

# Droit à dépassement et impact sur les inégalités d'accès aux soins

**Agnès Bocognano**  
Secrétaire générale du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Sources : Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie 2009.

**Les dépassements d'honoraires facturés par les médecins de secteur 2 ont considérablement augmenté. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a étudié leur impact sur l'accès aux soins des patients sur le territoire.**

**E**n France, les médecins conventionnés pratiquent parfois des honoraires supérieurs au tarif de convention fixé par l'assurance maladie. Ce tarif servant de base de remboursement aux assurés sociaux, ceux-ci se trouvent alors en situation d'assumer la charge financière des « dépassements d'honoraires », c'est-à-dire des sommes au-delà de ce tarif de convention. Les dépassements d'honoraires représentaient, en 2006, 2,1 milliards d'euros sur 19,3 milliards d'euros d'honoraires. Ils sont pratiqués par des médecins libéraux exerçant très majoritairement en ville (80 %), mais également en établissements de santé, le plus souvent privés.

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a consacré une partie de son rapport 2009 à une analyse originale sur les dépassements d'honoraires médicaux. Il a donné un cadrage juridique, historique et financier de ces dépassements, mais il a également abordé les questions qu'ils soulèvent tant d'un point de vue des fondements du système de prise en charge que des professionnels de santé et des patients.

Cette analyse du HCAAM apporte un éclairage sur la question de l'impact des dépassements sur l'accès aux soins. Elle permet de voir dans quelle mesure le développement des dépassements d'honoraires médicaux réduisent l'égalité d'accès à des soins à tarifs opposables (I) et conduit à la nécessité de mettre en perspective ces dépassements pour pouvoir apprécier les inégalités d'accès aux soins (II).

**Le développement des dépassements d'honoraires médicaux réduit l'égalité d'accès à l'offre de soins à tarif opposable**

**La pratique des dépassements d'honoraires s'est développée et les montants se sont accrus**

L'existence de droits à dépassements est aussi ancienne que l'assurance maladie. Et la formalisation de leurs conditions de facturation remonte à une cinquantaine d'années. Mais sur la période récente, les dépassements d'honoraires des médecins<sup>1</sup> ont connu un fort accroissement en valeur : entre 1990 et 2006, leur montant a augmenté de 68 % en euros constants. S'ils ne constituent qu'une part modeste de la rémunération de l'ensemble des médecins (mais croissante : 8 % en 1995, 11 % en 2007), pour certaines spécialités l'enjeu est beaucoup plus important. Ainsi, pour les stomatologues, les chirurgiens, les endocrinologues, les gynéco-obstétriciens ou encore les ophtalmologues, les dépassements représentent plus du quart de leurs honoraires.

La croissance des dépassements provient tout d'abord de celle du nombre de médecins ayant choisi d'exercer en secteur 2. Parmi les spécialistes, 34 % exerçaient en secteur 2 en 2004, mais l'installation en secteur 2 est de plus en plus fréquente (51 % des nouveaux installés).

**1.** Il s'agit essentiellement des praticiens « de secteur 2 », ainsi que de la catégorie, aujourd'hui résiduelle, des praticiens de secteur 1 « à droit à dépassement permanent ».

## Les modes conventionnels

En 2006, parmi les médecins libéraux, 61 224 sont des omnipraticiens (dont 88 % de médecins généralistes et 12 % de médecins exerçant avec un mode d'exercice particulier, MEP), 54 061 sont des praticiens d'une autre spécialité. Ils se répartissent ainsi selon le mode conventionnel choisi.

- Les médecins conventionnés en secteur 1 doivent appliquer les tarifs opposables, sauf exigence particulière du malade ou patient hors parcours de soins pour les spécialistes. 88 % des omnipraticiens et 60 % des autres spécialités sont en secteur 1.

