

La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes

Pierre-Louis Bras

DANS **LES TRIBUNES DE LA SANTÉ** 2015/3 n° 48 , PAGES 73 À 92

ÉDITIONS **PRESSES DE SCIENCES PO**

ISSN 1765-8888

DOI 10.3917/seve.048.0073

Date de mise en ligne : 23/10/2015

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2015-3-page-73?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sciences Po.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

LES PROFESSIONS DE SANTÉ

La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes

Pierre-Louis Bras

Depuis plus d'un siècle, la liberté tarifaire est l'enjeu d'un conflit entre les médecins et les représentant des assurés. Cet article est consacré au dernier épisode de ce conflit, la négociation engagée sur cette question en 2012 suite à l'engagement pris par le président de la République d'encadrer les dépassement d'honoraires. Il montre que, malgré cet engagement, la négociation s'est conclue par un accord globalement favorable aux médecins spécialistes qui devrait aboutir à un développement des dépassements. Malgré une publicisation de cette question des dépassements, les soutiens limités et diffus dont auraient pu bénéficier les pouvoirs publics ont conduit à privilégier une stratégie visant à éviter un affrontement ouvert avec une fraction du corps médical fortement mobilisée autour de la défense de la liberté tarifaire.

1. Cité in : *La sécurité sociale, Son histoire à travers les textes*, t. II, 1870-1945, Comité d'histoire de la sécurité sociale, 1996, p. 34-35.

2. F. Hollande, *Le changement c'est maintenant, Mes soixante engagements pour la France*, janvier 2012.

« À mesure que se développeront les sociétés de secours mutuel, les assurances contre les accidents, les caisses de retraite, l'assistance obligatoire et l'hospitalisation des campagnes, etc., la médecine négociera, de plus en plus, non pas avec des individus mais avec des collectivités, petites et grandes... Autour de ces clients collectifs qui résument de très nombreux clients individuels se livre, avec plus d'âpreté encore, la bataille des médecins. Dans cette lutte, les médecins se plaignent de laisser tout à la fois quelque chose de leur dignité. Quelque chose aussi de la juste rémunération à laquelle ils ont droit. »

Jean Jaurès, *La Dépêche de Toulouse*, 1895¹

« Je sécuriserai l'accès aux soins de tous les Français en encadrant les dépassements d'honoraires [...] ». Cet engagement de François Hollande, le vingtième parmi soixante, a provoqué l'ouverture d'une négociation entre

3. Pour un exercice semblable, voir R. Marié, « Dépassements tarifaires et augmentation de l'offre à tarifs opposables : entre renoncements et timides avancées », RDSS, n° 1, janvier-février 2013.

4. Par « médecins » on entend ici, pour l'essentiel, les médecins libéraux. La question ne se pose pas pour la majorité des médecins salariés de hôpitaux publics même si certains d'entre eux pratiquent une activité libérale dans le cadre de leur exercice public et qu'une fraction de ces derniers (environ 45 %) fixent alors librement leurs honoraires.

l'Union nationale de caisses d'assurance maladie (Uncam), l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam) et les syndicats représentatifs de médecins. Ces négociations se sont conclues, le 25 novembre 2012, par un avenant à la convention médicale de 2011 signé par trois syndicats : la CSME, le SML et MG France. Cet avenant est entré en vigueur pour l'essentiel début 2014.

L'objet de cet article est d'évaluer la portée de cet avenant en tant qu'il modifie les dispositions relatives à la pratique des dépassements d'honoraires. Cet avenant n'est qu'un épisode dans le long conflit qui, autour de la liberté tarifaire, oppose médecins et pouvoirs publics ; un retour sur l'histoire de ce conflit s'impose. La compréhension des dispositions de l'avenant exige de tracer un bilan des pratiques tarifaires en vigueur lors de la négociation de l'accord. Il sera alors possible de tenter une appréciation des dispositions de l'avenant³.

LOGIQUE ET HISTOIRE DU CONFLIT AUTOUR DE LA LIBERTÉ TARIFAIRE

La logique du conflit

La liberté tarifaire est l'enjeu d'un conflit qui dure depuis plus d'un siècle entre les médecins⁴ et les pouvoirs publics (État ou organismes de sécurité sociale). Plus précisément, ce conflit oppose la fraction des médecins attachée à cette liberté, souvent dominante, et les pouvoirs publics lorsqu'ils font prévaloir les intérêts des assurés sur les revendications de cette fraction du corps médical.

