choses égales par ailleurs »
- pour le scénario 2, les principales mesures portent sur le flux des nouveaux entrants, avec des effets progressifs sur les patients, les praticiens, l'AMO et l'AMC. Ces impacts sont également projetés à un horizon 15 ans.
- les données sur lesquelles se fondent ces projections sont principalement issues des séries longues de la Cnam sur le montant des dépassements et les effectifs de professionnels par secteur de conventionnement

D'autre part, ils simulent les impacts d'une pleine entrée en vigueur des scénarios 1 et 3 (et de la mesure de plafonnement du scénario 2), en comparaison avec la situation actuelle :

- ils permettent d'évaluer plus finement quelles seraient les conséquences financières pour les patients, pour les professionnels, pour l'AMO et pour l'AMC, si tous les praticiens actuellement en secteur 2 étaient soumis aux règles prévues par les scénarios 1 et 3, avec des hypothèses de revalorisation des tarifs conventionnels en contrepartie.
- les données sur lesquelles se fondent ces simulations proviennent d'une base de données individuelles par praticien de secteur 2 et 1DP, anonymisée, qui a été construite par la Cnam spécifiquement pour le Hcaam. Elle ne comprend pas la totalité des spécialités, certaines spécialités aux effectifs peu nombreux n'ayant pas été incluses pour garantir la confidentialité des données. Elle comporte 31 893 praticiens de secteur 2 et 1DP, totalisant 3,970 Md€ de dépassements, ce qui représente 90 à 95 % des effectifs et montants totaux. Pour chaque praticien, elle comprend des informations sur son statut conventionnel (OPTAM, OPTAM-CO ou non adhérent), sa spécialité (15 spécialités hors MG, généralistes hors MEP et MEP), son année d'installation, et le détail de ses honoraires (honoraires totaux, honoraires sans dépassement, dépassements, part d'activité à tarif opposable, et les mêmes éléments distinguant l'activité clinique et technique).

A. 1. Scénario 1

La projection des dépassements d'honoraires à horizon 15 ans du scénario 1 est réalisée sous l'hypothèse d'une mise en œuvre progressive.

Le chiffrage de son impact pour les patients, les professionnels, pour l'AMO et pour l'AMC ne simule pas le scénario graduel décrit en partie 2.3, mais une version extrême consistant en une suppression du secteur 2. Il permet d'évaluer quelles seraient les conséquences financières pour ces acteurs, si tous les praticiens actuellement en secteur 2 exerçaient dans le cadre du secteur à honoraires opposables (secteur 1), avec des hypothèses de revalorisations des tarifs conventionnels en contrepartie.

Les données disponibles ne distinguent pas le S2 et le S1DP, on fait donc l'hypothèse que ce secteur (résiduel) est également supprimé.

A.1.1. Impact sur les dépassements d'honoraires et sur les restes à charge des patients

Dans un tel scénario, les dépassements d'honoraires seraient supprimés, ce qui correspond à une baisse des restes à charge de 4,2 Md€ (dont 60 % directement à la charge des patients, et 40 % couverts par les assurances maladie complémentaires).

Les patients auraient accès à terme à l'ensemble des soins médicaux à tarifs opposables.

On peut simuler l'effet sur les dépassements à 5 et 15 ans d'une variante du scénario 1 en la comparant au tendanciel des dépassements à comportements inchangés.

Il s'agit ici d'une projection *ex ante* du montant total des dépassements à horizon 2040 reposant sur des hypothèses simples :

- L'évolution des dépassements totaux est le résultat des **dépassements par tête** pour les spécialistes libéraux hors MG en secteur 2 x le **nombre de spécialistes libéraux hors MG en secteur 2** (nombre total en N-1 – départs à la retraite + nouvelles installations x éligibilité au S2)
- Nombre de spécialistes libéraux hors MG en secteur 2 : l'effectif de départ correspond à leur nombre en 2024 (source CNAM)
- Départs à la retraite : ils sont estimés chaque année par le nombre d'installations en libéral en secteur 2 (spécialistes hors MG) 37 ans plus tôt (sous l'hypothèse que les médecins partent à la retraite en moyenne à 67 ans, et se sont installés à 30 ans) (source CNAM). Les médecins de plus de 67 ans sont supposés tous partir en retraite la première année de projection en 2025.
- Nouvelles installations : le nombre d'installations en libéral est supposé constant (effectif cohorte 2024 CNAM).

L'effet de la réforme est simulé par des variantes portant sur les flux d'entrées en secteur 2 et de gel des dépassements :

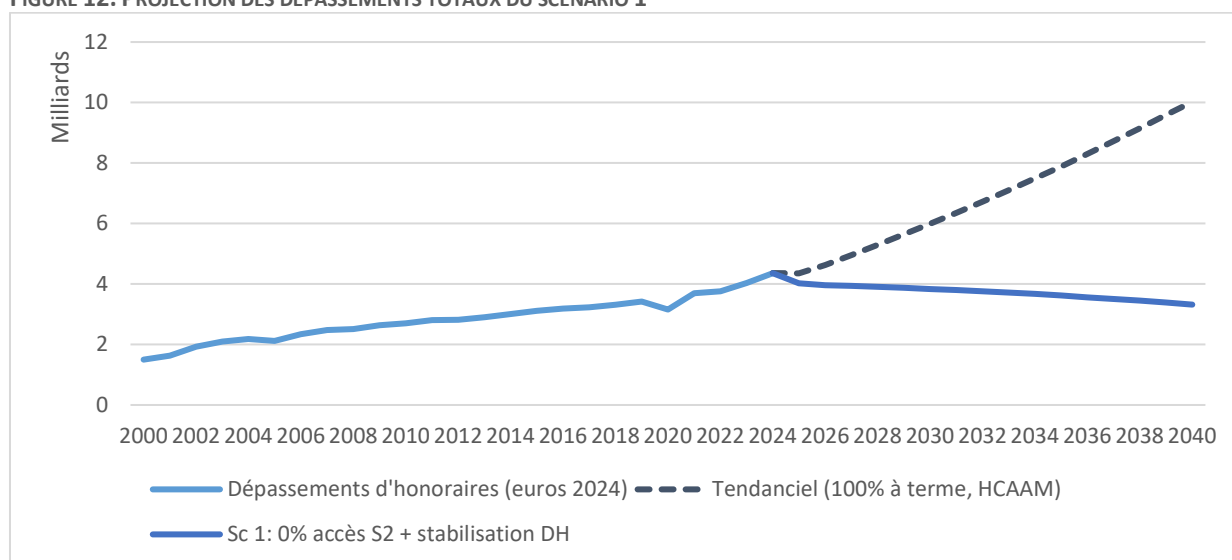
- De façon tendancielle, la part d'entrées en S2 (75% en 2024) augmente au même rythme qu'au cours des 8 dernières années (+1,7 point de pourcentage par an). On atteindrait alors le plafond de 100% d'installations en secteur 2 en 2039. La variante du scénario 1 suppose que dès 2025, le nombre d'éligibles au secteur 2 est fermé (0% d'entrées en secteur 2 sur le seul flux).
- De façon tendancielle, les dépassements d'honoraires moyens par tête augmentent de façon tendancielle comme ils l'ont fait au cours de la période précédente (2017-2024). Ils sont exprimés en euros 2024, hors inflation. La variante du scénario 1 suppose que ces dépassements sont gelés au niveau actuel, hors inflation, sans plafonnement supplémentaire. On estime donc une fourchette haute de l'évolution des dépassements puisque ce scénario pourrait en sus prévoir des plafonnements progressifs plus élevés des dépassements sur le stock de médecins en S2.

Ces projections macro supposent une évolution des dépassements « toutes choses égales par ailleurs ». Cela revient notamment à supposer que la structure par spécialité ou le partage des spécialités en secteur 2 Optam et non Optam restent inchangés au cours des prochaines années. En effet, l'enjeu de l'exercice n'est pas tant de simuler une projection fine des dépassements mais de disposer d'un ordre de grandeur du seul effet des mesures des trois scénarios.

Les résultats indiquent qu'en poursuivant leur augmentation tendancielle, les dépassements atteindraient 10 Mds € à un horizon de 15 ans, soit 2,3 fois plus qu'aujourd'hui en euros constants.

En fermant l'accès au secteur 2 sur le flux et en gelant les dépassements moyens par tête au niveau actuel (hors inflation) pour le stock, les dépassements atteindraient 3,3 Mds € en 2040. La baisse des dépassements (par rapport au tendanciel) serait de 2,2Mds € à court terme (5 ans) et de 6,7 Mds € à long terme (15 ans).

FIGURE 12. PROJECTION DES DEPASSEMENTS TOTAUX DU SCENARIO 1



	Tendanciel	Fermeture entrées S2 + Gel des DH
TCAM DH 2017-2024	4,4%	
TCAM DH 2024-2040	5,3%	-1,7%
Montant des DH en 2024 (Mds euros)	4,3	
Montant des DH en 2030 (Mds euros constants)	6	3,8
Montant des DH en 2040 (Mds euros constants)	10	3,3

Sources : données CNAM 2017-2024 (effectifs et années d'installation des spécialistes libéraux hors MG, part de libéraux en secteur 2, dépassements d'honoraires des spécialistes hors MG), IPC Insee (hors tabac). Projections : calculs Hcaam.

A.1.2. Impact sur les praticiens

Pour les praticiens de secteur 2, le passage en secteur 1 aurait pour conséquence :

- la perte de leurs dépassements d'honoraires,

- des gains liés :

- à l'alignement de leurs tarifs sur les tarifs du secteur 1 (pour les non adhérents à l'Optam, et de manière marginale pour les adhérents à l'Optam pour lesquels certains modificateurs sont inférieurs à ceux appliqués en secteur 1),
- à la prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales : cet avantage qui existe déjà sur la fraction des honoraires facturés à tarifs opposables pour les adhérents à l'Optam serait étendu à la totalité des honoraires sans dépassements de l'ensemble des praticiens, désormais tous en secteur 1 ;
- à la suppression de la surcotisation sur les dépassements d'honoraires (3,25 %).

TABLEAU 5. RECAPITULATIF DES MODALITES DE CALCUL DE CES DIFFERENTS IMPACTS :

Secteur		Optam	Optam ACO (1)	Non adhérents
Pertes		Suppression des dépassements d'honoraires		
Gains	Revalorisations tarifaires	Pas de revalorisations tarifaires (les tarifs du S1 sont déjà appliqués) sauf pour les chirurgiens, les obstétriciens et les anesthésistes (2)	Pas de revalorisations tarifaires (les tarifs du S1 sont déjà appliqués avec tous les modificateurs)	Revalorisations : - Pour l'activité clinique : uniquement sur la fraction des honoraires cliniques qui concerne des consultations de référence (donnée par spécialité fournie par la Cnam) (3) - Pour l'activité technique : application d'un taux d'augmentation calculé comme le % des HSD techniques des adhérents à l'OPTAM / OPTAM ACO lié à l'application des tarifs majorés par rapport aux S2 non OPTAM (donnée par spécialité fournie par la Cnam) (4) Ces revalorisations ont été appliquées <u>aux HSD hors honoraires opposables</u> (5)
	Cotisations sociales prises en charge	Sur la partie des HSD qui n'est pas à tarifs opposables (et qui le devient si suppression du secteur 2) Pour tous les secteurs : - les cotisations sont calculées comme équivalentes à la prime Optam (= application aux HSD des taux de l'annexe 13 de la convention) - ce taux est appliqué aux HSD après revalorisations		Sur l'ensemble des HSD
	Suppression de la surcotisation sur les dépassements	3,25 % des dépassements d'honoraires		

A tarifs conventionnels inchangés, et à niveau d'activité inchangée, les spécialistes qui exerçaient antérieurement en secteur 2 connaîtraient une baisse substantielle de revenus, compte tenu de la proportion des honoraires que représentent aujourd'hui les dépassements. Elle serait certes atténuée, pour les médecins de secteur 2 non adhérents à l'Optam, par une revalorisation des tarifs au niveau du secteur 1 ainsi que par une moindre charge de cotisations sociales, mais l'impact financier de ces avantages est limité par rapport au montant des dépassements.

- Les résultats globaux sont les suivants : les 32 000 praticiens exercent en secteur 2 totalisent 11,4 Md€ d'honoraires, dont 7,4 Md€ d'honoraires aux tarifs conventionnels (honoraires sans dépassement, HSD) et 4 Md€ de dépassements ;
- s'ils exerçaient en secteur 1 :
 - o Leurs honoraires conventionnels seraient augmentés d'environ 280 M€ du fait de l'alignement sur les tarifs du secteur 1³³ ; ils bénéficieraient en outre de la prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales à hauteur de 420 M€, ainsi que de la suppression de la surcotisation sur les dépassements d'honoraires (130 M€), soit un gain total d'environ 820 M€ ;
 - o A l'inverse, ils verraient leurs honoraires amputés de 4 Md€ au titre de la suppression des dépassements.
 - o Le bilan global serait une perte de l'ordre de 3,2 Md€, soit 28 % des honoraires.

La quasi-totalité des médecins de secteur 2 (95 %) verrait ses honoraires diminuer, à activité inchangée.

La baisse serait moindre pour les adhérents à l'Optam – Optam-ACO (- 21 %) que pour les non adhérents (- 34 %), car leurs taux de dépassement sont sensiblement inférieurs (34 % versus 79 %) (Tableau 6).

³³ Estimation *a minima*, en supposant que les actes réalisés sans dépassements sont déjà facturés aux tarifs du secteur 1. Les règles de facturation stipulent en effet que les tarifs conventionnels s'appliquent « au médecin en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable. » (<https://www.ameli.fr/paris/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/tarifs/tarifs-conventionnels-medecins-generalistes-specialistes>). On fait l'hypothèse que les pratiques tarifaires des médecins de secteur 2 sont conformes à cette règle et qu'ils appliquent donc déjà les tarifs du secteur 1 quand ils facturent des actes au tarif opposable.

TABEAU 6. SIMULATION DE L'IMPACT D'UN EXERCICE EN SECTEUR 1 SELON L'ADHESION A L'OPTAM

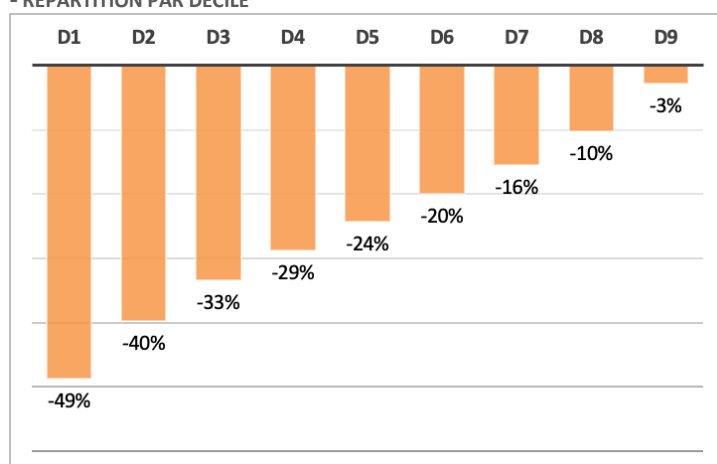
	Optam	Optam ACO (CO en 2024)	Total Optam-OptamACO	Non adhérents	Total
SITUATION EN 2024					
Effectifs	11 541	4 475	16 016	15 877	31 893
Honoraires totaux en 2024 (millions d'€)	3 717 M€	1 855 M€	5 572 M€	5 820 M€	11 392 M€
Dont honoraires sans dépassements (HSD)	2 868 M€	1 299 M€	4 167 M€	3 255 M€	7 422 M€
Dont honoraires facturés à tarif opposable	1 570 M€	593 M€	2 163 M€	811 M€	2 975 M€
Dont dépassements (DEP)	849 M€	556 M€	1 405 M€	2 565 M€	3 970 M€
Part d'activité facturée à tarifs opposables	55 %	46 %	52 %	25 %	40 %
Taux de dépassement (DEP / HSD)	30 %	43 %	34 %	79 %	54 %
Taux de dépassement sur les honoraires facturés avec dépassement	65 %	79 %	70 %	105 %	89 %
SIMULATION DE L'IMPACT SUR LES HONORAIRES D'UN EXERCICE EN SECTEUR 1					
Impact de la suppression des dépassements	- 849 M€	- 556 M€	- 1 405 M€	- 2 565 M€	- 3 970 M€
Impact des revalorisations tarifaires	+ 10 M€	0	+ 10 M€	+ 267 M€	+ 277 M€
Impact de la prise en charge des cotisations sociales	+ 88 M€	+ 93 M€	+ 182 M€	+ 234 M€	+ 416 M€
Impact de la suppression de la surcotisation sur les dépassements d'honoraires	+ 28 M€	+ 18 M€	+ 46 M€	+ 83 M€	+ 129 M€
Impact total sur les honoraires en montant	- 724 M€	- 445 M€	- 1 169 M€	- 1 980 M€	- 3 149 M€
Évolution des honoraires en %	- 20 %	- 24 %	- 21 %	- 34 %	- 28 %
% de praticiens avec baisse des honoraires	93 %	89 %	92 %	97 %	95 %

Source : base de données fournie par la Cnam au Hcaam. Calculs Hcaam.

Note : ces données montrent que si les effectifs et les honoraires totaux sont similaires entre les adhérents et les non adhérents, la composition de ces honoraires est très différente. Les non adhérents ont moins d'honoraires sans dépassements, donc moins d'activité, cette moindre activité étant compensée par des tarifs supérieurs.