- Depuis 1980, les médecins conventionnés en secteur 2 peuvent pratiquer les honoraires libres : ils disposent alors de la

même liberté tarifaire que les praticiens non conventionnés, c'est-à-dire la libre fixation du tarif de leurs actes, dans le respect du principe déontologique du « tact et mesure ». Il ne s'agit pas d'une dérogation conditionnelle comme dans les cas de dépassement pour exigence particulière du malade (DE).

- ◆ Depuis 1990, seuls les médecins anciens chefs de clinique et anciens assistants des hôpitaux généraux et spécialisés sont autorisés à s'installer en secteur 2.

- ◆ Certains médecins de secteur 1 ont encore un droit permanent à dépasser (DP), mais leur nombre décroît puisque ce mode conventionnel a été remplacé par le secteur 2.

- ◆ 12 % des omnipraticiens et 40 % des

autres spécialistes sont en secteur 2 (ou secteur 1 DP : en 2004, il n'y avait déjà plus que 18 omnipraticiens et 618 autres spécialistes DP).

- Les médecins qui choisissent de ne pas être conventionnés avec l'Assurance maladie peuvent appliquer librement leurs tarifs ; leurs honoraires ne sont pas remboursés à leur patientèle ; seules leurs prescriptions sont prises en charge (en 2004, 764 omnipraticiens n'étaient pas conventionnés et 112 autres spécialistes).

Sources : Le secteur libéral des professions de santé en 2004. Carnets Statistiques n° 112, Cnam et Points de repère, décembre 2008 numéro 23, Cnamts.

Pour les médecins généralistes, l'accès au secteur 2 est quasiment impossible depuis 1990 (voir encadré), et si 14 % sont en secteur 2, peu peuvent encore s'y installer (2 % des généralistes s'installent en secteur 2).

La croissance des dépassements provient ensuite de celle des taux de dépassement. Le taux de dépassement moyen rapporte le montant des dépassements pratiqués par les médecins du secteur 2 à celui des honoraires sans dépassement<sup>2</sup> : pour les omnipraticiens, ce taux est resté à

2. Dans le cas purement théorique d'un médecin spécialiste qui ne ferait que des consultations et aucun acte technique et qui userait de son droit à dépassement sur tous ses actes, ce taux signifierait que le dépassement moyen serait d'environ 14 € par consultation.

peu près stable sur la période ; en revanche, le taux des dépassements des différentes spécialités a fortement progressé. Globalement, les taux des dépassements des spécialistes ont doublé en moyenne, passant d'environ 25 % à environ 50 % entre 1990 et 2007. On note toutefois des variations nettement plus importantes sur certaines spécialités (voir tableau 1)

### Les disparités de pratiques des dépassements d'honoraires engendrent des inégalités territoriales d'accès à des soins à tarifs opposables

Ces contrastes ne sont pas seulement inter-spécialités, mais aussi territoriaux. Le pourcentage de médecins en secteur 1 peut descendre à des niveaux très faibles sur certains territoires. Dans des régions

comme l'Île-de-France, par exemple, ou l'Alsace, Rhône-Alpes ou Paca, le « paysage médical » est plus fortement marqué qu'ailleurs par la liberté tarifaire. Dans certaines spécialités comme la chirurgie, la liberté tarifaire est même la quasi-règle en certains endroits : neuf chirurgiens d'activité libérale sur dix sont en secteur 2 dans le Gard, la Gironde, l'Isère et le Rhône.

À partir du moment où, au moins localement (pour certaines spécialités, certains territoires), la liberté tarifaire devient pratiquement la règle, se pose la question de l'égalité d'accès à des soins à tarifs opposables.