La mise en place d'un système d'assurance pour les soins médicaux crée inévitablement une tension autour des modalités de détermination des honoraires. Dès lors que ceux-ci sont pris en charge par un assureur, la question de la régulation des tarifs se pose nécessairement. En effet :

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

En l'absence de tarifs qui s'imposent aux médecins (tarifs opposables), l'assurance maladie constitue autant un outil d'amélioration de la situation matérielle des praticiens qu'un dispositif de protection des patients. Et cela d'autant plus que la concurrence par les prix ne joue pas son rôle régula-

5. P. Hassenteufel, *Les médecins face à l'État, Une comparaison européenne*, Presses de Sciences Po, 1997. V. également P. Hassenteufel, A. Davesnes, *Les médecins face aux réformes des systèmes de soins, Une mise en perspective comparative, France-Allemagne-Suède*, Institut Montparnasse, 2013.

6. Désignation euphémisée de la liberté tarifaire : la qualité de la relation patient-médecin est mise en avant et l'asymétrie de cette relation occultée.

7. L'adjectif « libéral » ne doit pas être entendu dans son sens actuel, comme témoignant d'une confiance dans les mécanismes du marché, mais comme le refus de l'immixtion d'un tiers institutionnel (État, organismes d'assurance) dans la relation entre le médecin et son patient.

teur sur le « marché » des soins. En effet, le *numerus clausus*, concours fondé sur un quota et non sur un examen des capacités à exercer la médecine, restreint l'offre médicale au-delà même de ce qu'exigerait la garantie de la qualité de la pratique. Même en se situant dans un cadre théorique parfaitement orthodoxe, dès lors qu'il existe des barrières à l'entrée pour l'exercice de la médecine, une régulation des prix par l'autorité publique peut se justifier.

Cette tension entre assurance maladie et liberté tarifaire existe que l'assureur soit public ou privé. En témoignent les efforts mis en œuvre, aux États-Unis, par les assureurs privés pour réguler de manière contractuelle les tarifs des médecins. D'ailleurs, dans ce pays libéral s'il en est, les tarifs des médecins sont fixés par la puissance publique dès lors que les actes sont pratiqués pour les personnes couvertes par des programmes publics (Medicare, Medicaid).

Mais cette tension ne se traduit pas nécessairement par un conflit autour de la liberté tarifaire. Patrick Hassenteufel a montré qu'en Allemagne, la représentation des médecins s'est construite autour de la figure du médecin de caisse et de la revendication d'un droit à la négociation collective des tarifs. En France, elle s'est structurée autour de celle du médecin libéral fixant librement ses tarifs, notamment parce que le syndicalisme médical a été à l'origine dominé par l'élite du corps médical⁵. En Allemagne, les négociations sur le niveau des tarifs entre caisses d'assurance maladie et médecins sont âpres ; en France, le conflit est plus radical dès lors que le corps médical, du moins une fraction du corps médical, récuse la légitimité de la fixation d'un tarif opposable même s'il est négocié avec les organismes de sécurité sociale.

Jusqu'en 1971 : une longue marche vers la régulation des tarifs

Les médecins français se sont très tôt organisés pour défendre leurs intérêts face aux projets de réguler les tarifs, voire d'implanter des systèmes de capitaution lors de l'émergence des organismes mutualistes d'assurance maladie ou à l'occasion de la première loi sur l'assistance médicale gratuite de 1893.

Ils ont fait du paiement à l'acte et de l'entente directe⁶ un des principes majeurs – parmi d'autres : libre choix du médecin, secret professionnel, liberté de prescription – qui fondent l'identité libérale⁷. L'entente directe, que l'on peut analyser comme visant à protéger les intérêts économiques des médecins, est justifiée par le corps médical comme une garantie pour le patient : celui-ci aurait ainsi l'assurance que le médecin n'agit que dans l'intérêt du malade et non pour se conformer aux exigences d'un assureur ou d'une administration. L'État ou l'assureur sont soupçonnés d'introduire dans la relation médecin-patient des considérations économiques qui primeraient sur l'intérêt du patient. Le corps médical pratique ainsi un déni de ses propres intérêts

8. On notera que Jaurès emprunte au registre lexical de la guerre (« bataille », « lutte »). Nous l'utilisons aussi (« conflit », « victoire ») parce que, même si on peut le regretter, il est pertinent pour décrire la situation.

économiques alors même qu'il met en exergue ceux des pouvoirs publics et de l'assureur. Bien évidemment, une stratégie argumentative semblable mais inversée pourrait être pratiquée ; elle est *a priori* moins efficace : la figure du bon médecin est plus aisée à mobiliser que celle de l'État bienveillant ou de l'assureur désintéressé.