Ces chiffres moyens recouvrent des situations individuelles très variables, directement liées au niveau des dépassements d'honoraires (Figure 13) :

FIGURE 13. PERTES D'HONORAIRES EN % SI LES PRATICIENS DE SECTEUR 2 EXERÇAIENT DANS LES CONDITIONS DU SECTEUR 1 EN 2024 - REPARTITION PAR DECILE



Impact d'un financement additionnel de l'AMO équivalent à la masse des dépassements pour revaloriser les tarifs

Si l'assurance maladie alloue un montant de dépenses supplémentaires égal à la masse actuelle des dépassements d'honoraires, soit environ 4 Md€ pour financer :

- l'alignement des tarifs sur ceux du secteur 1 pour tous les professionnels de secteur 2, pour la fraction des honoraires remboursée par l'assurance maladie, soit environ 85 % (environ 235 M€),
- la prise en charge d'une partie des cotisations sociales (financement à 100 % par l'AMO, 416 M€),
- le reste étant consacré à une revalorisation tarifaire, les honoraires sans dépassements pourraient être accrus de 3,9 Md€ (sur la base d'un taux moyen de remboursement de l'AMO de 85 %).

Ces revalorisations d'honoraires seraient réparties sur l'ensemble des médecins, désormais tous en secteur 1.

Il faut rappeler qu'aujourd'hui 70 % des médecins exercent en secteur 1, et 43 % si on ne considère que les spécialistes hors médecine générale. Leurs honoraires sans dépassements (honoraires valorisés aux tarifs conventionnels) représentent 65 % des honoraires totaux (41 % pour les seuls spécialistes hors médecine générale) (Tableau 7). Les revalorisations tarifaires seraient donc réparties sur une masse d'honoraires très supérieure aux seuls honoraires du secteur 2.

TABLEAU 7. EFFECTIFS ET HONORAIRES SANS DEPASSEMENT SELON LE SECTEUR CONVENTIONNEL (2024)

	Secteur 1	Secteur 2 et 1DP	Total
Effectifs de praticiens	76 910	34 322	111 232
%	69 %	31 %	100 %
<i>Dont généralistes</i>	52 445	2 394	54 839
%	96 %	4 %	100 %
<i>Dont spécialistes hors MG</i>	24 465	31 928	56 393
%	43 %	57 %	100 %
Honoraires sans dépassement	15,2 Md€	8,2 Md€	23,4 Md€
%	65 %	35 %	100 %
<i>Dont généralistes</i>	9,6 Md€	0,2 Md€	9,9 Md€
%	97 %	2 %	100 %
<i>Dont spécialistes hors MG</i>	5,6 Md€	7,9 Md€	13,5 Md€
%	41 %	59 %	100 %

Source : Cnam, calculs Hcaam.

Note : les honoraires sans dépassement en secteur 2 ont été majorés pour tenir compte de l'alignement tarifaire sur le secteur 1, qui devient dans le scénario 1 le secteur d'exercice de tous les praticiens.

Une masse de 3,9 Md€ répartie sur l'ensemble des spécialistes, y compris médecine générale, représenterait une augmentation de 17 % de leurs honoraires sans dépassement. Cette revalorisation représenterait évidemment un gain pour les praticiens de secteur 1, mais aussi pour plus d'un quart des praticiens qui exercent actuellement en secteur 2. Au total, elle bénéficierait à plus de trois quarts des médecins. Néanmoins, même avec cette revalorisation conséquente, à niveau d'activité inchangée, 7 spécialistes de secteur 2 sur 10 resteraient perdants, avec une baisse moyenne de leurs honoraires de 19 % (Tableau 8).

TABLEAU 8. SIMULATION DE L'IMPACT D'UNE REVALORISATION DES TARIFS CONVENTIONNELS DE 17 % POUR L'ENSEMBLE DES PRATICIENS (2024)

	Secteur 1	Secteur 2 et 1DP	Total
Proportion de gagnants	100 %	29 %	78 %
Gain en % des honoraires	+ 17 %	+ 2 %	+ 12 %
Gain en % des revenus (1)	-----	+ 20 %	-----
Proportion de perdants	0 %	71 %	22 %
Perte en % des honoraires	0 %	- 19 %	- 7 %
Perte en % des revenus (1)	0 %	- 45 %	-----

Source : base de données fournie par la Cnam au Hcaam. Calculs Hcaam.

Pour le secteur 2, l'impact sur les revenus est estimé en appliquant aux honoraires le taux de charge correspondant à la spécialité et au secteur conventionnel, avec une hypothèse de répartition des charges 2/3 – 1/3 entre charges fixes et charges variables. Le calcul n'est pas fait pour le secteur 1 pour lequel on ne dispose pas de données détaillées.

Une deuxième hypothèse a été testée, consistant à concentrer les revalorisations sur les seuls spécialistes hors médecine générale.

Cette hypothèse ne se justifie évidemment pas en termes d'équité. Elle a pour objectif de répondre à la question suivante : dans la mesure où les dépassements d'honoraires (environ 4 Md €) sont aujourd'hui, pour l'essentiel, le fait des spécialistes hors médecine générale, quel impact aurait, pour ces praticiens, une revalorisation qui serait équivalente pour eux à cette masse de dépassements ?

Dans cette hypothèse, l'augmentation des honoraires, hors dépassements, serait de + 29 % pour les spécialistes (hors MG) de secteur 1 comme de secteur 2.

Plus de 40 % de ceux exerçant en secteur 2 seraient alors gagnants, et évidemment 100 % des spécialistes de secteur 1, soit au total plus de 2/3 des spécialistes (hors MG). Malgré tout, il resterait près de 60 % de perdants parmi les spécialistes de secteur 2, à niveau d'activité inchangée.

TABLEAU 9. SIMULATION DE L'IMPACT D'UNE REVALORISATION DES TARIFS CONVENTIONNELS DE 29 % POUR LES SEULS SPECIALISTES HORS MEDECINE GENERALE (2024)

	Secteur 1	Secteur 2 et 1DP	Total
Pour les seuls spécialistes hors médecine générale			
Proportion de gagnants	100 %		
Gain en % des honoraires	+ 29 %		
Gain en % des revenus (1)	-----		
Proportion de perdants			
Perte en % des honoraires			
Perte en % des revenus (1)			
Pour l'ensemble des médecins			
Proportion de gagnants	32 %	43 %	35 %
Gain en % des honoraires	+ 29 %	+ 5 %	+ 21 %
Gain en % des revenus (1)	-----	+ 28 %	-----
Proportion de perdants	0 %	57 %	18 %
Perte en % des honoraires	0 %	- 13 %	- 5 %
Perte en % des revenus (1)	0 %	- 41 %	-----

Source : base de données fournie par la Cnam au Hcaam. Calculs Hcaam.

Pour le secteur 2, l'impact sur les revenus est estimé en appliquant aux honoraires le taux de charge correspondant à la spécialité et au secteur conventionnel, avec une hypothèse de répartition des charges 2/3 – 1/3 entre charges fixes et charges variables. Le calcul n'est pas fait pour le secteur 1 pour lequel on ne dispose pas de données détaillées.

A.1.3. Impact sur l'assurance maladie obligatoire et complémentaire

Si en 2024 tous les médecins de secteur 2 exerçaient en secteur 1, sans revalorisation des tarifs conventionnels le coût pour l'AMO serait d'environ 650 millions d'euros, comprenant :

- d'une part les honoraires supplémentaires liés à l'alignement des tarifs sur le secteur 1, pour la fraction remboursée par l'assurance maladie obligatoire soit environ 235 M € (sur la base d'un taux moyen de remboursement de 85 %) ³⁴
- d'autre part la prise en charge des cotisations sociales supplémentaires liées à l'augmentation des honoraires à tarifs opposables, qui incombe en totalité à l'AMO.

Pour l'assurance maladie complémentaire, qui couvre environ 40 % des dépassements d'honoraires des spécialistes (hors généralistes), la suppression des dépassements entraînerait une moindre dépense de l'ordre de 1,5 Md€. Viendrait en déduction le coût de l'alignement sur les tarifs du secteur 1, pour la fraction remboursée par l'assurance maladie complémentaire : au maximum 50 M€ (estimation par excès, sous l'hypothèse que l'AMC prend en charge la totalité de ce qui n'est pas remboursé par l'AMO).

Dans les hypothèses de revalorisations tarifaires évoquées ci-dessus, l'AMO financerait 85 % de ces revalorisations, soit 3,3 Md€, et l'AMC 600 M€ au maximum.

A. 2. Scénario 2

Ce scénario repose sur une restriction du flux d'entrée en S2 :

Option 1 : Restriction des titres d'accès au S2 (mesure 3), en retenant la limitation des postes rendant éligible au secteur 2 aux seuls postes de chef de clinique assistants, soit 45% des éligibles.

Option 2 : Conditionner l'exercice en S2 à un nombre d'années d'expérience (mesure 4), en retenant en plus des conditions de titre ci-dessus, la contrainte d'un accès en S2 après 10 ans d'expérience.

Il discute mais écarte la mesure 1 qui consiste à rendre plus attractif le secteur 1 par des mesures incitatives.

Il est combiné avec un plafonnement des dépassements autorisés par acte avec un taux maximal de dépassements par acte de 150%.

A.2.1. Impact sur les dépassements d'honoraires

L'effet d'une restriction de l'éligibilité au secteur 2 est simulé en comparant le tendanciel des dépassements à comportements inchangés, à celui qui serait atteint si le flux d'éligibles au secteur 2 était réduit.

Il s'agit ici d'une projection *ex ante* du montant total des dépassements à horizon 2040 reposant sur les mêmes hypothèses que ci-dessus pour les projections du scénario 1.

³⁴ Estimation a minima, en supposant que les actes réalisés sans dépassements par les S2 non adhérents à l'Optam – Optam-ACO sont déjà facturés aux tarifs du secteur 1.

Les variantes portent sur la part de spécialistes libéraux hors MG éligibles au secteur 2 :

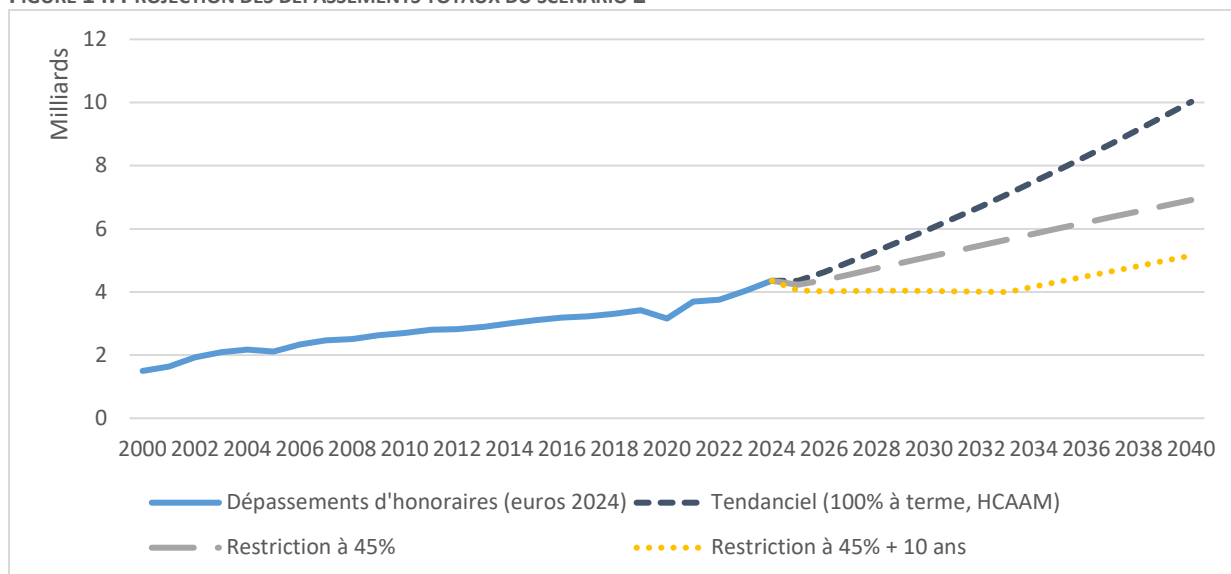
- De façon tendancielle, cette part (75% en 2024) augmente au même rythme qu'au cours des 8 dernières années (+1,7 point de pourcentage par an). On atteindrait alors le plafond de 100% d'installations en secteur 2 en 2039.
- La variante à 45% suppose que dès 2025, le nombre d'éligibles au secteur 2 est réduit de 75 à 45%. Cela correspond à l'hypothèse d'une restriction de l'accès au S2 aux seuls chefs de clinique assistants, doit 2080 postes par an pour une demande potentielle d'environ 4500 spécialistes en fin de formation. Tous les autres paramètres sont inchangés.
- La variante à 45% + 10 ans d'expérience ajoute à la précédente une fermeture en pratique de l'accès au S2 pendant 10 ans. À la suite de cette période, les cohortes qui étaient éligibles au S2 10 ans auparavant (75% ou 45% de leurs effectifs) accèdent au S2.

Les résultats indiquent que si la hausse de l'accès au secteur 2 se poursuit au même rythme, 100% des installations en libéral se feront en secteur 2 à horizon 2039. En poursuivant leur augmentation tendancielle, les dépassements atteindraient alors 10 Mds € à un horizon de 15 ans, soit 2,3 fois plus qu'aujourd'hui en euros constants.

En le limitant à 45%, les dépassements atteindraient 6,9 Mds € en 2040, soit 1,6 fois plus qu'aujourd'hui. La baisse des dépassements (par rapport au tendanciel) serait de 900 M € à court terme (5 ans) et de 3,1 Mds € à long terme (15 ans).

En le limitant à 45% + 10 années d'expérience, les dépassements seraient gelés pendant 10 ans (car le nombre de sorties du secteur 2 compense la hausse des dépassements par tête). Ils atteindraient 5,1 Mds € à horizon 2040, soit 1,2 fois le montant actuel. La baisse des dépassements (par rapport au tendanciel) serait de 2 Mds € à court terme (5 ans) et de 4,9 Mds € à long terme (15 ans).

FIGURE 14. PROJECTION DES DEPASSEMENTS TOTAUX DU SCENARIO 2



	Tendanciel	45% entrées S2	45% entrées S2 + 10 ans
TCAM DH 2017-2024	4,4%		

TCAM DH 2024-2040	5,3%	2,9%	1%
Montant des DH en 2024 (Mds euros)	4,3		
Montant des DH en 2030 (Mds euros constants)	6	5,1	4
Montant des DH en 2040 (Mds euros constants)	10	6,9	5,1

Sources : données CNAM 2017-2024 (effectifs et années d'installation des spécialistes libéraux hors MG, part de libéraux en secteur 2, dépassements d'honoraires des spécialistes hors MG), IPC Insee (hors tabac).
Projections : calculs Hcaam.

A.2.2. Impact sur l'assurance maladie obligatoire et complémentaire

Dans l'option 1, la restriction d'accès au S2 engendre un surcoût pour l'AMO lié à un surplus d'entrées en S1 auxquels sont appliqués les tarifs du S1 et à la prise en charge de leurs cotisations sociales. Ce surcoût est estimé à terme car il se cumule chaque année pour les nouvelles cohortes de jeunes installées depuis 2024.

- On estime le surplus de médecins installées en secteur 1 à terme lié à la restriction d'accès au secteur 2 :

Dans la situation actuelle, 25% des installations en libéral (spécialistes hors MG) se font dans le S1. En tendanciel, c'est-à-dire en poursuivant la baisse de part des médecins qui choisissent le S1, cette part passerait à 0% en 2039. Sous les mêmes hypothèses d'entrée en libéral que ci-dessus, on estime que l'effectif de spécialistes qui se seront installées en S1 depuis 2024 atteint ~5 000 médecins en 2039 (et plafonne à ce niveau cumulé, en l'absence de nouvelles entrées en S1).

Avec une restriction, dès 2024, à 55% d'installations en S1 (45% d'entrées en S2), cet effectif atteindrait ~25 000 médecins en S1 en 2040. Soit + 20 000 par rapport au tendanciel.

- Le surcoût pour l'AMO ne s'applique, parmi eux, qu'à la part de médecins qui se seraient installés en S2 hors Optam en l'absence de réforme. En effet, ceux qui auraient choisi l'Optam auraient bénéficié des tarifs de S1 même en l'absence de restriction d'accès au S2.

La part des jeunes médecins, installés entre 2020 et 2024 en S2, qui choisissent l'Optam est de 54,4%. L'effet de la revalorisation des honoraires lié à l'application des tarifs de S1 concernerait donc, à terme : 11.000 médecins (45,6% de 20 000) du surplus de médecins installés en S1 suite à la restriction à 45% des entrées en S1.

- Les revalorisations liées à l'application des tarifs de S1 ainsi que la prise en charge des cotisations sociales, s'appliquent aux honoraires sans dépassement (HSD) de ces médecins. Le coût de la revalorisation des tarifs de S1 est partagé entre AMO et AMC car une hausse des tarifs conventionnels augmente à la fois le montant remboursé par la sécurité sociale et le montant du ticket modérateur.

On fait l'hypothèse que ces HSD par tête correspondent aux HSD moyens de l'ensemble des médecins de S2 hors Optam en 2024 : 209 K euros par an.

On estime que les HSD en secteur 2 augmentent d'un facteur de 4% lorsque les tarifs sont alignés sur ceux du secteur 1 (voir méthode de simulation du scénario 1). Le taux de

remboursement moyen par l'AMO des tarifs conventionnels (hors dépassement) des médecins spécialistes hors MG est estimé à 85,3% (SNDS, base RAC, 2021³⁵).

Dans le scénario d'un gel à 45% d'entrées en secteur 2, le coût pour l'AMO est de 200 M € : 60 M liés à la revalorisation de l'application des tarifs de S1 et 133 M € au titre de la prise en charge des cotisations sociales.

Avec la mesure supplémentaire (option 2) de l'interdiction d'exercer en secteur 2 pendant 10 ans, de nouveaux médecins éligibles au S2 exercent pendant 10 ans en S1, ce qui génère un **coût pour l'AMO lié à l'alignement tarifaire sur le S1 et la prise en charge de leurs cotisations sociales**.

On estime ce coût à terme sur le nombre cumulé de médecins installés entre 2024 et 2033 qui sont éligibles au S2, mais exercent en S1 car ils disposent de moins de 10 ans d'ancienneté : 13.500 avec un flux à 45%.