Mais la lecture des cartes présentant la seule proportion de médecins de secteur 1 ou de secteur 2, dans une certaine spécialité et sur un territoire donné, ne suffit

tableau 1

### Évolution sur longue période du taux de dépassement en secteur 2 (en pourcentage)\*

	1985	1990	1995	2000	2004	2005	2006	2007
Omnipraticiens	35	41	40	43	43	43	42	43
Autres spécialistes	23	25	29	37	47	49	50	51
dont								
Chirurgiens	21	20	24	32	49	52	54	54
Anesthésistes	22	18	23	36	47	50	52	52
Gynécologues	27	34	40	50	61	64	67	70
ORL	20	25	28	35	45	44	43	44
Pédiatres	23	31	34	43	47	49	51	53
Ophtalmologistes	21	29	33	41	53	55	56	60

\*. France métropolitaine - Médecins actifs à part entière (APE).

pas à rendre compte des inégalités. En effet, la lecture de la carte 1 peut amener à des conclusions partiellement erronées, qui ne tiennent pas compte de la densité, elle-même très variable d'un département à un autre, des praticiens concernés. Une fois tenu compte du facteur correctif introduit par la densité de professionnels exerçant en secteur 1, c'est-à-dire du nombre de professionnels libéraux de secteur 1 rapporté à la population générale, on peut avoir une première mesure de l'inégal accès aux soins (voir carte 2).

La comparaison de ces deux cartes met en effet en évidence que plusieurs zones ou régions considérées comme « relativement déficitaires » en médecins de secteur 1, au regard de la seule proportion de médecins dans ce secteur, sont, au contraire, relativement favorisées. C'est le cas, par exemple, de l'Alsace ou de la Côte d'Azur, aussi bien pour les généralistes que pour les spécialistes (et pour toutes les spécialités étudiées par le HCAAM). Comme le nombre de médecins installés dans ces régions est important, une part même faible de médecins ayant choisi le secteur 1 suffit à assurer une densité supérieure à la moyenne.

À l'inverse, certaines régions où la situation, au vu de la proportion de médecins en secteur 1, ne semblait pas préoccupante se révèlent, en réalité, des territoires où l'accès à des praticiens pratiquant les tarifs opposables est plus difficile qu'ailleurs. C'est le cas dans les Pays de la Loire ou le Nord-Pas-de-Calais, où la densité de médecins de secteur 1 est plus faible qu'ailleurs.

Si ces premières approches permettent de soutenir que les zones les plus déficitaires ne sont pas toujours celles que l'on croit, elles ne suffisent pas à rendre compte de la réalité des inégalités d'accès aux soins car elles ne couvrent pas tout le champ de l'offre sans dépassement d'honoraires.

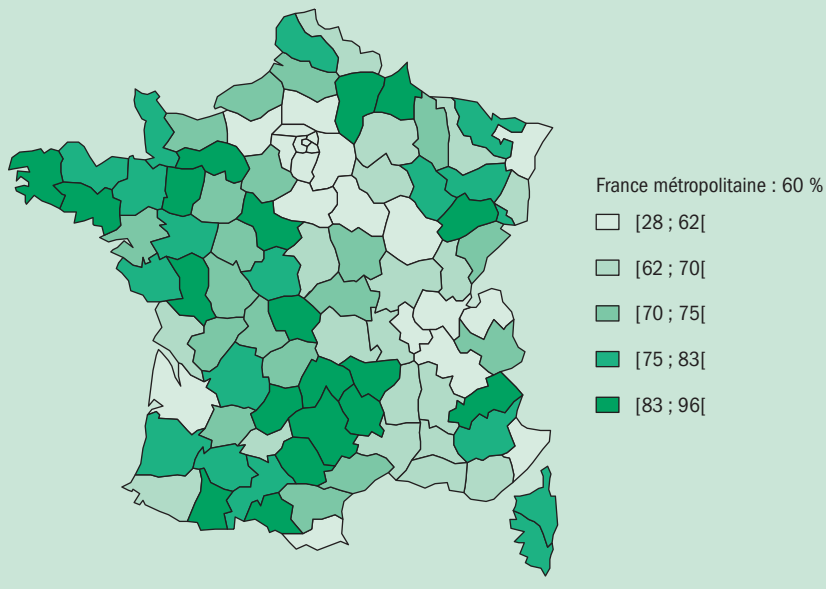
**Le choix du secteur tarifaire et la densité de médecins en secteur 1 n'épuisent pas le champ de l'offre à tarifs opposables**

La mesure de l'accès à des soins à tarifs opposables est en réalité le résultat de la combinaison d'au moins trois facteurs, s'ajoutant à ceux de la densité médicale et du choix du secteur tarifaire.