Cette représentation des intérêts matériels et moraux des médecins est en place dès la fin du XIX^e siècle. La citation de Jaurès placée en exergue de cet article montre qu'il avait déjà conscience de la vigueur du conflit qui en découlait et qu'il en pressentait les développements⁸. La CSMF, principal syndicat des médecins, se constitue, en 1928, autour des principes libéraux et de l'entente directe pour faire échec à la première loi d'assurance sociale de la même année.

Pour autant, la question de l'attitude à adopter face aux organismes de sécurité sociale ne va pas sans débat au sein du corps médical. Certains médecins sont plus enclins à accepter le principe d'une négociation collective des tarifs : la liberté tarifaire présente moins d'intérêt pour un médecin en contact régulier avec une clientèle modeste que pour la frange supérieure de la profession qui soigne ponctuellement une clientèle aisée. Ce débat se développera au sein même de la CSMF ; la devise de ce syndicat, « Pour une médecine libérale et sociale », résume son ambition de concilier les deux positions. Il sera d'ailleurs régulièrement victime de scissions motivées par la question de la liberté tarifaire lorsque l'orientation sociale prévaudra en son sein ou lorsqu'il s'essaiera à des compromis sur la liberté tarifaire (création de l'Union syndicale des médecins de France en 1961, devenue Fédération des médecins de France [FMF] en 1968, du SML en 1981, du Bloc en 2010).

En tout état de cause, la perspective libérale prévaut pendant une longue période, le corps médical parvient à faire échec à toute régulation effective des tarifs. Même après 1945, dans une période marquée par l'ambition de garantir l'accès aux soins, les médecins s'opposent à la signature des conventions départementales qui devaient fixer des tarifs opposables.

Il faudra attendre 1960 pour que progresse significativement la régulation des tarifs : un État plus fort se met en position d'édicter des tarifs opposables dans les départements où les négociations entre caisses et syndicats médicaux n'ont pas abouti. Ce nouveau rapport de force et la prééminence de la tendance sociale sur la tendance libérale au sein de la CSMF permettront d'aboutir en 1971 à la première convention nationale. Elle fixe des tarifs opposables pour l'ensemble des médecins, ne tolérant qu'une exception pour certains médecins à notoriété particulière qui bénéficient d'un droit permanent à dépassement (DP).

La réintroduction de la liberté tarifaire à partir de 1980

Au début des années 1980, le gouvernement de Raymond Barre et son ministre de la santé Jacques Barrot, avec l'assentiment de la Cnamts alors dirigée par une alliance FO-CNPF, vont réintroduire la liberté tarifaire sous la forme d'un secteur dit « à honoraires différents » (euphémisation d'honoraires libres), connu sous le nom de secteur 2. Les pouvoirs publics confrontés aux revendications de hausse tarifaire des médecins espèrent par ce biais – fût-ce au prix d'une dégradation de la couverture des assurés – réduire la vigueur de ces revendications : certains médecins pourront augmenter leurs tarifs sans conséquences pour les comptes de l'assurance maladie. Cette nouvelle liberté est bien accueillie par la frange supérieure des médecins et satisfait le syndicat FMF. D'abord hostile au secteur 2, la CSMF va rapidement s'y rallier et en devenir le défenseur : la tendance libérale l'emporte à nouveau sur la tendance sociale.

Lorsqu'un médecin adhère au secteur 2, il ne bénéficie plus de la prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie, prise en charge réservée au secteur 1. Les gains liés aux dépassements sont pour de nombreux médecins supérieurs à cette perte. La possibilité d'adhérer au secteur 2 est ouverte tous les deux ans ; le nombre de médecins du secteur 2 progresse donc constamment au cours des années 1980. En 1989, la part des généralistes en secteur 2 ou DP s'élève à 16 % et celle des spécialistes à 44 %. Le taux atteint laisse craindre des passages massifs en secteur 2 si le dispositif n'est pas réformé ; il est en effet d'autant plus facile de rejoindre le secteur 2 que beaucoup de confrères/concurrents pratiquent des dépassements d'honoraires.

La régulation des tarifs rétablie pour les généralistes à partir de 1990

En 1989, le gouvernement de Michel Rocard, par la voix de son ministre de la Santé Claude Evin, exige donc des caisses de sécurité sociale et des syndicats médicaux qu'ils s'accordent sur des mesures susceptibles de garantir le niveau de remboursement des assurés. Cette exigence va se traduire par un conflit aigu entre les pouvoirs publics et les représentants du corps médical, marqué notamment par une grève des internes. Il se soldera par un compromis signé dans un premier temps par un seul syndicat, la FMF, qui fédère des médecins exerçant déjà en secteur 2 et privilégie le maintien des « avantages acquis » par ces médecins. Ainsi, la convention médicale de 1990 prévoit le « gel » du secteur 2 : les médecins qui avaient déjà adhéré au secteur 2 continuent à bénéficier de la liberté tarifaire ; seuls les anciens chefs de clinique et anciens assistants des hôpitaux peuvent, lors de leur première installation, opter pour le secteur 2.