Sous l'hypothèse que leurs HSD (par tête) correspondent aux HSD moyens des médecins en S2 non Optam (209 k €), l'alignement tarifaire coûte à l'AMO 90 M € dans l'hypothèse d'un gel à 45%. A ce coût, s'ajoute celui de la prise en charge des cotisations sociales 200 M € avec un gel à 45%. Soit un coût supplémentaire de 290 M €.

Le coût cumulé de ces deux mesures pour l'AMO est donc estimé à environ 500 M€.

Concernant les impacts pour l'assurance maladie complémentaire :

- A terme, l'AMC prendrait en charge environ 15% du coût des revalorisations tarifaires, soit 26 M €
- A terme, les dépassements pris en charge par l'AMC vont continuer de croître : même lorsque la part de médecins en S2 tend vers 45%, le montant total des dépassements d'honoraires augmente par rapport à aujourd'hui où cette part est de 56%, en raison de la hausse des dépassements par tête. Il n'y aura donc pas de baisse des remboursements de l'AMC liée aux dépassements d'honoraires dans un horizon de moyen terme. Il n'y aura donc pas non plus de baisse des recettes de TSA (taxes sur les cotisations de l'AMC) pour l'AMO à cet horizon.

TABLEAU 10. SIMULATION DU COUT AMO ET AMC DU SCENARIO 2

COUT AMO et AMC	Flux 45%
(1) Pour les S1 qui auraient choisi le S2 non OPTAM :	
HSD moyen du S2 non Optam en 2024 (hors MG) (€)	209 000
Ecart cumul médecins en S1 par rapport au tendanciel	19 985
Dont non Optam	9 113
HSD total des S1 qui auraient choisi le S2 non Optam à terme (M €)	1 906
Revalo AMO tarifs S1 (coef revalo 3,72%, tx remb AMO 85,3%) (M€)	60
Supplément AMO cot soc (hyp cot soc 7%) (M€)	133
Cout AMO (M €) (1)	194
Revalo AMC tarifs S1 (M€)	10
(2) Pour les S2 installés qui restent au S1 pendant 10 ans :	
Nombre de médecins installés en S2 (cumul 2024-2033)	13 438

³⁵ Source : appli « Dépenses et restes à charge » de la DREES : [Dépenses et RAC](#)

HSD moyen du S2 non Optam en 2024 (hors MG) (€)	209 000
HSD total des S2 installés entre 2024 et 2033 (M€)	2 810
Revalo AMO tarifs S1 (coef revalo 3,72%, tx remb AMO 85,3%) (M€)	89
Supplément AMO cot soc (hyp cot soc 7%) (M€)	197
Coût AMO (M€) (2)	286
Revalo AMC tarifs S1 (M€)	15
Coût AMO (M€) (1+2)	480
Revalo AMC (M€) (1+2)	26

Sources : données CNAM (HSD 2024, effectifs et années d'installation des spécialistes libéraux hors MG), Projections et calculs Hcaam.

A.2.3. Impact sur les patients

Pour les patients, ces mesures permettent de contenir la hausse des dépassements d'honoraires (voir impact sur les dépassements d'honoraires ci-dessus) et la part d'offre à tarif opposable.

Afin d'estimer la part du S2 à horizon 2024, on considère, comme ci-dessus, que le nombre d'entrées en libéral reste constant au cours des dernières années et que les sorties du S2 correspondent au nombre de médecin s'étant installés en S2 37 ans plus tôt. On considère également que les sorties du S1 correspondent au nombre de médecins de S2 âgés en moyenne de 67 ans. On suppose que tous les médecins âgés de plus de 67 ans partent à la retraite en 2025. On peut alors estimer la part du S2 selon ces différents scénarios : cette part atteindrait, en 2040, 89% en tendanciel (vers 100% d'installation en S2 à horizon 2039), 60% en bloquant l'entrée au S2 à 45% des cohortes, et tendrait vers 45% à terme (ou à horizon 2040 en gelant l'accès au S2 pendant les 10 premières années, en supplément de la restriction d'accès à 45% des cohortes).

Actuellement, 56% des spécialistes hors MG exercent en S2 et 40% de ces honoraires sont à tarif opposable.

A l'inverse, on peut considérer que l'intégralité de l'activité des spécialistes hors MG de S1 (44% de l'effectif) est réalisée à tarif opposable. La part d'activité totale à tarif opposable des spécialistes hors MG correspond aujourd'hui à 67% (mesuré comme la part des honoraires sans dépassements dans l'ensemble des honoraires sans dépassements).

En tenant compte du volume d'activité, mesuré en honoraires sans dépassements (HSD) par médecin, environ 1,04 fois plus élevé des spécialistes de secteur 1³⁶, la part d'activité à tarif opposable baisserait en tendanciel à 47% si les spécialistes de secteur 2 représentaient 89% de l'effectif total des spécialistes libéraux en 2040.

³⁶ Il s'agit ici d'un ratio moyen dont il n'est pas possible d'inférer globalement des écarts de volume d'activité, car il est variable selon les spécialités et est sensible à des effets de structure.

Il serait donc nécessaire de restreindre substantiellement l'accès au secteur 2 (à 45% des cohortes), de sorte que ces praticiens ne représentent plus que 60% des libéraux en 2040, pour maintenir la part d'activité à tarif opposable à 64%, proche du niveau actuel.

La part d'offre à tarif opposable n'augmenterait substantiellement par rapport à la situation actuelle, pour atteindre 73% en 2040, que dans l'hypothèse de la combinaison d'un accès restreint au S2 à 45% des cohortes et de l'interdiction de pratiquer des dépassements pendant les 10 premières années d'exercice. La même part d'opposable de 73% (correspondant à 46% de secteur 2 parmi les professionnels exerçant en libéral) serait atteinte à un horizon de long terme avec une part de secteur 2 tendant vers 45%. Cela permettrait de baisser d'un cinquième la probabilité d'être exposé à des dépassements par rapport à la situation actuelle.

TABLEAU 11. SIMULATION DE L'IMPACT DU SCENARIO 2 SUR L'ACTIVITE A TARIF OPPOSABLE

	Part du S2 (ou des médecins autorisés à pratiquer des dépassements) parmi les libéraux hors MG	Part d'activité opposable parmi les libéraux hors MG (HO/HSD)
Situation actuelle	56 %	67 %
Simulation en 2040 :		
Tendanciel (100% d'entrée en S2 à terme)	89 %	47 %
45% d'accès au S2	61 %	64 %
45% d'accès au S2 + 10 ans sans DH	46 %	73 %

Sources : données CNAM 2017-2024 (effectifs et années d'installation des spécialistes libéraux en S2 hors MG, part de libéraux en secteur 2), données CNAM 2024 Ameli (effectifs de spécialistes libéraux hors MG par âge en 2024). Calculs Hcaam.

A.2.4. Impact sur les praticiens

Ces mesures sont **sans conséquence pour les médecins déjà installés.**

Les **nouveaux installés** continueront, pour une part plus réduite d'entre eux, à pouvoir pratiquer des dépassements dans les mêmes conditions que les cohortes précédentes. Une part plus importante d'entre eux s'installera en S1, et bénéficiera de ce fait des avantages de ce secteur (tarifs et prise en charge des cotisations sociales), sans pouvoir pour autant pratiquer de dépassements : pour ces médecins, la perte d'honoraires par rapport aux confrères exerçant actuellement en S2 et installés depuis 10 ans ou moins est de 25%, à iso-activité (voir chiffrages du scénario 3).

Le scénario 2 repose sur une régulation *a minima* des niveaux des dépassements. Il prévoit, en complément des mesures de restriction d'accès au secteur 2, de maîtriser des pratiques tarifaires excessives en fixant un taux maximal de dépassements par acte.

Son impact est estimé en faisant les hypothèses suivantes :

- Seuil uniforme, non modulé selon les spécialités, de 150 %
- La simulation acte par acte n'étant pas possible, les simulations retiennent tous les praticiens dont le taux de dépassement sur les actes facturés avec dépassement (donc hors honoraires aux tarifs opposables) est supérieur à 150 %.

- Sur ces actes avec dépassements, le taux de dépassement moyen des praticiens concernés est ramené à 150 % (ce qui revient à dire qu'ils appliquent ce taux plafond sur tous les actes qu'ils facturent avec dépassement). En dehors de ce changement, ils ne modifient pas leur niveau d'activité, ni la part d'activité réalisée aux tarifs opposables.

La première année d'application de cette mesure, celle-ci concernerait 13% des praticiens, et conduirait à réduire les dépassements de 255 M€, soit une baisse de 17% de leurs honoraires (à activité constante et par d'opposable constante).

TABLEAU 12. SIMULATION D'IMPACT DU PLAFONNEMENT DES DEPASSEMENTS A 150%

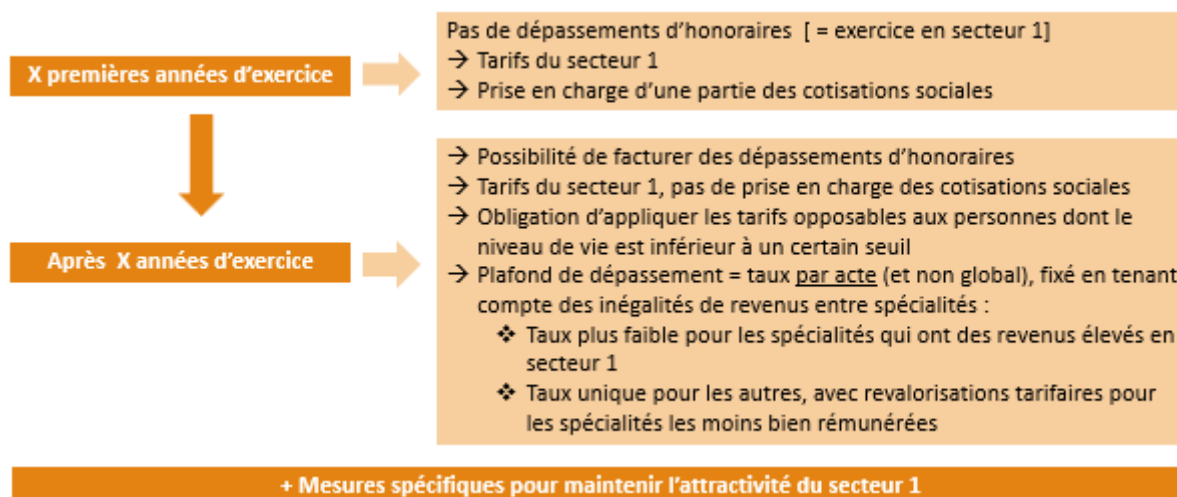
Nombre total de praticiens S2 et 1DP	31 893
Honoraires totaux	11 392 M€
Honoraires sans dépassements (HSD)	7 422 M€
Dépassements (DEP)	3 971 M€
Honoraires à tarifs opposables (HONOPP)	2 975 M€
Impacts de la mesure 10 avec les hypothèses retenues	
Nombre de praticiens S2 et 1 DP avec taux de dépassement moyen sur les actes avec dépassements (DEP/(HSD-HONOPP)) > 150 %	4 293
% du total des praticiens S2 et 1DP	13 %
Honoraires des praticiens concernés (en millions €)	1 542 M€
Diminution des dépassements par rapport à la situation actuelle si application du taux plafond	-255 M€
Diminution de leurs honoraires (à activité constante et part d'opposable HONOPP/HSD constante)	-17 %

Variante : Pour minimiser leur perte, les praticiens concernés pourraient réduire leur activité à tarifs opposables, de façon à minimiser leurs pertes (ce qui signifie qu'ils peuvent aller jusqu'à la supprimer), et donc appliquent un dépassement de 150 % à une fraction plus importante de leur activité. Dans ce cas, la diminution des dépassements serait ramenée à 172 M€ (11 % des honoraires des praticiens concernés).

Il s'agit ici d'un impact à **court terme**, dans un contexte où 56% des libéraux (hors MG) exercent en S2. Ils ne sont pas estimés à long terme : l'impact d'un tel plafonnement dépendra exclusivement du comportement des entrants (dans tous les scénarios le nombre de sortants, et la part de gros dépassants parmi les sortants sont les mêmes). Ces entrants peuvent soit devenir des gros dépassants, du fait de la forte sélection à l'entrée, soit contenir leurs dépassements, sous l'effet d'un accroissement de la concurrence tarifaire.

A. 3. Scénario 3

Pour simuler les impacts du scénario 3, des choix ont été faits, à titre d'illustration, pour définir les paramètres de ses différents éléments constitutifs. Le schéma simulé est le suivant :



Pour la fixation des obligations en matière d'activité à tarifs opposables et de plafond de dépassement, deux variantes ont été testées :

- la première fixe un seuil d'opposabilité au niveau du deuxième décile de revenu, ce qui signifie que les facturations à tarifs opposables concernent obligatoirement 20 % de la population, et un plafond de dépassement par acte de 50 %, unique pour toutes les spécialités sauf celles dont les revenus en secteur 1 sont les plus élevés, pour lesquelles ce taux est ramené à 20 % ;
- dans la seconde, la fraction de la population à laquelle les tarifs opposables sont appliqués est plus élevée (40 %), mais le taux de dépassement plafond est également plus élevé, fixé à 100 %. Cette deuxième variante est plus proche de la situation moyenne qui prévaut actuellement : pour l'ensemble des praticiens de secteur 2, la proportion d'activité à tarifs opposables est de 40 % et sur les honoraires qui sont facturés avec dépassements, le taux de dépassement est de 89 % (avec des différences marquées entre les praticiens adhérents et non adhérents à l'Optam) (Tableau 13).

TABLEAU 13. PART D'ACTIVITE A TARIFS OPPOSABLES ET TAUX DE DEPASSEMENT SELON L'ADHESION A L'OPTAM - 2024

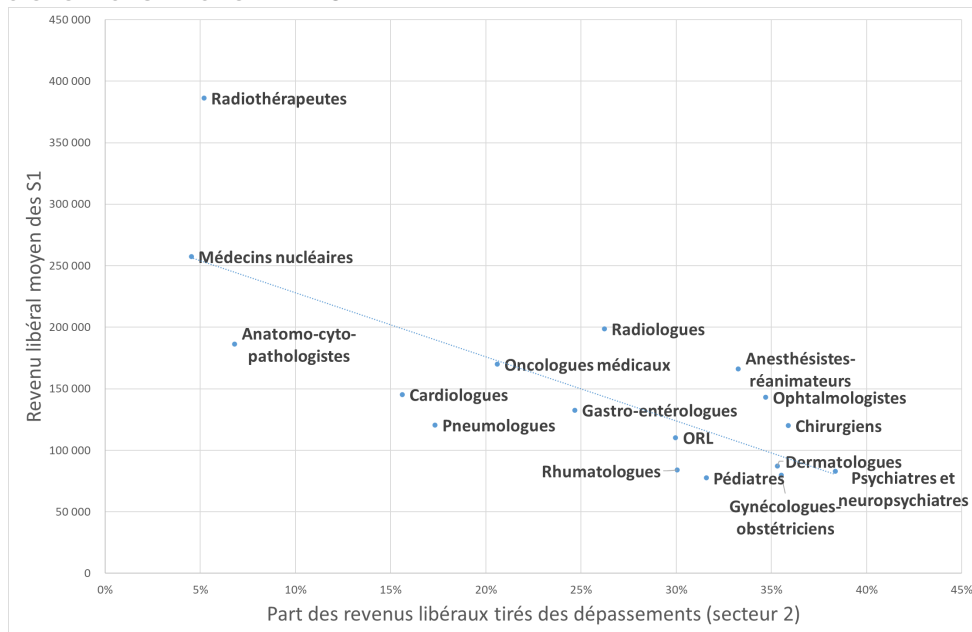
	Optam	Optam ACO (CO en 2024)	Total Optam-OptamACO	Non adhérents	Total
Effectifs de praticiens	11 541	4 475	16 016	15 877	31 893
Honoraires totaux en 2024 (millions d'€)	3 717 M€	1 855 M€	5 572 M€	5 820 M€	11 392 M€
Dont honoraires sans dépassements (HSD)	2 868 M€	1 299 M€	4 167 M€	3 255 M€	7 422 M€
Dont honoraires facturés à tarif opposable	1 570 M€	593 M€	2 163 M€	811 M€	2 975 M€
Dont dépassements (DEP)	849 M€	556 M€	1 405 M€	2 565 M€	3 970 M€
Part d'activité facturée à tarifs opposables	55 %	46 %	52 %	25 %	40 %
Taux de dépassement (DEP / HSD)	30 %	43 %	34 %	79 %	54 %
Taux de dépassement sur les honoraires facturés avec dépassement	65 %	79 %	70 %	105 %	89 %

En ce qui concerne les spécialités :

- le plafond de dépassement minoré (20 %) s'appliquerait aux quatre spécialités dont les revenus libéraux en secteur 1 sont supérieurs ou égaux à 200 000 € annuels : radiothérapeutes, médecins nucléaires, radiologues, anatomo-cyto-pathologistes (Figure 15).

- Les revalorisations tarifaires cibleraient les spécialités les moins rémunérées en secteur 1 : pédiatres, rhumatologues, psychiatres, dermatologues, gynécologues médicaux. Elles seraient calibrées de façon que le revenu net moyen libéral de ces spécialités rejoigne celui de l'ensemble des médecins.

FIGURE 15. REVENU LIBERAL MOYEN DES MEDECINS DE SECTEUR 1 ET PART DES REVENUS LIBERAUX TIRES DES DEPASSEMENTS EN SECTEUR 2 SELON LA SPECIALITE - 2021



Source : base Cnam Dgfp 2021, calculs IRDES

A.3.1. Portée et limites des simulations présentées

Comme pour le scénario 1, les simulations ont pour objectif de répondre à la question : si, aujourd'hui, un tel scénario était en place en totalité, quels seraient les impacts pour les différents acteurs ?

On fait donc l'hypothèse, pour les praticiens de secteur 2 en exercice en 2024 :

- que ceux installés depuis 10 ans ou moins appliquent les tarifs du secteur 1,
- que ceux qui sont installés depuis plus de 10 ans pratiquent des dépassements dans le respect des règles nouvellement établies : obligation de facturer aux tarifs opposables pour certaines populations, et de respecter un plafond de dépassement par acte lorsqu'ils facturent des dépassements.