Premièrement, il est nécessaire de tenir compte de l'« intensité » de l'offre

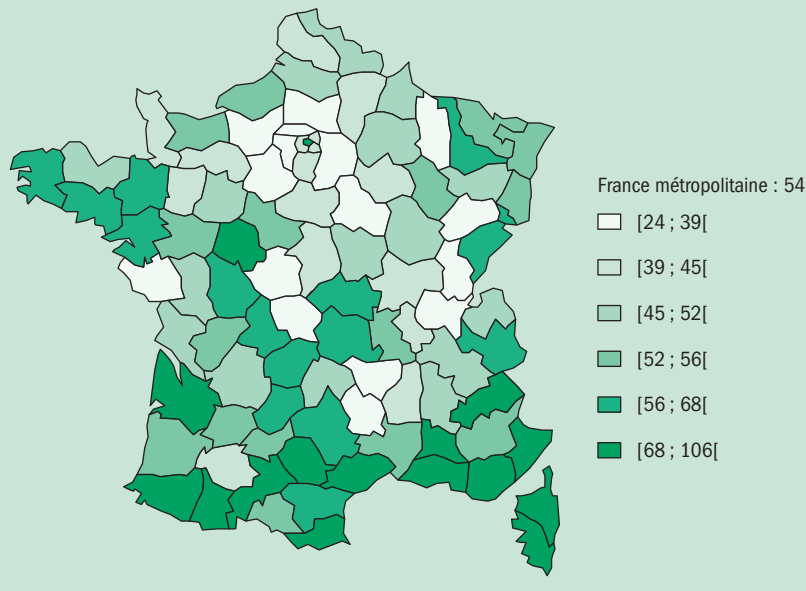
carte 1

**Proportion de spécialistes en secteur 1 en 2006 (en pourcentage)**



carte 2

**Nombre de spécialistes en secteur 1 pour 100 000 habitants en 2006**



médicale : il faudrait pouvoir pondérer l'offre en fonction de la part d'exercice à temps partiel.

Deuxièmement, hélas limitées aux seuls médecins libéraux, les données qu'a pu rassembler le Haut Conseil n'informent pas sur l'offre hospitalière publique. Cela renseigne déjà sur l'inégalité dans le recours à la médecine libérale, mais ne donne

pas, à proprement parler, la mesure de l'inégalité dans l'accès aux soins à tarifs opposables.

Enfin, il faudrait tenir compte de la pratique ponctuelle des tarifs remboursables, voire des modulations d'honoraires<sup>3</sup>. On

3. Les dépassements d'honoraires médicaux. Igas, 2007.

sait par exemple que 14 % des actes des chirurgiens exerçant en secteur 2 sont facturés aux tarifs opposables (respectivement : 3 % pour les gynécologues, 17 % pour les anesthésistes). Cette réalité a été mise en évidence par l'enquête de l'Igas réalisée en 2007, qui reste sur ce sujet l'étude la plus récente et la plus complète.

Mais l'analyse mériterait, pour être exhaustive, d'être poussée beaucoup plus loin. Les chiffres fournis par l'enquête de l'Igas ne renseignent en effet ni sur la dispersion des taux de dépassement par praticiens, ni sur la nature et le tarif des actes pour lesquels sont pratiqués les tarifs opposables, ni sur les éventuels – et très vraisemblables – contrastes territoriaux. À cela s'ajoute que seule une enquête « de terrain », réalisée auprès des médecins eux-mêmes, permettrait de cerner les éléments essentiels de ce libre choix du tarif opposable : Pour quels patients ? Pour quels motifs ? Selon quels critères et régularité ?