9. Voir C. Leicher (président de MG France), « Évolutions et actualités du syndicalisme médical », *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, n° 3, 2014.

10. Voir notamment P. Aballea, F. Bartoli, L. Esloüs, I. Yeni, *Les dépassements d'honoraires*, Rapport Igas, avril 2007.

11. Voir le document Ciss, Fnath, Unaf, *Contre la démesure des dépassements d'honoraires*, octobre 2012.

Ce compromis permet d'éviter le spectre d'une liberté tarifaire étendue à tous les médecins. Il garantit une diminution progressive des dépassements en médecine générale ; les médecins généralistes ne peuvent plus dorénavant adhérer au secteur 2. Il n'offre pas de telles garanties pour les spécialités où les médecins ne s'installent souvent qu'après avoir été chef de clinique ou assistant. Par ailleurs, il crée un sentiment d'inéquité au sein du corps médical ; ceux qui n'avaient pas opté pour le secteur 2 se considèrent comme « bloqués » en secteur 1. Ce sentiment est particulièrement vif parmi les anciens chefs de clinique et assistants qui, n'ayant pas choisi le secteur 2 avant 1990, voient leurs jeunes collègues s'installer en secteur 2 et pratiquer, avec les mêmes titres et pour les mêmes actes, des tarifs supérieurs à ceux qu'ils sont en droit d'exiger.

Par ailleurs, à partir de 2000, pour garantir l'accès aux soins des personnes les plus modestes, la loi relative à la couverture maladie universelle contraint les médecins du secteur 2 à respecter les tarifs opposables pour les soins délivrés aux bénéficiaires de la CMUC (5,1 millions de personnes aujourd'hui).

Résurgences du conflit autour de la liberté tarifaire des spécialistes

Dans les années 2000, pour l'essentiel, la question du secteur 2 concerne les seuls spécialistes. La liberté tarifaire n'est plus une revendication des médecins généralistes. Elle présente moins d'attrait pour des médecins en contact régulier et constant avec l'ensemble de la population que pour des spécialistes. Le syndicat spécifique des généralistes, MG France, revendique, bien évidemment, une amélioration de la rémunération de ses mandants mais inscrit cette revendication dans le cadre des tarifs opposables ; sa conception d'un généraliste autour duquel s'organise la prise en charge sanitaire de la population le conduit logiquement à considérer que celui-ci doit être largement accessible⁹. De fait, il en est de même pour la CSMF qui, si elle revendique « l'ouverture d'espaces de liberté tarifaire », cantonne cette revendication à la médecine de spécialité. Les généralistes semblent accepter désormais de penser leur pratique et leur rémunération dans le cadre d'une relation avec les organismes de sécurité sociale, relation qui, pour être conflictuelle, n'est pas fondamentalement contestée dans son principe.

Réduite à la médecine de spécialité, la question du secteur 2 se politise et s'installe dans le débat public. Des rapports administratifs ou parlementaires pointent les difficultés d'accès aux soins liées à la pratique des dépassements tarifaires¹⁰. Le mouvement associatif, notamment à travers l'UFC-Que choisir ou le Collectif interassociatif sur la santé (Ciss)¹¹, dénonce vigoureusement les dépassements d'honoraires.

12. P.-L. Bras, « Le médecin traitant : raisons et déraison d'un politique publique », *Droit social*, n° 1, janvier 2006.

13. Sur le recours dans le domaine des politiques publiques à des notions ambiguës susceptibles de masquer des intérêts et des représentations contradictoires, voir B. Palier, « De l'ambiguïté en politique », in : O. Giraud, P. Warin (dir.), *Politiques publiques et démocratie*, La Découverte, 2008.