Il ne s'agit donc pas, au sens strict, d'une évaluation d'impact du scénario tel qu'il est décrit en partie 4, qui prévoit une application progressive des règles aux flux de nouveaux installés et n'a donc pas d'impact sur les praticiens actuellement en exercice. Il s'agit plus ici de voir quels seraient les conséquences pour les différents acteurs, par rapport à la situation qui prévaut aujourd'hui, si cette réforme était déjà appliquée jusqu'à son terme à tous les médecins actuellement installés, Pour prendre la mesure des impacts futurs, la simulation fait « comme si » ces règles s'appliquaient aux médecins actuellement en activité.

Par ailleurs, les données disponibles pour réaliser ces simulations présentent certaines limites qu'il convient de garder à l'esprit :

- Les données sur lesquelles se fondent les simulations sont issues d'une base de données individuelles par praticien de secteur 2 et 1DP, anonymisée, qui a été construite par la Cnam spécifiquement pour le Hcaam. Elle ne comprend pas la totalité des spécialités, certaines spécialités aux effectifs peu nombreux n'ayant pas été incluses pour garantir la confidentialité des données. Elle couvre néanmoins près de 95 % des effectifs (31 900 praticiens) et des dépassements du secteur 2 (3,970 Md€). Pour chacun des praticiens, la base de données compote son statut conventionnel (OPTAM, OPTAM-CO ou non adhérent), sa spécialité, son année d'installation et la composition des honoraires.
- Compte tenu des données disponibles, les simulations font l'hypothèse que la population pour lesquels les dépassements sont interdits est répartie de façon uniforme dans la patientèle des praticiens, ce qui se traduit pour chacun par une obligation d'une proportion minimale identique d'activité à tarifs opposables ; cette hypothèse est simplificatrice, car les praticiens ont une clientèle différenciée socialement selon le lieu où ils exercent. Elles font également l'hypothèse que la totalité des patients éligibles à l'opposabilité des tarifs recourent à ce dispositif protecteur. En pratique, comme ce droit à l'opposabilité dépendrait des revenus des ménages et impliquerait donc une démarche, même simple, de leur part, une part de non recours n'est pas à exclure. L'effet de ce seul dispositif sous différentes hypothèses de recours est présenté en annexe.
- Parmi les quatre spécialités dont le plafond de dépassement est réduit, la base de données ne comporte que les radiologues (les radiothérapeutes et médecins nucléaires sont peu nombreux et n'ont pas été inclus dans la base, ainsi que les anatomo-cytopathologistes). C'est donc à cette unique spécialité (aux effectifs nombreux) qu'est appliqué le plafond minoré.
- Les données ne permettant pas d'appliquer le plafond acte par acte, il est donc appliqué à l'ensemble des honoraires qui sont facturés avec dépassements, une fois prise en compte la contrainte de part d'opposable minimale. Le taux de dépassement actuel est recalculé avec les tarifs du secteur 1.

Pour les deux variantes (respectivement 20 % et 40 % pour la part d'opposable, 50 % et 100 % pour le taux de dépassement sur les actes avec dépassement), deux hypothèses ont été simulées :

- première hypothèse : les médecins dont les pratiques vont au-delà des seuils requis (c'est-à-dire qui font spontanément plus d'activité à tarifs opposables que le taux plancher, et/ou ont un taux de dépassement inférieur au plafond) ne modifient pas ces pratiques ;
- deuxième hypothèse : les médecins maximisent leurs honoraires et donc ne vont pas au-delà des obligations qui leurs sont imposées : ils se limitent strictement au taux plancher pour la partie d'activité à tarifs opposables, et pour le reste de l'activité appliquent le taux de dépassement plafond.

A.3.2. Impact sur les dépassements d'honoraires

Si les règles détaillées précédemment étaient appliquées en totalité aux praticiens actuellement en exercice :

a) Les praticiens installés entre 2015 et 2024 exerceraient en secteur 1 : en 2024, ils sont 15 300, et représentent pratiquement la moitié des effectifs et des honoraires du secteur 2 (en lien avec la tendance à l'augmentation de la proportion des installations dans ce secteur) et 43 % des dépassements d'honoraires, soit 1 690 M€ (Tableau 14).

Si ces praticiens étaient soumis aux nouvelles règles, les dépassements d'honoraires seraient donc diminués de 1,7 Md€.

TABLEAU 14. PRATICIENS DE SECTEUR 2 INSTALLES DEPUIS 10 ANS OU MOINS EN 2024

	Optam	Optam ACO (CO en 2024)	Non adhérents	Total
Installés depuis 2015				
Effectifs	6 332	2 179	6 790	15 301
Honoraires totaux en 2024	2 044 M€	819 M€	2 486 M€	5 350 M€
Dont hon sans dépassements (HSD)	1 617 M€	592 M€	1 450 M€	3 660 M€
Dont dépassements	427 M€	227 M€	1 035 M€	1 690 M€
Total des secteurs 2				
Effectifs	11 541	4 475	15 877	31 893
Honoraires totaux en 2024	3 717 M€	1 855 M€	5 820 M€	11 392 M€
Dont hon sans dépassements (HSD)	2 868 M€	1 299 M€	3 255 M€	7 422 M€
Dont dépassements	- 849 M€	- 556 M€	- 2 565 M€	- 3 970 M€
Part des installés depuis 2015				
Effectifs	55 %	49 %	43 %	48 %
Honoraires totaux en 2024	55 %	44 %	43 %	47 %
Dont hon sans dépassements (HSD)	56 %	46 %	45 %	49 %
Dont dépassements	50 %	41 %	40 %	43 %

Source : base de données Cnam. Calculs Hcaam

b) Les praticiens installés avant 2015 et 2024 sont 16 600 environ. Leur part d'activité à tarifs opposables est un peu plus faible que celle des plus jeunes, et leur taux de dépassement un peu plus élevé : il est de 61 % en moyenne si l'on rapporte les dépassements à la totalité des honoraires sans dépassements, et de 94 % si on les rapporte à la fraction de ces honoraires qui est facturée avec dépassements. Avec l'alignement sur les tarifs de secteur 2, ce taux recalculé est de 89 % (Tableau 15).

TABLEAU 15. PRATICIENS DE SECTEUR 2 INSTALLES DEPUIS PLUS DE 10 ANS EN 2024

	Situation en 2024	Honoraires sans dépassements (HSD) après alignement tarifaire sur le secteur 1
Nombre de praticiens s2 installés avant 2015	16 592	
Honoraires 2024	6 042	
Dont honoraires sans dépassements (HSD)	3 761	3 924
Dépassements	2 281	2 281
HSD à tarifs opposables	1 334	1 364

HSD facturés avec dépassements	2 427	2 560
% HSD à tarifs opposables	35%	35%
% HSD avec dépassements	65%	65%
Taux de dep = dep / HSD	61%	58%
Taux de dep = dep / HSD avec dépassements	94%	89%

Si les règles de plancher de part d'opposable et de plafond de taux de dépassement étaient appliquées à cette population de praticiens, leurs dépassements seraient diminués :

- De 1,2 Md€ si ces planchers et plafonds étaient fixés respectivement à 20 % et 50 % (20 % pour les radiologues),
- De 900 M€ si ces planchers et plafonds étaient fixés respectivement à 40 % et 100 % (20 % pour les radiologues).

La diminution des dépassements serait évidemment moins importante si, en réaction à ces contraintes, les praticiens maximisaient leurs honoraires en appliquant systématiquement ce plancher et ce plafond. La baisse serait :

- De 800 M€ si ces planchers et plafonds étaient fixés respectivement à 20 % et 50 % (20 % pour les radiologues),
- De 100 M€ si ces planchers et plafonds étaient fixés respectivement à 40 % et 100 % (20 % pour les radiologues) (tableau xx).

La réalité se situerait sans doute entre ces deux hypothèses de comportement inchangé et de maximisation systématique.

TABLEAU 16. SIMULATION DE L'APPLICATION DES REGLES AUX PRATICIENS DE SECTEUR 2 INSTALLES DEPUIS PLUS DE 10 ANS EN 2024

	SIMULATION minimum 20 % opposable / plafond de dépassement = 50% / 20%	SIMULATION minimum 40 % opposable / plafond de dépassement = 100% / 20%
Nouveaux HSD facturés à tarifs opposables	1 491	1 894
Augmentation des HSD facturés à tarifs opposables	157	560
Nouveaux HSD facturés avec dépassements	2 433	2 029
Dépassements plafonnés sur les HSD avec dépassements	1 094	1 381
Baisse des dépassements	- 1 187	- 899
Hypothèse : application par tous les praticiens du taux plancher d'opposable et du taux plafond de dépassement		
Nouveaux HSD facturés à tarifs opposables	785	1 569
Evolution des HSD facturés à tarifs opposables	- 549	235
Nouveaux HSD facturés avec dépassements	3 139	2 354
Dépassements plafonnés sur les HSD avec dépassements	1 482	2 180
Evolution des dépassements	- 798	- 101

Au total, si les règles s'appliquaient aujourd'hui et à comportements inchangés des professionnels, le gain en dépassements serait de :

- 1,7 Md€ pour les praticiens installés depuis 10 ans ou moins,

- 0,9 à 1,2 Md€ pour les praticiens installés depuis plus de 10 ans,

Soit 2,6 à 2,9 Md€, soit par rapport à la situation actuelle une baisse de 65 à 72 %.

A.3.3. Projections des dépassements d'honoraires

Afin de comparer les scénarios entre eux, on peut simuler l'effet sur les dépassements à 5 et 15 ans des variantes du scénario 3 en les comparant au tendanciel des dépassements à comportements inchangés et aux autres scénarios.

On reprend, comme pour les scénarios 1 et 2, la projection *ex ante* du montant total des dépassements à horizon 2040 reposant sur les mêmes hypothèses.

L'effet de la réforme est simulé en y intégrant la mesure consistant à interdire les dépassements durant les 10 premières années d'exercice :

- De façon tendancielle, la part d'entrées en S2 (75% en 2024) augmente au même rythme qu'au cours des 8 dernières années (+1,7 point de pourcentage par an). On atteindrait alors le plafond de 100% d'installations en secteur 2 en 2039.

- Le scénario 3 suppose que dès 2025, le nombre d'entrants dans le secteur 2 est nul pendant 10 ans. Les cohortes de nouveaux installés arrivent ensuite progressivement en secteur 2, avec une proportion d'entrées dans le secteur 2 augmentant comme dans le tendanciel 10 ans plus tôt.

On intègre également les hypothèses suivantes sur l'évolution des dépassements d'honoraires sur le stock des médecins de S2 :

- De façon tendancielle, les dépassements d'honoraires moyens par tête augmentent de façon tendancielle comme ils l'ont fait au cours de la période précédente (2017-2024). Ils sont exprimés en euros 2024, hors inflation.
- Dans toutes les variantes, pour les médecins de secteur 2 restant dans l'ancien régime (stock), le scénario 3 suppose que ces dépassements sont gelés en raison de l'obligation de maintenir leurs pratiques au niveau actuel (« Optam » obligatoire). Pour les médecins de secteur 2 du stock choisissant le nouveau régime, leur changement de pratique sur les dépassements est supposé nul : en effet, il s'agira sans doute de médecins pour lesquels les nouvelles règles ne seront pas plus contraignantes que ce qu'ils pratiquent déjà. Par ailleurs, on suppose que l'effet de l'application des tarifs de S1 a un effet négligeable sur le niveau de leurs dépassements, comme il s'agira sans doute principalement de médecins déjà à l'Optam.

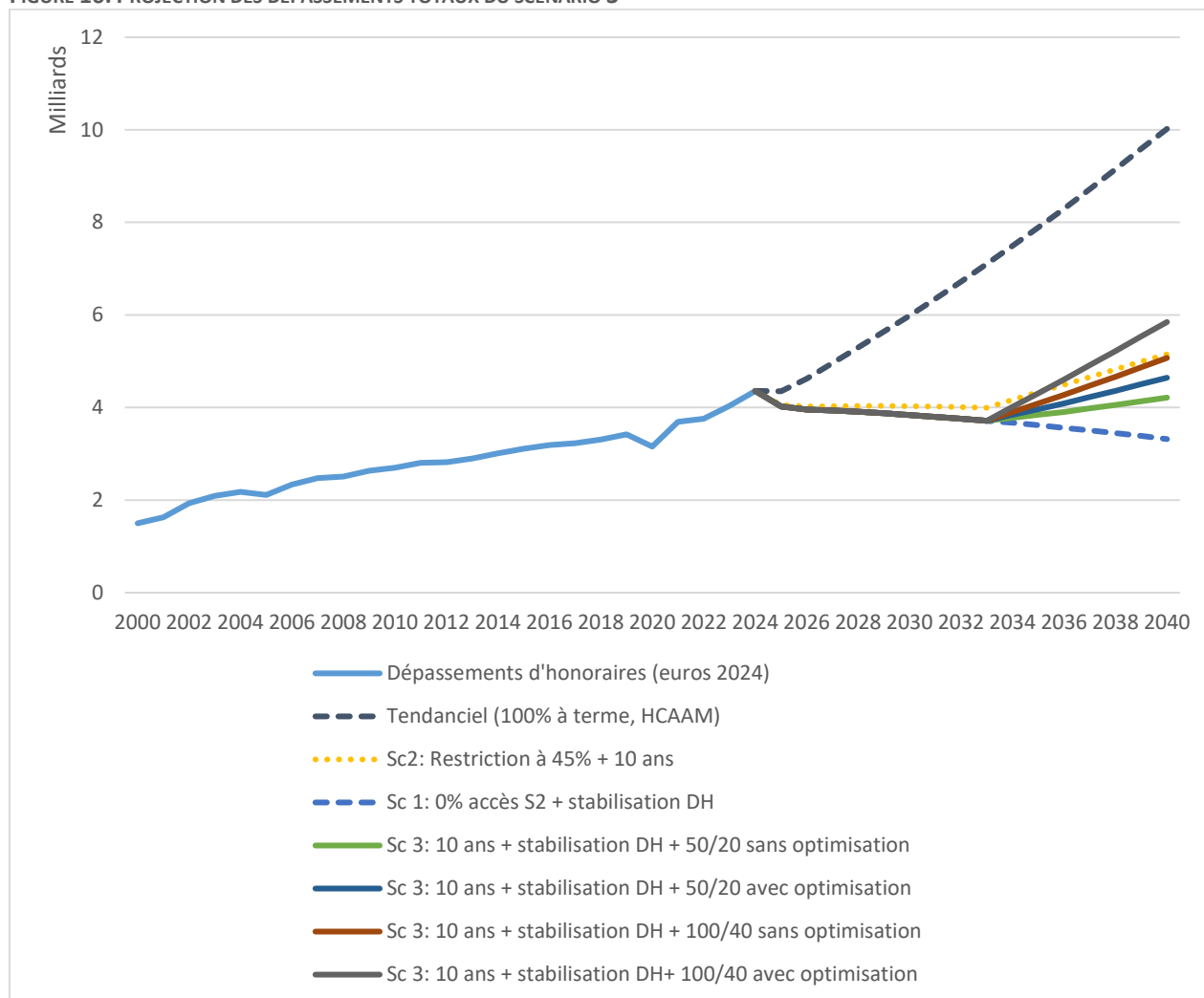
On simule enfin plusieurs variantes sur l'évolution des dépassements d'honoraires sur le flux des médecins entrant en S2. Ces estimations intègrent la baisse de ces mesures sur leurs dépassements, en référence aux actuels médecins de S2 ayant entre 10 et 15 années d'installation :

- Dans le cas où, dans le nouveau régime, les taux de dépassements sont plafonnés à 50% et leur part d'opposable est fixée au minimum à 20%, deux variantes sont simulées : si ces mesures réduisent les dépassements situés au-dessus du plafond, elles conduisent à une baisse moyenne de leurs dépassements de 47%. Si les médecins optimisent leurs pratiques et s'alignent tous au plafond, elles conduisent à une baisse moyenne de leurs dépassements de 31%.
- Dans le cas où, dans le nouveau régime, les taux de dépassements sont plafonnés à 100% et leur part d'opposable est fixée au minimum à 40%, deux variantes sont aussi simulées : si ces mesures réduisent les dépassements situés au-dessus du plafond, elles conduisent à une baisse moyenne de leurs dépassements de 15%. Si les médecins optimisent leurs pratiques et s'alignent tous au plafond, elles conduisent à une hausse moyenne de leurs dépassements de 14%.

Les résultats indiquent que le scénario 3 conduirait à réduire le montant total des dépassements les 10 premières années du fait des 10 premières années d'exercice aux conditions du secteur 1 pour les nouveaux entrants. Ensuite, les dépassements augmenteraient à un rythme variable selon les hypothèses retenues. La variante à 50/20 conduirait vraisemblablement à des évolutions intermédiaires des dépassements, situées entre celles projetées pour les scénarios 1 et 2. La variante à 100/40 conduirait à des augmentations plus soutenues, tendant à se rapprocher, voire dépasser à terme, celles du scénario 2 le plus strict

(restriction d'accès au S2 pour 45% et 10 ans d'ancienneté). Dans l'hypothèse la plus pessimiste conduisant tous les médecins dans le nouveau régime à optimiser leurs comportements en fixant leurs dépassements au plafond (100%), le rythme d'évolution des dépassements, tout en ayant été fortement contenu pendant 10 ans, se rapprocherait de celui de la tendance actuelle.