Il est en effet possible que cette pratique de modulation tarifaire pèse de manière non négligeable, au moins dans certaines spécialités et sur certains territoires, précisément pour les personnes à bas revenus. Il faut donc insister pour que cette réalité de la pratique médicale soit davantage expertisée, tout en reconnaissant qu'elle ne peut constituer un mode de régulation par elle-même, et ne pourra jamais offrir aux assurés sociaux les mêmes garanties qu'un engagement de principe du médecin à exercer en secteur à tarifs opposables.

### **La nécessité de mettre en perspective les dépassements d'honoraires pour pouvoir apprécier les inégalités d'accès aux soins**

L'offre de soins sans dépassements d'honoraires n'est qu'un aspect de la question plus vaste du coût résiduel global du soin, qui seule permet d'apprécier l'égalité d'accès aux soins.

### **La jurisprudence récente a intégré la notion de coût global du soin pour faire émerger une forme de droit à une couverture suffisante des dépenses de soins**

Le Conseil constitutionnel a reconnu de longue date comme ayant valeur constitutionnelle le principe dit « de protection de la santé », qui trouve sa source dans le 11<sup>e</sup> alinéa du préambule de la Constitution de 1946 : « *La Nation garantit à tous,*

*notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé.* » Mais il est allé plus loin en 2004<sup>4</sup> en estimant que le principe de protection de la santé exige qu'on s'assure de l'accessibilité financière des soins.

Autrement dit, une situation de reste à charge trop élevé peut constituer une violation de la Constitution.

L'accessibilité financière aux soins fait ainsi partie intégrante du principe constitutionnel de protection de la santé. Et elle suppose que soit assurée une forme de prise en charge de l'ensemble de la dépense, c'est-à-dire du reste à charge global, voire du coût d'achat d'une assurance complémentaire, pour les personnes qui garderaient à leur charge des sommes particulièrement importantes par rapport à leurs revenus<sup>5</sup>.

### **Du point de vue du patient, c'est le reste à charge global et l'effort qu'il représente en fonction de ses revenus qui conditionnent en partie l'accès aux soins**

#### ***L'égalité d'accès aux soins s'apprécie sur le coût global du reste à charge***

La mesure pertinente du reste à charge doit additionner, pour une même personne ou, le cas échéant, un même foyer, l'ensemble des éléments qui restent à sa charge : tickets modérateurs, forfaits, dépassements. Les dépassements ne sont en effet qu'une partie de la dépense qui n'est pas remboursée.

De plus, ce n'est pas seulement le dépassement ponctuel qui peut conditionner l'accès aux soins, mais bien les dépassements d'honoraires médicaux auxquels est confronté un patient lors d'un « épisode de soins »<sup>6</sup>.

Enfin, il est indispensable de tenir compte de la couverture complémentaire dont dispose l'assuré, en intégrant, le cas échéant, le coût de cette couverture complémentaire. C'est aussi le sens des plus récentes orientations de la jurisprudence relative au principe constitutionnel

4. Décision du Conseil constitutionnel (n° 2004-504 DC) du 12 août 2004, rendue à propos de ce qui allait devenir la loi du 13 août 2004.

5. La jurisprudence n'a pas encore été amenée à définir quel pourrait être un seuil jugé « anticonstitutionnel ».

6. L'Igas, dégageant ce concept d'« épisode de soins », a mesuré les valeurs moyennes et extrêmes des dépassements pour l'accouchement, la chirurgie du cristallin, la chirurgie de la hanche et la coloscopie pour 2005.

de « droit à la santé », pour lesquelles la légalité des dispositifs d'instauration de reste à charge dépend de la manière dont sont finalement couvertes les personnes ayant les plus gros restes à charge par rapport à leurs revenus<sup>7</sup>.