FIGURE 16. PROJECTION DES DEPASSEMENTS TOTAUX DU SCENARIO 3



	Tendanciel	Fermeture accès S2 10 ans + 50/20 sans optimisation	Fermeture accès S2 10 ans + 50/20 avec optimisation	Fermeture accès S2 10 ans + 100/40 sans optimisation	Fermeture accès S2 10 ans + 100/40 avec optimisation
TCAM DH 2017-2024	4,4%				
TCAM DH 2024-2040	5,3%	-0,2%	0,4%	1%	1,9%
Montant des DH en 2024 (Mds euros)	4,3				
Montant des DH en 2030 (Mds euros constants)	6	3,8	3,8	3,8	3,8
Montant des DH en 2040 (Mds euros constants)	10	4,2	4,6	5,1	5,8

Sources : données CNAM 2017-2024 (effectifs et années d'installation des spécialistes libéraux hors MG, part de libéraux en secteur 2, dépassements d'honoraires des spécialistes hors MG), IPC Insee (hors tabac).
Projections : calculs Hcaam.

A.3.4. Impact sur les patients

Les patients bénéficieraient d'une réduction des restes à charge équivalente à la baisse des dépassements indiquée ci-dessus (2,6 à 2,9 Md€).

La part d'activité à tarifs opposables augmenterait également. Les honoraires facturés aux tarifs opposables seraient de :

- 3 660 M€ au lieu de 1 641 M€ pour les médecins installés entre 2015 et 2024,

- 1 491 M€ dans la variante à 20 % et 1 894 M€ dans la variante à 40 %, pour les médecins installés avant 2015, au lieu de 1 334 M€ (les honoraires à tarifs opposables passeraient de 35 % à 38 % et 48 % respectivement).

soit au total 5 150 M€ à 5 550 M € au lieu de 2 975 M€ actuellement. Ainsi 69 % à 75 % de l'activité des spécialistes de secteur 2 serait facturée aux tarifs opposables, contre 40 % actuellement.

Pour les médecins installés depuis plus de 10 ans, l'augmentation est limitée dans la première variante dans la mesure où le seuil de 20 % est fixé assez bas par rapport à la pratique moyenne (40 % pour l'ensemble des praticiens de secteur 2). Il faut néanmoins rappeler que même si la moyenne est plus élevée, plus d'un tiers des médecins de secteur 2 (toutes dates d'installation confondues) n'atteignent pas ce seuil minimum.

En revanche si tous les praticiens se calaient sur le seuil plancher, on aurait une baisse des honoraires à tarifs opposables de 500 M€ si celui-ci était fixé à 20 %, et une hausse modeste (de l'ordre de 200 M€) s'il était fixé à 40 %.

Rappelons que ces simulations ne concernent que le secteur 2 : pour avoir une vue d'ensemble de l'offre à tarifs opposables, il faudrait également prendre en compte celle des spécialistes libéraux de secteur 1 ainsi que celle des hôpitaux publics.

A.3.5. Impact sur les praticiens

Impact avant revalorisations tarifaires

Pour les praticiens installés depuis 10 ans ou moins, la suppression des dépassements aurait pour conséquence, tout en ayant en contrepartie les avantages (tarifaires et de prise en charge des cotisations sociales) une diminution globale de leurs honoraires de 25 %. 93 % d'entre eux verraient leurs honoraires baisser.

Les praticiens installés depuis plus de 10 ans verraient leurs honoraires baisser en moyenne de 17 % dans la première variante (plancher d'opposable à 20 % et taux plafond de 50 %), de 12 % dans la seconde (40 % et 100 % respectivement).

Revalorisations tarifaires

Ce scénario prévoit des revalorisations tarifaires pour les spécialités les moins rémunérées en secteur 1 : pédiatres, rhumatologues, psychiatres, dermatologues, gynécologues médicaux. Elles seraient calibrées de façon que le revenu net moyen libéral de ces spécialités rejoigne celui de l'ensemble des médecins.

Ces cinq spécialités seraient donc toutes gagnantes, avec un montant d'honoraires supplémentaires global de 330 M€.

A.3.6. Impact sur l'assurance maladie obligatoire et complémentaire

Coût pour l'AMO

L'alignement des tarifs sur ceux du secteur 1 représente environ 230 M€, auxquels s'ajoutent 190 M€ pour la prise en charge des cotisations sociales (uniquement pour les praticiens installés depuis 10 ans ou moins), soit environ 420 M€ au total.

S'y ajoutent les revalorisations des spécialités les moins bien rémunérées, soit un coût de l'ordre de 280 M€ (sur la base d'un taux de remboursement moyen de 85 %).

L'impact total serait de 700 M€. Cet impact ne prend pas en compte d'éventuelles revalorisations tarifaires plus globales qui pourraient accompagner la mise en place de la réforme, ni les revalorisations ultérieures qui pourraient accompagner une baisse progressive des dépassements.

Impacts pour l'AMC

Au titre de l'alignement sur les tarifs du secteur 1, 60 M€ au maximum seraient à la charge de l'AMC, et 50 M€ pour les revalorisations des spécialités les moins bien rémunérées.

L'AMC enregistrerait par ailleurs un gain lié aux moindres remboursements des dépassements d'honoraires. Avec l'hypothèse d'un remboursement de ces derniers à hauteur de 40 %, une diminution des dépassements de 2,6 à 2,9 Md€ représenterait un gain de 1 à 1,2 Md€.

Mission parlementaire 2025

En mai 2025, le Premier Ministre a souhaité engager une mission parlementaire sur les dépassements d'honoraires. Cette mission, confiée à M. Yannick Monnet, Député de l'Allier 1^{ère} circonscription et M. Jean-François Rousset, Député de l'Aveyron 3^{ème} circonscription, visait à « *dresser un état des lieux précis et formuler des recommandations pour repositionner cette pratique dans le cadre actuel de notre système de santé, dans un contexte où les enjeux d'accès aux soins et d'équilibre financier sont au cœur des priorités du Gouvernement* ».

A l'issue de leurs travaux, dix recommandations ont été formulées³⁷. Elles visent à réinscrire les dépassements d'honoraires dans un cadre régulé conciliant accès aux soins et soutenabilité financière. L'idée directrice repose sur un encadrement renforcé des dépassements d'honoraires combiné à une réorganisation structurelle du secteur 2.

Le rapport préconise ainsi un plafonnement des dépassements, sans en définir le montant ou le taux maximal, accompagné d'une réforme de l'OPTAM consistant à instaurer un parcours pour les jeunes médecins qui devront, les 5 premières années, réaliser à minima 50 % de leur d'activité à tarif opposable, et souscrire un engagement plus fort de modération des dépassements d'honoraires.

L'OPTAM réformé serait renouvelable tous les 5 ans sur décision du Directeur général de l'ARS. Le non-renouvellement se traduirait par une inscription immédiate en secteur 1. Il contiendrait des engagements de modération des dépassements, et serait assorti de mécanismes incitatifs liant ces dépassements à des engagements en termes de participation à une démarche qualité, de réalisation de consultations avancées, de participation à la permanence des soins et d'engagement en formation continue.

Le rapport insiste également sur la révision de la nomenclature des actes (CCAM) afin d'adapter les tarifs aux réalités économiques, réduisant ainsi le recours aux dépassements. Parallèlement, la transparence pour les patients serait accrue via la publication systématique des dépassements pratiqués par les professionnels. D'autres mesures visant à protéger les patients des dépassements d'honoraires sont proposées comme la suppression du remboursement des médecins exerçant en secteur 3, l'élargissement de l'accès à la complémentaire santé solidaire (C2S), et l'interdiction ou limitation des dépassements pour certains actes qui seraient jugés essentiels. Enfin, les complémentaires santé seraient tenues de proposer deux types de contrat différenciés selon leur degré de couverture des dépassements d'honoraires, soit totalement, soit pas du tout.

Le Bloc 2026

En février 2026, les syndicats Le Bloc, le Syndicat des anesthésistes libéraux, le Syngof et l'UCDF ont fait dix propositions visant à réformer le financement des actes réalisés au bloc opératoire³⁸.

³⁷ [202510231649030.rapport_consolide_depassements_dhonoraires_VF_compressed.pdf](#)

³⁸ [Communiqué : 10 propositions pour comprendre et valoriser les honoraires des praticiens de bloc opératoire - Syngof](#)

De façon résumée, ils défendent une reconnaissance de la spécificité de leurs spécialités (chirurgiens, anesthésistes, gynécologues-obstétriciens), qui seraient caractérisées par un haut niveau de technicité, des responsabilités y compris juridiques accrues et des charges professionnelles importantes justifiant une adaptation tarifaire.

La revalorisation des tarifs opposables constituerait dès lors un levier central de régulation des dépassements d'honoraires, accompagnée, pour ces spécialités, de la suppression de la dualité entre secteur 1 et secteur 2 au profit d'un secteur libéral unique. Les professionnels conserveraient toutefois la possibilité de réaliser des dépassements, sans encadrement particulier autre que celui des pratiques tarifaires excessives. Les syndicats concernés justifient la nécessité de maintenir une possibilité de dépassements par la prise en compte de facteurs de coûts qui ne seraient pas pris en compte par la nomenclature (innovation, comorbidités) et par la nécessité d'une actualisation régulière des tarifs par le financeur.

Les tarifs de secteur 2 seraient alignés sur ceux du secteur 1, avec les mêmes modificateurs de majoration. Un mécanisme incitatif spécifique, appelé « modificateur B » (égal à +40 % de la valeur de l'acte), serait appliqué en complément aux actes réalisés en l'absence de dépassement d'honoraires. Dans ce cadre, l'OPTAM serait supprimé.

Certaines situations, comme les urgences ou la prise en charge de patients précaires (C2S, AME, PASS), seraient systématiquement exemptées de dépassements d'honoraires moyennant des majorations tarifaires (respectivement, 100% de la valeur de l'acte pour les urgences et 50% pour les patients précaires).

De manière générale, l'absence de dépassements d'honoraires serait encouragée par des mécanismes garantissant l'équilibre économique des praticiens, notamment via une évolution annuelle des tarifs opposables tenant compte de leurs charges. Enfin, les contrats responsables des complémentaires santé pourraient renforcer la prise en charge des actes de bloc opératoire, notamment par l'instauration d'un remboursement plancher des dépassements d'honoraires.

D'après les estimations du Hcaam (voir méthode de chiffrage du scénario 1), l'application des tarifs de secteur 1 aux honoraires sans dépassement des praticiens du secteur 2 conduit à une revalorisation de 4% en moyenne leurs honoraires. Pour les anesthésistes, chirurgiens, et gynécologues obstétriciens, ces taux sont compris entre 4 et 5%. Le coût de cette revalorisation est estimé à 160 M €. Notons qu'il s'agit d'un minorant puisque les chirurgiens d'autres spécialités (ORL, ophtalmologues...) ne sont pas considérés ici.

La revalorisation de 40% les honoraires sans dépassement en secteur 1 et en secteur 2, conduirait, dans l'hypothèse maximaliste où ce modificateur B s'applique à la totalité des HSD, et où les praticiens ne facturent plus de dépassements, à un coût estimé à 1,66 Mds €.

ESTIMATION DU COUT DES REVALORISATIONS PROPOSES PAR LE BLOC :

	Anesthésistes	Chirurgiens	Gynécologues obstétriciens	Total
Coût de la revalorisation liée à l'application des tarifs et majorations de secteur 1	37 M €	89 M €	31 M €	158 M €
Coût de la revalorisation de 40% des HSD :				1 663 M €
- En S1	148 M €	83 M €	67 M €	
- En S2	360 M €	747 M €	258 M €	
Coût total	545 M €	919 M €	357 M €	1 822 M €
Dépassements évités	497 M €	1 052 M €	331 M €	1 880 M €

Sources : Base CNAM (HSD, DH et effectifs en S2), Data Professionnels de santé libéraux / zoom professions (HSD, effectifs en S1). Calculs Hcaam.

Le coût total de ces revalorisations est donc estimé à 1,82 Mds €. Il serait réparti entre AMO et AMC, puisque ces augmentations des tarifs conventionnels se répercutent à la fois sur le montant remboursé par la sécurité sociale et le ticket modérateur. **Le potentiel de réduction des dépassements d'honoraires de ces praticiens serait quant à lui de 1,88 Mds €.** Cependant, ces propositions ne s'accompagnent pas de conditions de modération des dépassements d'honoraires : les praticiens pourraient donc préférer pratiquer des dépassements que d'appliquer la majoration dite « B » de 40% sur tout ou partie de leurs actes.

Sous l'effet de ces deux mesures, et dans l'hypothèse maximaliste où **ces médecins ne pratiqueraient plus du tout de dépassements d'honoraires**, les honoraires totaux des praticiens de secteur 1 augmenteraient de 40%, et ils baisseraient de 9% pour les praticiens de secteur 2. En faisant l'hypothèse qu'un tiers des charges sont variables et deux tiers sont fixes, les impacts à la hausse et à la baisse sur les revenus seraient plus importants (-17 à -19% pour les praticiens de bloc de S2, +63 à + 73% pour ceux de S1).

ESTIMATION DE L'IMPACT SUR LES REVENUS LIBERAUX ANNUELS MOYENS :

	Secteur 2			Secteur 1		
	Avant	Après	Ecart	Avant	Après	Ecart
Anesthésistes	203 K €	166 K €	-17%	147 K €	242 K €	+ 65%
Chirurgiens	175 K €	145 K €	-17%	104 K €	169 K €	+ 63%
Gynécologues obstétriciens	133 K €	91 K €	-19%	79 K €	136 K €	+ 73%

Note : les revenus libéraux « avant » sont l'ensemble des honoraires libéraux (HSD et DH en S2, HSD en S1) en 2024 par tête, auxquels sont appliqués les taux de charge observés en 2021 en secteur 1 et secteur 2 par spécialité (source : base Cnam DgfiP 2021, calculs IRDES). Les revenus libéraux « après » sont l'ensemble des HSD revalorisés (passage en secteur 1 + modificateur « B »), hors dépassements, auxquels sont appliqués les taux de charge de 2021, sous l'hypothèse qu'un tiers des charges sont variables et un tiers sont fixes.

Sources : Base CNAM (HSD, DH et effectifs en S2), Data Professionnels de santé libéraux / zoom professions (HSD, effectifs en S1), Base CNAM-DGFIP 2021 (taux de charge). Calculs Hcaam.

Ces estimations ne tiennent pas compte de la proposition consistant à facturer tous les actes au cours d'une même intervention à 100%, ni de la proposition complémentaire de majorer de 50% les actes urgents et de 100% pour les patients précaires. Ces mesures **augmenteraient davantage le coût des revalorisations d'honoraires et les revenus des praticiens.** Elles seraient sans impact sur le potentiel de dépassements d'honoraires évités,

puisque les interdictions de dépassements d'honoraires s'appliquent déjà aux situations d'urgence et aux patients à la C2S.

Ce chiffrage repose toutefois sur l'hypothèse maximaliste que ces mesures aboutissent à ce que 100% de l'activité de ces spécialistes en secteur 2 soit réalisé sans dépassement. L'impact négatif sur les revenus des professionnels concernés confirme le caractère irréaliste de cette hypothèse.

En effet, dès lors que ces propositions ne comportent aucune limitation de la capacité des professionnels à appliquer des dépassements, elles pourraient aboutir à des résultats très différents : en effet, les spécialistes auraient tout intérêt à appliquer les tarifs opposables bénéficiant du coefficient de 40% sur la part de leur activité où ils appliquent jusqu'à 40% de dépassements (ce qui représenterait un vrai effet d'aubaine) mais n'auraient aucune raison de changer leurs pratiques pour la part de leur activité où ils appliquent des dépassements allant au-delà de 40%. Une prise en charge accrue par les complémentaires pourrait au contraire faciliter une hausse des dépassements.

ENCADRE 5. PREMIERS RESULTATS DE L'ENQUETE SOCIOLOGIQUE DE L'IRDES

L'Enquête sociologique sur la tarification médicale et ses pratiques (Estampe) s'inscrit dans la continuité des travaux quantitatifs initiés au sein de l'Irdes (Legal et al., 2025; Lucas-Gabrielli et al., 2026) et au Hcaam (Hcaam, 2025). Cette enquête qualitative appréhende deux questions. D'une part, comment expliquer l'accroissement constant de la part des médecins libéraux (hors médecins généralistes) s'installant en secteur 2 depuis les années 2000 ? D'autre part, quels processus sociaux structurent les prix médicaux en secteur 2 ? Il s'agit alors de comprendre comment les institutions, le contexte d'exercice ou encore les trajectoires des médecins façonnent les prix. Entre décembre 2024 et janvier 2026, 40 entretiens ont été réalisés avec des ophtalmologistes et des psychiatres installés en secteur 2. Ces deux spécialités ont été retenues en raison de leurs taux élevés d'installation en secteur 2 et de dépassements d'honoraires. Ces spécialités sont cependant contrastées au regard de leur attractivité, de leurs revenus en exercice libéral, et de la part clinique ou technique de leur activité. L'enquête a été menée à l'échelle de la France hexagonale, sur la base du volontariat des participants, avec une diversité dans les territoires d'exercice des médecins rencontrés.

Le rapport sera publié au cours de l'année 2026 (Morize, à paraître), mais des résultats préliminaires peuvent d'ores et déjà être présentés, sur 1) les évolutions générationnelles du rapport au secteur 2 ; 2) les dimensions sociales structurant les prix médicaux, tels que le contexte d'exercice ou les tarifs conventionnés ; et 3) les liens entre pratiques professionnelles et prix médicaux.

La première partie s'intéresse à la progression du taux d'installation en secteur 2, particulièrement marquée parmi les médecins récemment installés. Les trajectoires professionnelles, notamment le type de postes occupés avant l'entrée en libéral et la durée de ces expériences hospitalières, sont variables selon les spécialités. D'un côté, la majorité des ophtalmologues rencontrés s'installent en libéral après deux années d'assistantat ou de clinicat, parfois investies de manière stratégique pour permettre le choix du secteur 2. En psychiatrie, l'exercice libéral est moins fréquent et les trajectoires sont moins standardisées :

les expériences hospitalières y sont généralement plus longues, la majorité des médecins ont occupé des postes de praticiens hospitaliers.