### ***L'existence d'une offre de soins sans dépassements d'honoraires est un facteur d'accès aux soins d'autant plus important pour l'assuré que ses revenus sont faibles***

Les inégalités d'accès aux soins vont jouer différemment sur les publics qui y sont les plus exposés. Ce qui doit conduire à mesurer la densité de médecins de secteur 1 par rapport, non pas à la seule population générale, mais aussi à la population à bas revenus.

En toute rigueur, puisque la loi rend obligatoire la pratique des tarifs opposables aux bénéficiaires de la CMUC, il serait pertinent de rapporter dans chaque département la population de médecins de secteur 1 aux personnes qui disposent de moins d'un certain revenu de référence, à l'exclusion des bénéficiaires de la CMUC.

Mais ces données n'étant pas disponibles, le Haut Conseil s'est fondé sur la densité médicale rapportée aux nombre de personnes « de niveau de vie égal au Smic »<sup>8</sup>.

Cette dernière approche modifie encore le classement relatif des régions : elle renforce la densité relative de médecins de secteur 1 dans les régions « riches », et l'abaisse de manière très forte dans les régions « pauvres », tel le Nord-Pas-de-Calais.

Les zones relativement « déficitaires » en offre de secteur 1 ne sont pas celles où la proportion de médecins de secteur 1 est faible, mais celles où leur nombre, rapporté au nombre d'assurés sociaux et parmi eux les plus pauvres, est le plus bas. Les deux zones, en général, ne coïncident pas. On le voit dans le nord de la France, qui connaît un déficit d'offre à tarifs opposables pour les populations ayant les plus faibles niveaux de revenu malgré un fort taux de médecins en secteur 1 ou *a contrario* dans le Sud-Est, où ce taux est faible mais qui

7. L'effectivité « financière » de l'accès aux soins se mesurera à l'aune de ce qu'est cet accès pour ceux qui peuvent être le plus empêchés de se soigner pour des motifs financiers.

8. Pour les personnes seules, il s'agit de celles qui ont un revenu inférieur ou égal au Smic. Pour les autres, le revenu est calculé en divisant le revenu du foyer par le nombre de personnes, affectées d'un coefficient de pondération dégressif (il s'agit donc d'un revenu par unité de consommation).

pourtant offre une forte densité d'offre à tarifs opposables par personne ayant un faible niveau de revenu.