Ensuite, l'analyse met en évidence un changement générationnel, avec une « normalisation » progressive de l'installation en secteur 2. Pour les médecins installés avant les années 1990, le secteur 2 apparaît comme un régime d'exception. Certains en découvrent l'existence au moment de leur installation, tandis que d'autres en prennent connaissance par leurs réseaux professionnels. Pour les médecins installés après les années 2005, le secteur 2 tend à s'imposer comme une évidence. Les éléments liés à l'installation en libéral n'étant pas institutionnalisés ou formalisés, ils relèvent d'apprentissages informels entre pairs, effectués lors de remplacements, d'installation en groupe ou d'échanges confraternels. Ces réseaux professionnels jouent ainsi un rôle central dans les décisions relatives à l'installation libérale. La constitution progressive d'une nouvelle norme d'installation dorénavant en secteur 2 s'opère à mesure du remplacement générationnel des médecins installés en secteur 1, jusqu'à s'ériger comme l'option quasi exclusive envisagée par les jeunes médecins. Cette évolution s'accompagne de transformations des pratiques professionnelles et des temporalités au travail, dont les résultats, plus ambivalents, sont développés dans le rapport.

La deuxième partie de l'analyse distingue trois processus centraux dans la structuration des prix médicaux. Premièrement, les tarifs conventionnels fixent une échelle de valeurs et constituent un repère central dans la détermination des prix médicaux. Deuxièmement, les médecins dépendent fortement de leur contexte social d'exercice pour établir leurs prix. Pour fixer leur prix à l'installation, les médecins opèrent un mimétisme en comparant les prix pratiqués par leurs confrères, à une échelle souvent territoriale. Les prix dépendent aussi des modalités d'exercice, isolé ou en groupe. En ophtalmologie, par exemple, où l'exercice collectif est dominant, la moitié des médecins rencontrés fixent leurs prix de manière collective. Troisièmement, les actes sont hiérarchisés économiquement et symboliquement. D'abord, les actes sont évalués au regard de leur valeur sur le marché du travail, c'est-à-dire en référence à des standards plus généraux de rémunération du travail qualifié. Des critères comme la technicité ou la durée de l'acte permettent une meilleure valorisation économique. Ensuite, les actes sont évalués à partir de dimensions symboliques, notamment au regard de leur utilité sociale, qui conduisent à moduler les prix à la baisse pour en garantir l'accessibilité. Par exemple, certains ophtalmologues rencontrés, spécialisés dans des chirurgies lourdes liées à des cancers, les proposent de manière systématique sans aucun dépassement.

Ces valeurs symboliques se construisent également pendant la consultation, en fonction de la situation socio-économique des patients, le caractère cliniquement indispensable de l'acte, ou encore la relation particulière entretenue avec certains patients. Ces dimensions peuvent amener à des ajustements des prix à la baisse, au moment de la transaction.

En nous intéressant plus particulièrement aux ajustements réalisés pour des patients en difficultés financières, nous notons trois éléments clés dans ce type de démarches pour les médecins. La première est la capacité du médecin à repérer les situations de précarité. À ce titre, si les psychiatres déclarent détenir des informations sociales détaillées sur leurs patients, les ophtalmologues se basent plus fréquemment sur des observations subjectives (apparence physique, vêtements, langage...) que sur des informations objectives (situation professionnelle ou administrative) pour estimer leur situation sociale. Deuxièmement, l'organisation du paiement dans le cabinet peut complexifier les échanges sur les prix. Typiquement, en ophtalmologie, les paiements sont effectués au secrétariat, sans interaction directe entre les médecins et les patients sur les prix. Troisièmement, quand bien

même les médecins repèrent les difficultés sociales, ils ne souhaitent pas systématiquement moduler leurs prix. 7 des 40 médecins rencontrés revendiquaient ne jamais ajuster leurs prix pour les patients en difficulté. Pour les autres médecins, ces pratiques restent hétérogènes, et majoritairement rares. Dès lors, le « tact et mesure » ne peut être envisagé comme un moyen suffisant pour assurer une équité dans l'accès financier aux soins.

Enfin, la troisième partie met en évidence des liens entre pratiques professionnelles et prix. Elle identifie différents pôles de pratiques, structurés à la fois par le degré de surspécialisation des médecins et par l'importance accordée aux dépassements dans l'économie de leur activité. Cette typologie permet de rendre compte de fortes variations observées dans les prix comme dans les pratiques d'ajustement. Elle montre également que, si ces pratiques résultent en partie des trajectoires sociales et préférences professionnelles, certaines demeurent étroitement dépendantes de contextes d'exercice. Par exemple, certains médecins revendiquent des pratiques qu'ils qualifient « d'excellence ». Celles-ci se caractérisent par une forte surspécialisation au sein même de leur spécialité, tel qu'une pathologie spécifique en psychiatrie, ou en ophtalmologie, des chirurgies rémunératrices comme les opérations de la réfraction. Ces médecins recourent à des dépassements élevés pour l'ensemble de leurs actes, et exercent stratégiquement dans des communes urbaines socialement favorisées. Un changement de territoire peut alors remettre en cause leurs prix, mais aussi, plus largement, leurs pratiques professionnelles et les services qu'ils proposent.

Annexe B. L'évolution dans le temps de l'éligibilité au secteur 2 : éléments de diagnostic complémentaires

La part des spécialistes hors médecine générale qui exercent en secteur 2 augmente depuis les années 2000, du fait de l'augmentation de la proportion de jeunes médecins qui choisissent ce secteur au moment de leur installation : 75 % en 2024, contre moins de 60 % en 2010.

Le rapport d'état des lieux du Hcaam publié en septembre 2025 indique que cette part croissante d'installations en secteur 2 peut être liée :

- à une augmentation de la proportion d'éligibles au secteur 2 parmi les nouveaux installés,
- et/ou à une augmentation, parmi les éligibles, de la propension à choisir le secteur 2,

sans qu'on puisse faire la part de chacun de ces deux facteurs.

Cette annexe apporte des éléments complémentaires par rapport à ce premier diagnostic, en tentant d'approcher de manière quantifiée comment a évolué l'éligibilité à une installation en secteur 2.

La conclusion que l'on peut tirer de cette analyse est que si plusieurs évolutions ont contribué, au cours du temps, à augmenter le nombre d'éligibles au secteur 2, elles ne semblent pas pouvoir expliquer la progression des installations. En effet les conditions fixées dans les années 1990 permettaient déjà, compte tenu du nombre de postes disponibles, des installations en secteur 2 plus importantes que celles constatées à cette époque. On est donc amené à conclure que le facteur majeur est bien un changement de comportement des nouvelles générations.

Quelles évolutions ont pu contribuer à modifier les conditions d'éligibilité ?

Selon la convention du 9 mars 1990, seuls « *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* ». Ces titres étaient acquis au bout de deux années de fonctions sur ces postes, qui sont des postes de non titulaires.

Les évolutions qui ont pu contribuer à élargir l'accès au secteur 2 sont donc de plusieurs types :

- un élargissement des titres et des fonctions requis pour accéder à ce secteur,
- une augmentation du nombre de postes permettant d'acquérir ces titres,
- ou encore un assouplissement des conditions pour les obtenir.

L'élargissement des titres et des fonctions requis

Le champ des établissements permettant d'acquérir ces titres ou des titres équivalents

Le champ des établissements dans lesquels les titres initialement prévus (anciens CCU-AH, anciens assistants des hôpitaux généraux) pouvaient être acquis a été élargi :

- aux hôpitaux spécialisés (psychiatrie) et aux hôpitaux militaires en 1993,
- par équivalence, aux établissements participant au service public hospitalier en 1997,

- en termes géographiques, aux établissements situés dans l'Union européenne (1997), en Suisse et à la faculté libre de Lille (2005) et au Québec (2016).

Plusieurs de ces modifications ont un impact marginal ou modeste. Celle incluant les établissements privés non lucratifs paraît la plus significative ; il n'est pas possible de connaître précisément le nombre d'équivalences obtenues dans ce type d'établissement, mais si l'on suppose qu'elles sont en rapport avec les capacités hospitalières respectives, l'augmentation ne pourrait pas représenter plus de 15 à 20 %³⁹. Encore faut-il souligner deux éléments :

- d'une part l'accès au secteur 2 n'est pas automatique et suppose une procédure de reconnaissance d'équivalence,
- d'autre part cet élargissement est ancien : à nombre de postes dans les PSPH donné, cette évolution juridique n'a plus d'impact après 2000, or la proportion d'installations en secteur 2 augmente fortement après cette date.

L'inclusion des praticiens exerçant ou ayant exercé des fonctions hospitalières

Les fonctions de praticiens hospitaliers temps plein ont été ajoutées en 1993. Cet ajout n'a pas d'impact sur le secteur libéral, il concerne le cadre du secteur privé à l'hôpital

Plus récemment, en 2005, ont été ajoutés les PH temps partiel après 5 années de fonctions.

Rappelons qu'à l'époque (le statut des PH a été modifié depuis avec la création du statut unique de PH fusionnant temps pleins et temps partiels), les PH temps partiel ont une quotité de temps de 40% à 60%, et ils peuvent cumuler leur emploi hospitalier avec l'exercice d'une activité privée lucrative, qu'ils peuvent donc exercer en S2 dès lorsqu'ils ont passé 5 ans à l'hôpital.

Il est difficile d'estimer l'impact de cette évolution. On dénombre 5 200 PH à temps partiel en 2012, 4 100 en 2022⁴⁰, avant la création du statut unique, mais on ne dispose pas de la durée des fonctions dans les postes.

Mais là encore, cet élargissement a été opéré il y a 20 ans. Il a pu jouer dans les années après 2005, pour les praticiens qui s'installaient pour la première fois en libéral et qui avaient occupé ces fonctions pendant 5 ans. Mais ensuite, sachant que le nombre de postes n'a pas augmenté (il a au contraire diminué, cf ci-dessus), le nombre de praticiens concernés dépend du turn over sur ces postes. Une estimation maximaliste, si tous les praticiens recrutés en tant que PH temps partiel quittaient leurs fonctions hospitalières au bout de 5 ans, serait un flux annuel de 800 à 1 000, mais ce chiffre est évidemment irréaliste car une fraction importante continue à exercer à l'hôpital.

La réforme du statut des PH en 2023 ne modifie pas la règle des 5 ans d'ancienneté. Le changement est que les PH à temps partiel (80 à 90%) peuvent avoir une activité libérale au sein de l'hôpital public, ce qui était réservé antérieurement aux temps plein (et cette activité peut donc être exercée en secteur s'ils ont les 5 ans d'ancienneté). La réforme n'emporte donc pas de conséquences en termes d'élargissement de l'accès au S2 en médecine libérale (mais

³⁹ Pour le MCO, qui concerne l'essentiel des spécialités, les PSPH représentent 12 % des hospitalisations complètes du public et 25 % des HDJ, donc 15 à 20 % de l'offre totale du secteur public.

⁴⁰ Source : données du CNG (SIGMED) fournies par la DGOS

peut augmenter le secteur 2 au sein de l'activité libérale à l'hôpital, sous réserve de la condition d'ancienneté).

L'évolution du statut des assistants et l'élargissement des lieux où ces fonctions peuvent être exercées

Jusqu'à 2009, les assistants des hôpitaux exerçaient leurs fonctions uniquement dans les hôpitaux non CHU. A partir de cette date, les structures et organisations dans lesquelles ils peuvent être recrutés ont été étendues⁴¹ :

- en 2009, ils peuvent aussi être recrutés dans des CHU. L'objectif est de stimuler la collaboration inter-établissements, de parfaire la formation des jeunes et de mieux les insérer dans le territoire.
- en 2010, les EHPAD sont inclus et ils peuvent partager leur temps entre plusieurs hôpitaux, avec une convention ; on les appelle "assistants spécialistes à temps partagé entre établissements de santé » ; en 2017 les GHT sont ajoutés.
- en 2018, deux nouvelles catégories de postes d'assistants spécialistes à temps partagé sont créés, en plus des assistants spécialistes à temps partagé entre établissements de santé : les assistants spécialistes à temps partagé à exercice en outre-mer, et les assistants spécialistes à temps partagé entre structures ambulatoires et établissements de santé (pour favoriser un exercice mixte en hôpital et MSP ou CDS).

En tant que telles, ces évolutions juridiques n'ont pas d'impact : elles n'en ont que si elles se sont accompagnées de créations de postes d'assistants supplémentaires. La question est donc de savoir comment a évolué le nombre de postes d'assistants des hôpitaux, ce qui sera abordé plus loin dans cette note (partie 4).

L'assouplissement des conditions pour obtenir les titres

Une évolution majeure a eu lieu en 2018 avec l'instauration de l'année de docteur junior. Celle-ci est désormais comptabilisée à raison d'une année pour l'obtention du titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux (Article R6152-537 du CSP).

Ceci signifie qu'à nombre de postes d'assistants inchangé, les flux de praticiens qui peuvent ensuite s'installer en secteur 2 sont doublés, puisqu'il suffit d'exercer pendant un an sur un poste d'assistant spécialiste.

Cette disposition est entrée en vigueur à compter de la rentrée universitaire 2020-2021, pour les étudiants en médecine affectés dans une spécialité après classement par les épreuves classantes nationales de 2017.

L'évolution du nombre de postes permettant d'acquérir les titres nécessaires à une installation en secteur 2

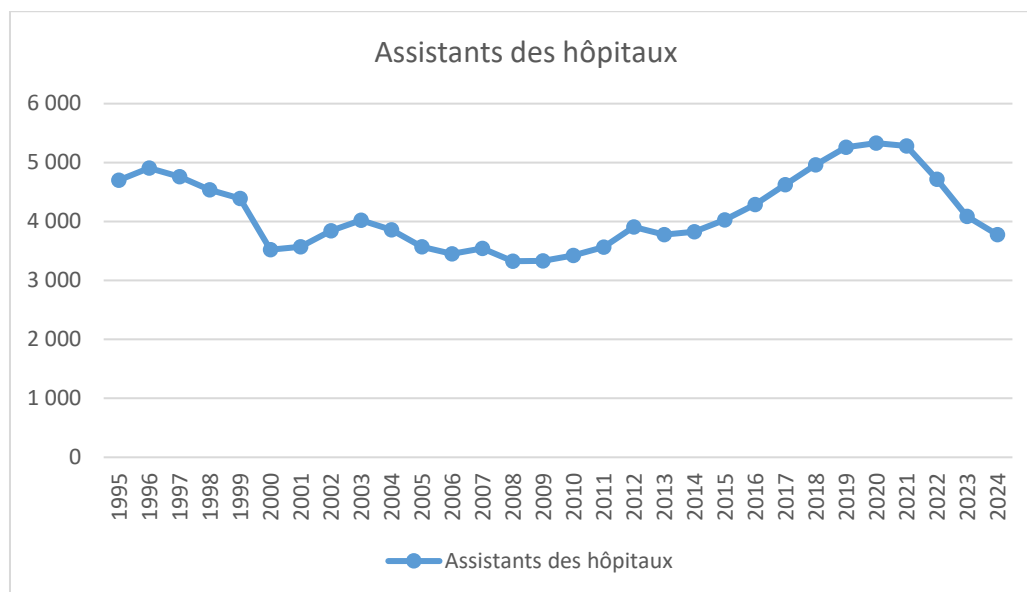
On ne considèrera ici que les postes d'assistants des hôpitaux (AH) et de chefs de clinique des universités – assistants des hôpitaux (CCA) dans les établissements publics. Comme on l'a vu précédemment, l'essentiel des accès au secteur 2 passe depuis 1990 par des fonctions dans

⁴¹ Ces modifications sont codifiées aux articles R6152-501 à R6152-550 du Code de la santé publique fixant le statut des AH.

une de ces deux catégories de postes, les extensions de titres ayant eu un impact limité dans le temps.

Les assistants des hôpitaux

Une série chronologique des effectifs d'assistants des hôpitaux (hors pharmacie et odontologie) peut être reconstituée à partir de l'enquête SAE de la Drees. De l'ordre de 5 000 en début de période, les effectifs d'assistants ont baissé pour se situer autour de 3 500 à 4 000 entre 2000 et 2013, puis ont augmenté jusqu'à environ 5 300 en 2020 pour diminuer à nouveau sur les années récentes (graphique ci-dessous).



Sources :

1995–2008 : SAE, données administratives - données publiées en annexe du rapport IGAS : Le post-internat, constats et propositions (2010). Les données ne comprennent pas les pharmaciens et odontologistes.

2009–2012 : SAE, bases statistiques, Assistants hospitaliers du secteur public (hors pharmacie et odontologie), extractions Hcaam.

2013-2024 : SAE, données administratives, ETP moyen annuel, assistants – établissements publics (hors pharmacie et odontologie), extractions Hcaam.

Il s'agit des effectifs de salariés, et non du nombre de postes offerts : les évolutions peuvent donc être liées aux taux d'occupation des postes. Ainsi, selon la DGOS, la baisse à compter de 2022 peut s'expliquer par la prise en compte de l'année de docteur junior pour le titre d'ancien assistant⁴² et par la concurrence de l'intérim ainsi que du statut de praticien contractuel (statut rénové et revalorisé en février 2022, plus attractif en termes de rémunération que le statut d'assistant des hôpitaux).

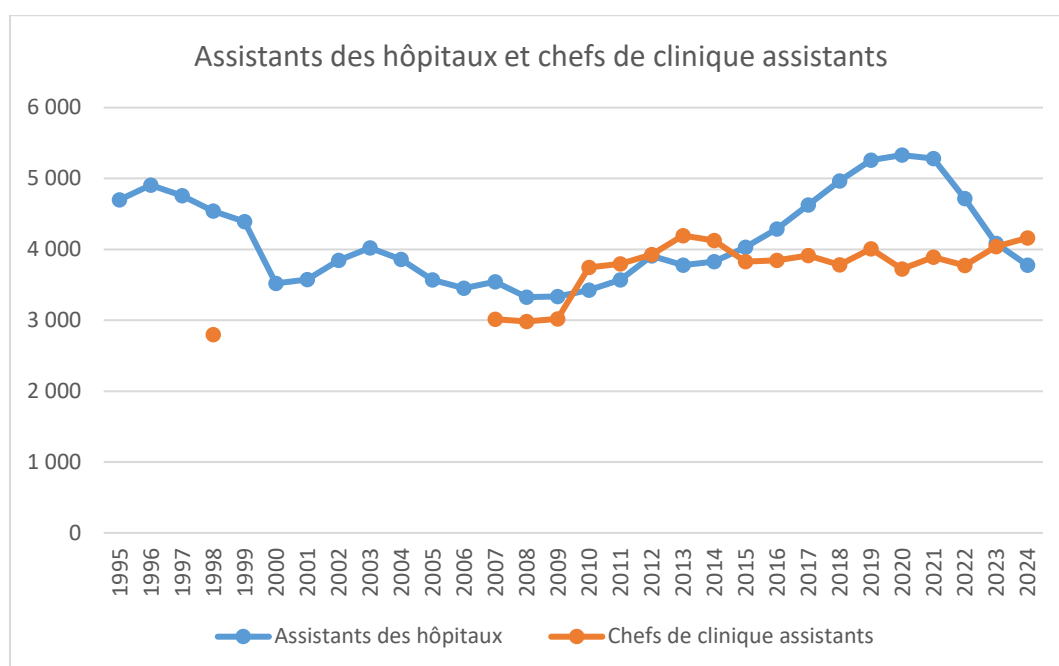
Les chefs de clinique des universités – assistants des hôpitaux

⁴² En effet il n'est plus nécessaire d'être en fonctions pendant deux ans, une année suffit.

Le rapport IGAS « Le post-internat, constats et propositions » publié en 2010 fournit des données sur les postes de chefs de clinique assistants et d'assistants hospitaliers universitaires pour quatre années : 1998, 2007, 2008 et 2009.

De 2009 à 2024, l'enquête SAE recense globalement les effectifs de personnels médicaux hospitalo-universitaires non titulaires, sans qu'il soit possible de distinguer entre les trois catégories : chefs de clinique assistants (CCA), assistants hospitaliers universitaires (AHU) et praticiens hospitalo-universitaires (PHU). Pour approcher le nombre de chefs de clinique, les postes en pharmacie et en odontologie ont été soustraits de l'effectif global. Faute de données, il n'a pas été tenu compte des PHU⁴³.

Moyennant ces hypothèses, on peut reconstituer une série couvrant les années 1998 et 2007-2024 (graphique ci-dessous, courbe orange). Sur l'ensemble de la période, le nombre de CCA resterait compris entre 3 000 et 3 500.



Sources :

- assistants des hôpitaux – cf graphique précédent

- CCA :

1998 et 2007–2009 : données publiées en annexe du rapport IGAS : Le post-internat, constats et propositions (2010). Source MESR.

2010–2012 : SAE, bases statistiques, Personnels hospitalo-universitaires non titulaires médicaux (hors pharmacie et odontologie) (ETPNT_med), extractions Hcaam.

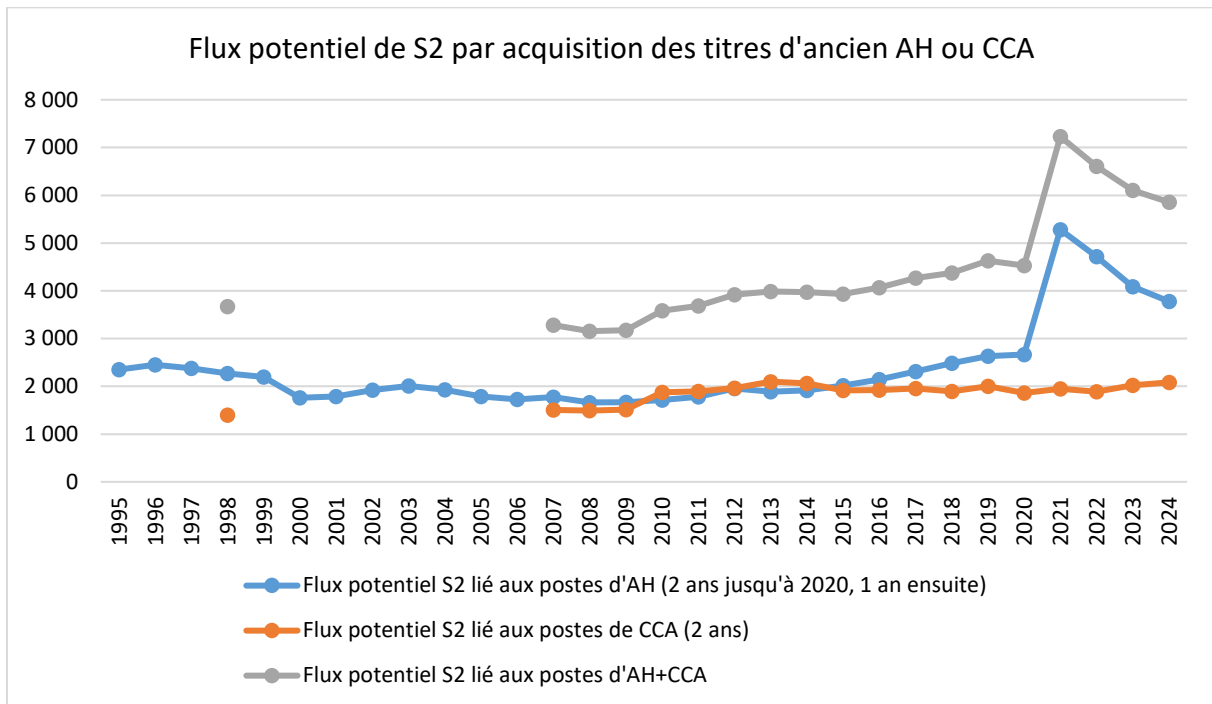
2013-2024 : Données : SAE, bases administratives, Personnels hospitaliers universitaires non titulaires (hors pharmacie et odontologie), extractions Hcaam.

Éligibilité au secteur 2 et comparaison avec les effectifs des cohortes arrivant en post-internat

⁴³ Par ailleurs, le nombre publié dans la SAE correspond par convention aux ETP hospitaliers (part hospitalière du poste uniquement). Il convient donc de multiplier par 2 pour obtenir le nombre de postes effectivement occupés en ETP (parts hospitalière et universitaire).

Jusqu'en 2020, le flux maximal de secteur 2 est égal à la moitié des postes AH + CCA, puisqu'il faut deux ans pour avoir le titre. A partir de 2021, 1 an en tant qu'AH suffit, en plus de l'année de docteur junior.

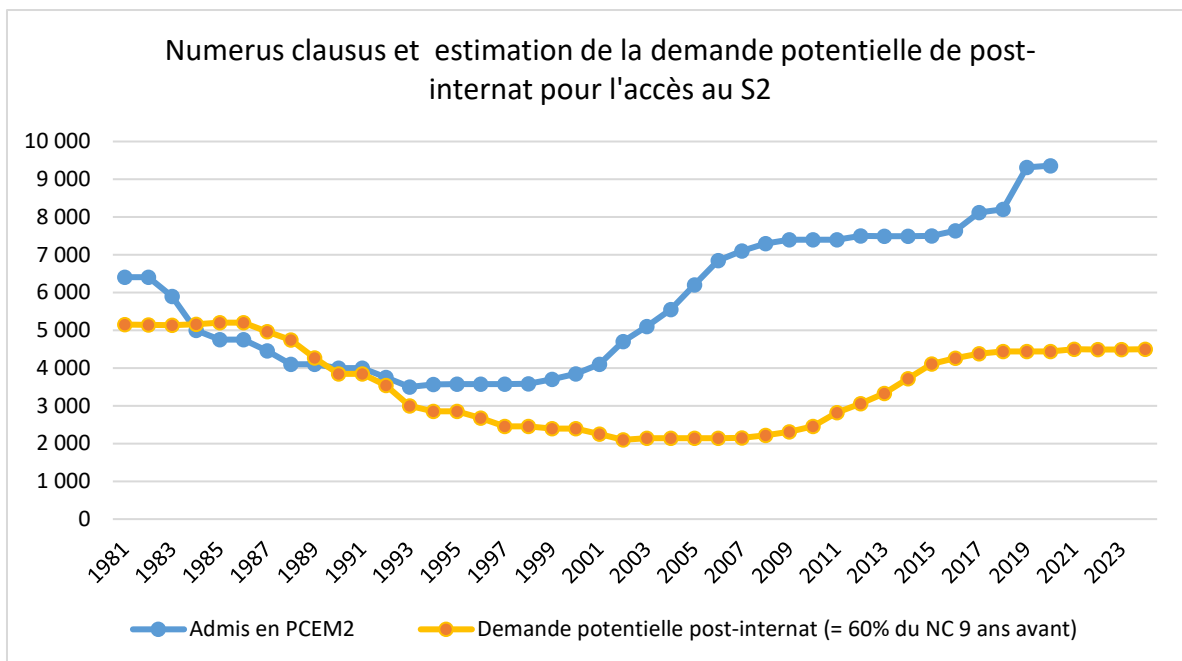
Le graphique ci-dessous représente les flux potentiels (au maximum) d'installations en secteur 2 associés à ces deux titres.



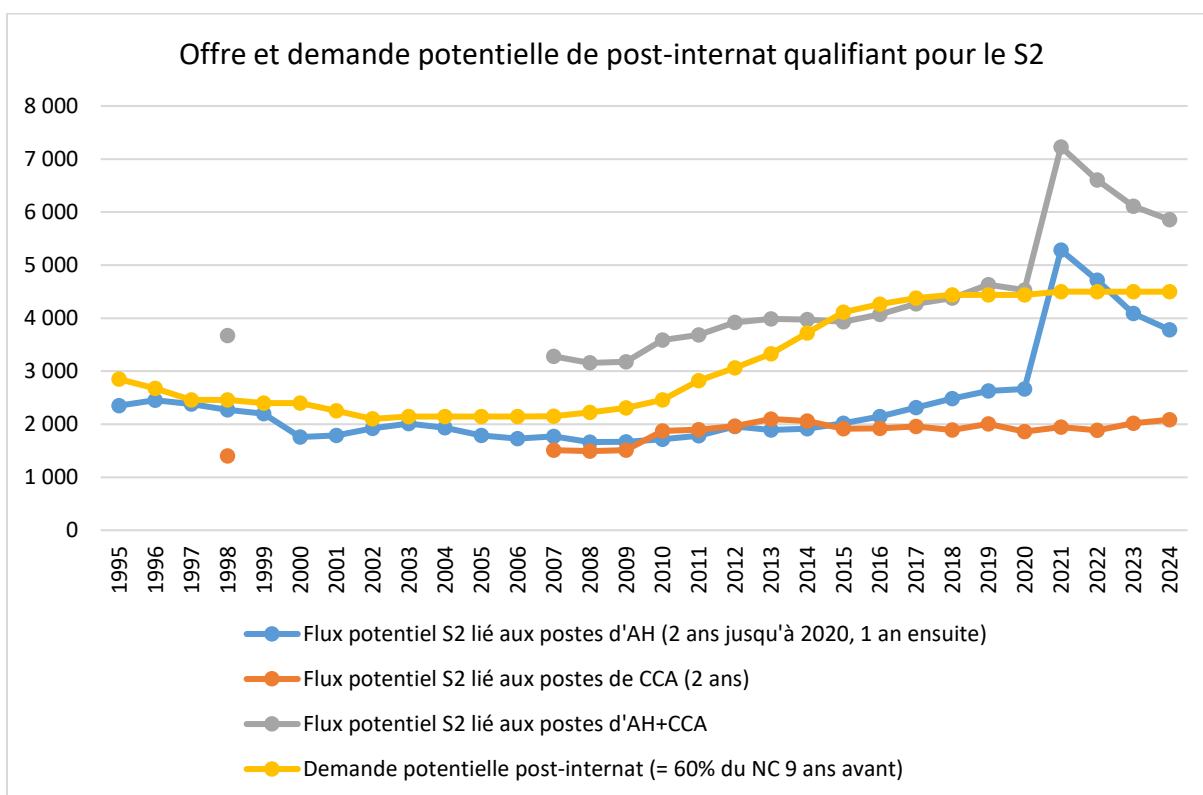
A partir de l'évolution du *numerus clausus*, on peut avoir une estimation approchée du nombre de jeunes spécialistes (hors médecine générale) susceptibles de s'installer à la sortie de l'internat (et donc souhaitant potentiellement s'installer en secteur 2).

On fait l'hypothèse ici qu'il est égal à 60 % du *numerus clausus* neuf ans auparavant (PCEM2 + 4 années de DCEM + 4 années d'internat), ce qui reflète la répartition des postes d'internes sur les années récentes (la part des internes inscrits au DES de médecine générale correspond au cours des dernières années à environ 40 % total des postes d'internes).

Il s'agit d'une estimation par excès, car tous les spécialistes d'une promotion donnée ne s'installent pas en libéral, une partie exerce dans le cadre hospitalier.



Si l'on rapproche ces effectifs, dont on peut estimer qu'ils représentent une « demande potentielle de post-internat qualifiant pour le secteur 2 » des possibilités d'accès offertes par les postes d'AH et de CCA, il semble bien que depuis 1995, même si on n'a pas les données pour toutes les années, l'offre de post-internat permettant une installation en secteur 2 a toujours été supérieure à la demande potentielle (graphique ci-dessous).



Il s'agit bien sûr de données globales, toutes spécialités confondues. Rien ne permet d'affirmer que ce constat est valable pour chaque spécialité prise individuellement. Néanmoins sur la base de ces chiffres, on peut penser que les conditions fixées en 1990 permettaient déjà des

installations en secteur 2 plus importantes que celle constatée à cette époque. L'augmentation de la proportion de secteur 2 parmi les nouveaux installés ne s'explique donc pas par l'augmentation du nombre de postes d'assistants (même si cela a pu jouer, en tout cas le nombre d'assistants hospitaliers en poste a augmenté entre 2013 et 2020), mais bien principalement par des changements de comportement des nouvelles générations.

Pistes de restrictions possibles

Peut-on revenir à un système dans lequel le secteur 2 représente une minorité de praticiens, qu'on laisserait libres de leur facturation (sauf pratiques tarifaires jugées excessives), parce qu'on a par ailleurs une large part des soins spécialisés à tarif opposable et donc accessibles ?

(remarque : dans certaines spécialités comme la chirurgie, la pratique des dépassements était déjà très répandue, via le DP, avant même l'instauration du secteur 2).

Dans un contexte où l'aspiration au secteur 2 est générale dans la médecine spécialisée (hors MG), la seule mesure qui aurait un impact significatif serait de supprimer le titre d'ancien assistant des hôpitaux des titres permettant l'accès au S2.

Dans cette hypothèse, sur la base de ces estimations, l'accès via le seul clinicat en CHU permettrait quand même à environ 45 % d'une promotion de spécialistes de s'installer en secteur 2 (cf graphique ci-dessus : en 2024, flux potentiel vers le secteur 2 via les postes de CCA de 2080 nouveaux éligibles par an, demande estimée = 4500).

Revenir sur l'accès au secteur 2 via le statut d'assistant des hôpitaux, et limiter l'accès au secteur 2 aux seuls CCA, n'est pas un retour à une situation antérieure. En réduisant la part d'éligibles au secteur 2 à 45 % des cohortes, ce secteur ne deviendrait pas pour autant un secteur très minoritaire.

Annexe C. Autres mesures chiffrées : hausse du seuil d'opposabilité pour certains patients

Cette mesure consiste à interdire les dépassements à de nouvelles catégories de patients, au-delà des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S), par exemple les patients de moins de 16 ans ou les assurés ayant des ressources inférieures à un certain seuil supérieur au seuil d'éligibilité à la C2S. Elle pourrait prendre la forme d'un droit à l'opposabilité garanti par une attestation du niveau de revenu du foyer du patient, comme le permettait auparavant l'attestation ACS. Des effets de bord sont possibles pour l'assurance maladie complémentaire : pour les bénéficiaires de contrats individuels, des contrats sans prise en charge de dépassements devraient être proposés. Pour les bénéficiaires de contrats d'entreprise, les prestations offertes pourraient baisser pour ces bénéficiaires.

Avantages	Inconvénients
Protection efficace et directe contre des dépassements de populations vulnérables sur des critères objectifs	Impact très inégal sur les revenus des PS selon les spécialités. Surtout si les plafonds portent sur l'âge (ex des pédiatres). Risque de report des dépassements non réalisés sur ces patients « protégés » sur les autres patients. Risque de non-recours

	Désincite les médecins à appliquer des tarifs plus bas aux patients ne disposant pas de cette attestation
--	---

Données utilisées :

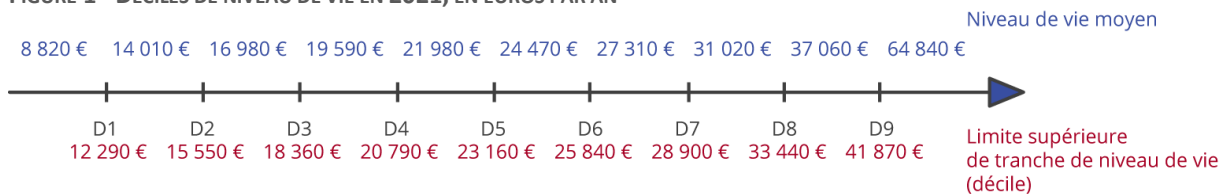
L'impact pour les patients et sur les dépassements d'honoraires d'une telle mesure dépend du nombre de personnes éligibles en fonction de leur âge et de leur niveau de vie et des dépassements auxquels elles sont exposées. Les données ont été fournies par la DREES à partir du modèle Ines-Omar. Le dernier millésime disponible (2019) contient notamment les dépenses de santé et les complémentaires santé souscrites (y compris C2S) par niveau de vie et âge pour un échantillon représentatif de la population en France (Poulon 2024⁴⁴). Les analyses portent sur les seules personnes non-éligibles à la C2S : cette éligibilité est issue de l'adossement du modèle à l'enquête revenus fiscaux et sociaux (ERFS). Le taux de recours à la C2S parmi les éligibles dans le modèle (59%) diffère légèrement du dernier taux de recours officiel estimé par la Drees en 2021 (56%).