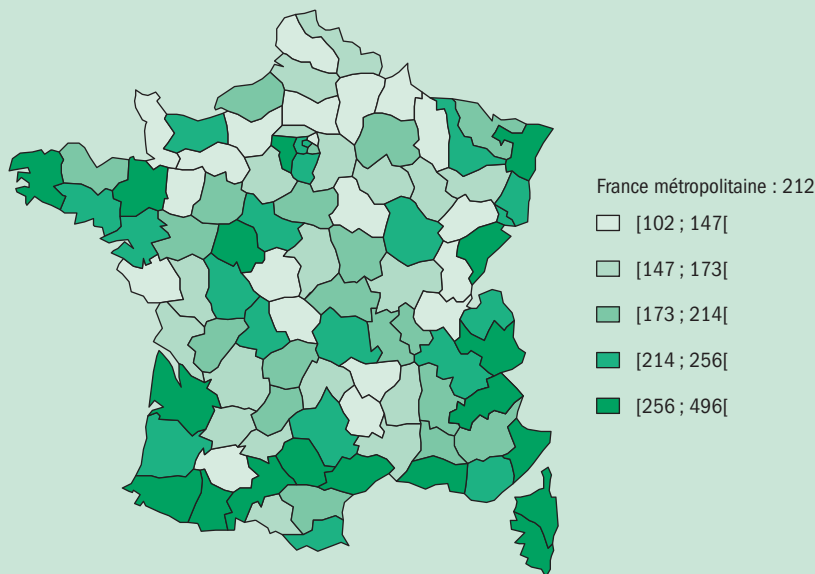
### Conclusion

Le diagnostic porté par le Haut Conseil sur l'offre de soins sans dépassement d'honoraires doit être affiné et intégrer notamment une mesure de l'offre qui émane des médecins qui ne sont pas contraints à pratiquer ces tarifs et de celle des médecins hospitaliers. Mais l'imperfection de l'outil de mesure n'ôte rien au fait que l'inégalité d'offre apparaît massive. L'offre à tarifs opposables varie, d'un département à l'autre, du simple au double pour les généralistes, et du simple au triple si l'on considère l'accès au généraliste des personnes à bas revenu. S'agissant des spécialistes, l'écart va couramment, selon les spécialités étudiées par le HCAAM, du simple au décuple.

Le lien entre ces inégalités objectives d'accès à des soins sans dépassement et un éventuel renoncement aux soins n'est pas impossible, mais il est difficile à établir. Le « renoncement aux soins » est une réalité d'une autre nature, susceptible de discussion : Est-ce y renoncer que de différer des soins ? Ou d'avoir recours à des soins non adéquats ou insuffisants ? Le renoncement aux soins, s'il trouve évidemment sa source essentielle dans l'iné-

carte 3

### Nombre de spécialistes en secteur 1 pour 100 000 habitants ayant un niveau de vie inférieur au Smic en 2006



galité « objective » d'accès aux soins, traduit une décision dans laquelle interviennent de nombreux facteurs psychologiques, sociaux et culturels.

C'est ainsi moins en termes de renoncement aux soins qu'en termes d'inégalités territoriales que se caractérise le phé-

nomène de la pratique de dépassements d'honoraires médicaux.

Dans son rapport annuel, le Haut Conseil s'en est tenu à ce premier constat que l'accès à des soins à tarifs opposables n'est pas assuré de manière équilibrée sur le territoire. ■

## Santé publique

**Santé publique.** Sommaire 2009/4

### Éditorial

- Une loi sur la santé autorise la publicité pour l'alcool, *F. Bourdillon*

### Études

- Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants, *H. Dusmesnil, B. Saliba-Serre, J.-C. Régi, Y. Leopold, P. Verger*
- Validation factorielle de l'échelle française de stress perçu en milieu professionnel, *L. Bellinghausen, J. Collange, M. Botella, J.-L. Emery, E. Albert*

- Cessations anticipées d'activité des médecins généralistes libéraux dans trois départements de l'ouest de la France. Quelle réalité ? *F. Delansorne, H. Buis, S. Robino, J. Tomas, J.-F. Huez, S. Fanello*
- Coûts de la riposte vaccinale contre la fièvre jaune à Abidjan, 2001, *P. Zengbe-Acray, A. Douba, Y. Traore, S. Dagnan, H. Attoh-Toure, D. Ekra*
- Situation épidémiologique des envenimations scorpioniques dans la province de Beni Mellal, *N. Charrab, R. Soulaymani, A. Mokhtari, I. Semlali, R. El Oufir, A. Soulaymani*

### Pratiques

- Actes de biologie, établissements de santé civil et militaires et mise en œuvre de la tarification à l'activité : exemple de la prise en charge du diabète, *É. Garrabé, P.-H. Bréchat, P. Romary, B. Massit, T. Meas, R. Rymer, P.-J. Guillausseau*

- Impact d'un programme de formation et de supervision sur la mortalité intrahospitalière des enfants en Afrique centrale, *R. Bitwe, C. Schirvel, M. Dramaix, P. Hennart*

### Politiques

- La loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté et la déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental, *M. Sautereau, G. Brousse, F. Meunier, I. Jalenques*

### Lectures

Santé publique  
BP 7  
2, avenue du Doyen-J.-Parisot  
54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex  
Téléphone : 03 83 44 87 00