Afin de tenir compte de l'évolution des dépassements d'honoraires, les dépassements par catégorie d'âge et de revenu ont été calées sur l'évolution des dépassements d'honoraires de l'ensemble des médecins libéraux (+7,3% par an en euros courants entre 2019-2024 d'après les données de la CNAM).

Variantes :

Le seuil d'éligibilité actuel à la C2S (près de 14.000 euros par an pour une personne seule⁴⁵) est proche du seuil de pauvreté (à 60% du revenu médian), si bien que les personnes éligibles à la C2S ont des niveaux de vie inférieurs au 2^e décile de niveau de vie⁴⁶ (figure 1).

FIGURE 1 - DECILES DE NIVEAU DE VIE EN 2021, EN EUROS PAR AN



Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2021⁴⁷

Plusieurs variantes de mesures ont été chiffrées. Elles s'adressent pour chacune d'entre elles à des ménages non éligibles à la C2S et visent :

⁴⁴ [Le modèle de microsimulation Ines-Omar 2019 - Note méthodologique détaillée | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#)

⁴⁵ Depuis le 1^{er} avril 2025, le plafond annuel de ressources pour une personne seule (hors Alsace-Moselle et DOM) pour bénéficier de la C2S gratuite est de 10.339 euros par an, et 13.957 par an pour la C2S contributive.

⁴⁶ Pour une personne seule, le plafond d'éligibilité à la C2S payante se situe à 89% du seuil de pauvreté à 60% en 2022 ([Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - Maladie](#)), lui-même situé entre les 1^{er} et 2^e déciles de niveau de vie. Une partie des ménages éligibles à la C2S ont des revenus supérieurs au seuil de pauvreté en raison d'une différence de prise en compte de la taille du ménage entre le seuil de pauvreté et le plafond d'éligibilité à la C2S.

⁴⁷ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7941375?sommaire=7941491#tableau-figure1>

- Option 1 « Ndv < D2 » : les personnes dont le niveau de vie (revenu par unité de consommation) est inférieur au 2^e décile
- Option 2 « Ndv < D3 » : les personnes dont le niveau de vie (revenu par unité de consommation) est inférieur au 3^e décile
- Option 3 « Ndv < D4 » : les personnes dont le niveau de vie (revenu par unité de consommation) est inférieur au 4^e décile
- Option 4 « Enfants » : les enfants de moins de 16 ans

Résultats :

TABLEAU 1 – SIMULATIONS D’IMPACT DE MESURES ATTRIBUANT UN DROIT A L’OPPOSABILITE DES TARIFS EN FONCTION DU NIVEAU DE VIE OU DE L’AGE

	Option 1 Ndv < D2	Option 2 Ndv < D3	Option 3 Ndv < D4	Option 4 Enfants
Nombre d'éligibles (en millions)	4,4	10,2	16,3	10,8
<i>Soit en % de la population</i>	7%	16%	25%	17%
<i>Dont couverts par un contrat d'entreprise (en millions)</i>	1,4	3,6	6,2	6,3
Dépassements d'honoraires (en millions d'euros) (1)	184	450	788	404
Dépassements évités avec un taux de recours à 34% (en millions d'euros)	62	153	268	
Dépassements évités avec un taux de recours à 50% (en millions d'euros)	92	225	394	

Sources : Ines-Omar 2019, calculs Drees (nombre d'éligibles, part de personnes couvertes par un contrat d'entreprise, répartition des dépassements) et Hcaam (calages 2024 et taux de recours).

Note : (1) dépassements estimés en 2024 après application aux dépassements observés en 2019 du taux de croissance observé sur le total des dépassements d'honoraires des médecins libéraux généralistes et spécialistes entre 2019 et 2024 (données CNAM).

Les résultats des estimations (tableau 1) indiquent qu'un droit d'opposabilité accordé aux ménages dont le niveau de vie est inférieur au 2^e décile concernerait 7% de la population (4,4 millions de personnes), et pourrait éviter jusqu'à 90 millions d'euros de dépassements d'honoraires, soit un gain de 42 euros par recourant, sous l'hypothèse d'un taux de recours de 50% parmi les éligibles. Ce taux de recours est une hypothèse favorable, sachant que le taux de recours actuel à la C2S contributive est de 34%.

Augmenter ce plafond au 4^e décile de niveau de vie concernerait 25% de la population, et pourrait permettre d'éviter, sous les mêmes hypothèses de recours, jusqu'à 400 millions d'euros de dépassements d'honoraires, soit 48 euros par recourant.

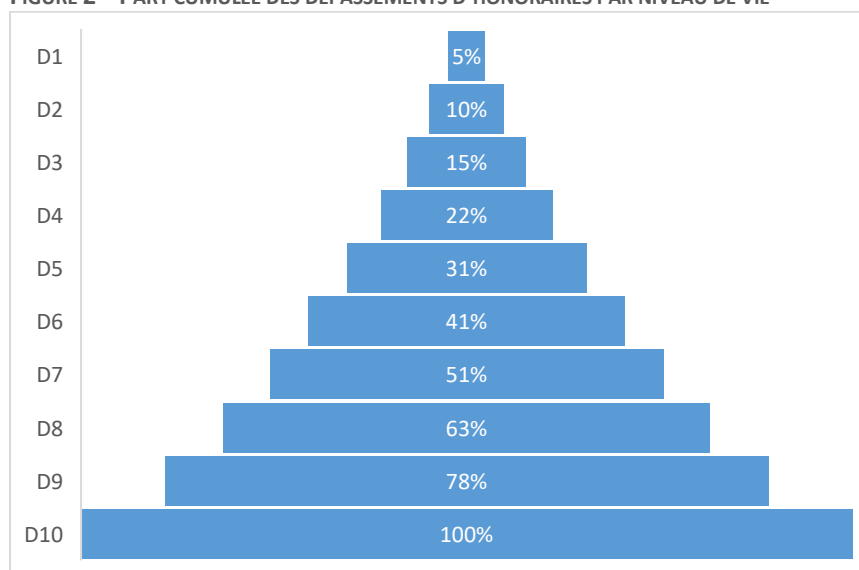
Un dispositif visant tous les enfants de 16 ans ou moins conduirait lui aussi à éviter 400 millions d'euros de dépassements d'honoraires pour les 10,8 millions d'enfants concernés ; soit 37 euros par enfant. Ce dispositif ne nécessitant aucune démarche de leur part, le taux de recours serait a priori maximal.

A chaque augmentation du plafond, la part de la population concernée augmente mécaniquement de 10 points de pourcentage. Les dépassements évités augmentent toutefois plus vite puisqu'ils sont croissants avec le niveau de vie des ménages (figure 2). Par exemple, 20% de la population la moins aisée en France s'acquitte de 10% des dépassements

d'honoraires, et 70% de la population la moins aisée - dont le niveau de vie est donc inférieur à environ 2.400 euros par mois - s'acquitte de 50% des dépassements d'honoraires.

Parmi les personnes concernées par ces mesures, entre 30 et 38% sont déjà couvertes par un contrat d'entreprise obligatoire. Cela pourrait conduire à du non-recours au dispositif, si les garanties du contrat sont jugées suffisantes, ou à une baisse des prestations offertes par ses contrats, qui devrait alors se traduire par une baisse de primes. Ce taux atteint néanmoins quasiment 60% lorsque la mesure s'adresse à tous les enfants, indépendamment du niveau de vie de leur ménage.

FIGURE 2 – PART CUMULEE DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES PAR NIVEAU DE VIE



Source : Ines-Omar 2019, Drees (figure 10 de l'annexe 4 du rapport 2025 du Hcaam sur les dépassements d'honoraires), calculs Hcaam.

Note de lecture : les ménages appartenant au 10% les plus modestes (D1) s'acquittent de 5% du total des dépassements d'honoraires de médecins. Cette part augmente progressivement : ainsi, la moitié des ménages les plus modestes s'acquittent de 31% des dépassements au total, et les 70% de ménages les moins aisés s'acquittent de 51% des dépassements.

TABLEAU – SYNTHÈSE DES IMPACTS

Impact sur les dépenses publiques	Impact sur les patients	Impact sur les médecins	Impact sur les dépassements
Coût nul pour l'assurance maladie	Selon le seuil de revenu retenu (D2, D4), entre 7% et 25% de la population concernée, et entre 42 et 48 euros de dépassements évités par recourant. Un droit d'opposabilité accordé à tous les enfants de 16 ans ou moins s'appliquera à 17% de la population, avec des dépassements évités de 37 euros par enfant. En cas de report, les dépassements pourraient augmenter pour les autres patients (non recourants ou non éligibles).	Non simulé car variable selon leur propension à soigner des personnes modestes, les enfants, et à reporter les dépassements sur les autres patients. Baisse importante des dépassements à attendre en particulier pour les pédiatres (les dépassements représentent 32% des honoraires des pédiatres libéraux en S2).	Baisse des dépassements comprise entre 100 millions et 400 millions d'euros selon les variantes. Mais risque de report à hauteur équivalente sur les dépassements demandés aux autres patients.

Annexe D. Autres mesures chiffrées : relever le seuil d'éligibilité à la C2S

Mesure a : C2S Sénior

La hausse du seuil d'éligibilité à la C2S pourrait prendre la forme d'une « **C2S sénior** » telle que proposée par le rapport 2024 du Sénat⁴⁸ destinée aux « *retraités dont les revenus dépasseraient le seuil d'éligibilité à la C2S payante, qui pourraient, grâce à la C2S senior, bénéficier d'une complémentaire santé à un tarif préférentiel, leur garantissant un taux d'effort raisonnable, de l'ordre de 2 euros par jour* ».

Hypothèses et sources des chiffrages

Le coût pour l'AMO d'une telle mesure dépend :

- 1) De la dépense de santé remboursée au titre de la C2S pour ces catégories d'âge

Le montant moyen des prestations versées par la C2S par bénéficiaire par âge a été estimé par la Drees à partir du SNDS 2023.

Nous faisons ici l'hypothèse que les bénéficiaires de la « C2S Sénior » auront des dépenses de santé équivalentes à celles des bénéficiaires de la C2S payante âgés de plus de 60 ans, soit **650 euros pris en charge par la part complémentaire de la C2S par bénéficiaire de plus de 60 ans**.

- 2) Du montant de la contribution fixée

La contribution annuelle à la C2S sénior devrait se situer entre 360 euros par an (contribution actuelle à la C2S pour les personnes éligibles âgées de 70 ans et plus⁴⁹) et 720 euros par an (2 euros par jour), limite proposée par le rapport du Sénat, qui est supérieure au coût réel du dispositif.

A titre de comparaison, la prime pour un contrat de complémentaire santé individuel demandée en moyenne à un assuré âgé de 65 ans en 2023 est de 1200 euros par an, et 1700 euros pour un assuré âgé de 85 ans⁵⁰.

- 3) Du nombre d'éligibles de plus de 65 ans, non éligibles à la C2S et l'ACS

D'après les estimations de la Drees issues d'Ines Omar 2019, environ 11,8 millions de personnes de 65 ans ne sont pas éligibles à la C2S (parmi les 12,6 millions de personnes âgées de 65 ans et plus en France). Parmi eux, 1,1 millions appartiennent à un ménage dont des revenus sont inférieurs au 2^e décile de niveau de vie, 2,6 millions se situent sous le 3^e décile de niveau de vie, et 4 millions se situent sous le 4^e décile de niveau de vie.

- 4) Du taux de recours

⁴⁸ Rapport d'information « Complémentaires santé, mutuelles, l'impact sur le pouvoir d'achat des Français », n°770, 2024 [senat.fr/rap/r23-770/r23-7701.pdf](https://www.senat.fr/rap/r23-770/r23-7701.pdf)

⁴⁹ Hors Alsace-Moselle, où la contribution est plus faible (126 euros à cet âge)

⁵⁰ Enquête OC de la DREES (<https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/pages/enquete-oc/>)

Les dernières estimations de la Drees estiment le taux de recours à la C2S payante à 34% en 2021 (contre 69% de taux de recours à la C2S gratuite, soit 56% de taux de recours à la C2S au total).

Les dépassements évités sont estimés à partir des dépassements d'honoraires de la population éligible (plus de 65 ans non éligibles à la C2S) dans Ines Omar 2019, auxquels est appliqué le taux de croissance en euros courant entre 2019 et 2024 des dépassements d'honoraires totaux en France (données Cnam).

Résultats

Sous l'hypothèse d'un taux de recours à 34%, une C2S sénior accessible à toutes les personnes de plus de 65 ans sans conditions de ressources couvrirait entre 1,2 milliards d'euros à l'assurance maladie avec une prime à 1 euro par jour, et rapporterait 280 millions d'euros avec une prime à 2 euros par jour, pour laquelle la cotisation dépasse le coût moyen. Les dépassements ainsi évités seraient de l'ordre de 470 millions d'euros. La prime à la C2S sénior permettant d'avoir un coût AMO quasi-nul est de l'ordre de 1,8 euros par jour, soit 650 euros par an (tableau 1).

En fixant un plafond de ressources à cette C2S sénior, le nombre d'éligibles parmi les 11,8 millions de personnes âgées de 65 ans et plus serait compris entre 1,1 millions avec un plafond au 2^e décile de niveau de vie et 4 millions avec un plafond au 4^e décile de niveau de vie. Les dépassements ainsi évités seraient eux compris entre 35 et 100 millions d'euros selon le plafond retenu (tableau 2). Le coût AMO serait nul dans les trois cas.

TABLEAU 1. IMPACT D'UNE C2S SENIOR OUVERTE A TOUTES LES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS, AVEC DIFFERENTS NIVEAUX DE CONTRIBUTION (1 EURO, 2 EUROS ET 1,8 EURO PAR JOUR)

	Option 1 : 1 € par jour	Option 2: 2 € par jour	Option 3: 1,8 € par jour
Dépense C2SP par bénéficiaire > 60 ans (en euros par an)	650	650	650
Contribution à la C2S senior (en euros par an)	360	720	650
Nb de >65 ans non éligibles à la C2S (en millions)	11,8	11,8	11,8
Nb de bénéficiaires si tx de recours à 34% (en millions)	4,0	4,0	4,0
Coût AMO avec un taux de recours à 34% (en millions euros)	1163	-281	0
Dépassements des > 65 ans non éligibles à la C2S (en millions d'euros)	1387	1387	1387
Dépassements évités avec un taux de recours à 34% (en millions d'euros)	472	472	472

Sources : SNDS 2023, Ines-Omar 2019, Cnam 2025, Thomas et al 2025. Calculs Hcaam.

TABLEAU 2. IMPACT D'UNE C2S SENIOR AVEC UNE CONTRIBUTION DE 1,8 EURO / JOUR POUR DIFFERENTS PLAFONDS DE RESSOURCES (2^E, 3^E ET 4^E DECILES DE NIVEAU DE VIE)

	Ndv < D2	Ndv < D3	Ndv < D4
Dépense C2SP par bénéficiaire > 60 ans (en euros par an)	650	650	650
Contribution à la C2S senior (en euros par an) – Option 3 = 1,8 € / jour	650	650	650
Nb de >65 ans non éligibles à la C2S (en millions)	1,1	2,6	4,0
Nb de bénéficiaires si tx de recours à 34% (en millions)	0,4	0,9	1,4
Coût AMO avec un taux de recours à 34% (en millions euros)	0	0	0

Dépassements des > 65 ans non éligibles à la C2S (en millions d'euros)	105	171	288
Dépassements évités avec un taux de recours à 34% (en millions d'euros)	36	58	98

Sources : Ines-Omar 2019, Cnam 2025, Thomas et al 2025. Calculs Hcaam.

Mesure b. Hausse du seuil d'éligibilité de la C2S

Une autre piste d'élargissement de la C2S consiste à augmenter le seuil d'éligibilité à la C2S payante à des ménages dont les revenus se situent au-dessus du seuil actuel et en dessous d'un certain plafond, indépendamment de leur âge.

En reprenant la même méthode que pour la C2S sénior, l'impact d'une telle mesure est estimé pour un plafond d'éligibilité fixé au 2^e décile de niveau de vie, visant ainsi 4,4 millions de nouveaux éligibles. Sous l'hypothèse d'un taux de recours à 34%, 1,5 millions de nouveaux bénéficiaires auraient ainsi accès à la C2S payante, ce qui correspondrait à un doublement du nombre total de bénéficiaires de la C2S payante⁵¹.

Le coût pour l'AMO d'une telle mesure serait vraisemblablement de l'ordre de 380 millions d'euros. Ce coût peut sembler élevé en comparaison à celui d'une C2S sénior ce qui s'explique toutefois par le fait que le dispositif actuel est plus fortement subventionné (la prime de la C2S contributive, comprise entre 96 et 360 euros selon l'âge, est nettement inférieure aux remboursements moyens des bénéficiaires). Les dépassements ainsi évités seraient de l'ordre de 60 millions d'euros.

TABLEAU 3. IMPACT D'UNE HAUSSE DU PLAFOND D'ELIGIBILITE A LA C2S PAYANTE AU 2^E DECILE DE NIVEAU DE VIE

	0-15 ans	15-65 ans	65 ans et +	Total
Dépense C2SP par bénéficiaire	220	450	650	470
Contribution moyenne C2SP par bénéficiaire	96	179	334	210
Non éligibles à la C2S sous le D2 (en millions)	0,9	2,3	1,1	4,4
Nb bénéf si tx de recours 34% (en millions)	0,3	0,8	0,4	1,5
Coût AMO avec tx de recours 34% (en millions euros)	38	215	122	376
DH des non éligibles à la C2S (en millions euros)	23	56	105	184
DH évités avec un tx de recours 34% (en millions euros)	8	19	36	62

Sources : SNDS 2023, Ines-Omar 2019, Cnam 2025, Thomas et al 2025. Calculs Hcaam.

⁵¹ En 2023, la C2S payante comptait 1,5 millions de bénéficiaires (DSS, 2023, La complémentaire santé solidaire, [Rapport annuel](#))



Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

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*