14. Arrêté du 21 mars 2012, JO du 22 mars.

15. Décret n° 2012-386 du 21 mars 2012, JO du 22 mars.

La mobilisation des médecins spécialistes autour de la liberté tarifaire ne faiblit pas pour autant. La CSMF ne peut demander la réouverture du secteur 2 mais revendique toujours des « espaces de liberté tarifaire ». La conquête de ces « espaces » est au cœur de son action syndicale ; ainsi, elle ne s'est ralliée à une ébauche de filière de soins lors de la mise en place du dispositif médecin traitant que parce que cette réforme a offert aux spécialistes des possibilités de dépasser lorsque le parcours de soins n'est pas respecté¹². La CSMF apparaît d'ailleurs trop timide à certains spécialistes. Diverses initiatives, notamment celles de coordination de chirurgiens, viennent régulièrement relancer la revendication d'une réouverture du secteur 2.

En août 2004, ces chirurgiens obtiennent la signature d'un relevé de décision par le ministre Xavier Bertrand, qui prévoit qu'une possibilité d'accéder au secteur 2, ou du moins à un « secteur optionnel » avec possibilité de dépassements, sera ouverte avant le 30 juin 2005 aux médecins « bloqués » en secteur 1. Cet engagement ne sera pas suivi d'effets mais confortera la revendication d'un accès aux possibilités de dépasser pour les spécialistes « bloqués » en secteur 1. La période est marquée par une grande confusion tant les pressions contradictoires (pression pour réguler le secteur 2, pression des spécialistes pour élargir la liberté tarifaire) sont fortes. La notion de « secteur optionnel » fait consensus mais sur la base d'une ambiguïté fondamentale : pour les uns il s'agit de réguler les dépassements, pour les autres de les accroître¹³.

Fin 2006, le législateur intervient pour contraindre les partenaires conventionnels à créer un tel secteur optionnel. Cet injonction législative est sans effet même si, en 2009, les partenaires s'engageront à créer un tel secteur. En 2010, un syndicat, le Bloc, spécifique aux médecins exerçant en établissement, est créé. Il revendique une réouverture du secteur 2 aux médecins « bloqués » en secteur 1 depuis la convention de 1990 et recueille 57 % des suffrages lors des élections aux URPS dans le deuxième collège des médecins (chirurgiens, anesthésistes, gynécologues-obstétriciens). En 2011, les partenaires conventionnels réitèrent leur engagement de créer un secteur optionnel dans la convention médicale.

Mais il faudra une nouvelle intervention législative pour aboutir à la création par arrêté¹⁴, en 2012, d'un dispositif réservé aux chirurgiens, anesthésistes et gynéco-obstétriciens qui leur permet de bénéficier d'une prise en charge des cotisations sociales dès lors qu'ils s'engagent à limiter leurs taux de dépassement à 50 % et à pratiquer au moins 30 % d'actes à tarifs opposables. Ces dépassements régulés doivent être intégralement pris en charge par les organismes complémentaires d'assurance maladie¹⁵. Ce dispositif n'est ouvert qu'aux médecins du secteur 2 au grand dam des représentants des

16. Observatoire des pratiques tarifaires, *Dépassements d'honoraires 2013*, 12 mai 2014.

17. Honoraires perçus dans le cadre des tarifs négociés avec les caisses de sécurité sociale.

18. L'analyse en coupe montre une sensibilité du taux de dépassement au niveau de vie, on peut penser que cette sensibilité vaut aussi en évolution. Cf. V. Bellamy, L. Samson, « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins », *Comptes nationaux de la santé 2010*, Drees, novembre 2011.

19. Le pouvoir d'achat par unité de consommation a diminué, selon l'Insee de 0,4 % en 2011, 1,4 % en 2012 et 0,6 % en 2013.

médecins ; ils ne sont pas parvenus à faire aboutir, malgré la promesse ministérielle de 2004, une de leurs revendications principales : permettre aux médecins « bloqués » en secteur 1 de pratiquer des dépassements d'honoraires. Il heurte aussi les organismes complémentaires qui se voient contraints de prendre en charge ces dépassements régulés. Ce dispositif sera d'ailleurs abrogé par l'article 49 de la LFSS pour 2013.

LES DÉPASSEMENTS : PRATIQUES ET PROBLÈMES

Après avoir retracé l'histoire des conflits autour de la liberté tarifaire, un point sur la problématique des dépassements s'impose pour comprendre le contexte de la négociation de l'avenant n° 8, fin 2012.

La pratique des dépassements

Le nombre des omnipraticiens du secteur 2 diminue continûment au fur et à mesure que ceux ayant opté pour le secteur 2 avant 1990 cessent leur activité. Leur part parmi les omnipraticiens, en 2013, ne se situe plus qu'à 9,6 %. Si l'on exclut les médecins à exercice particulier (MEP) pour ne considérer que les seuls généralistes, cette part se réduit à 6 %¹⁶.

La situation est tout autre pour la médecine de spécialité. Le nombre et la part des médecins du secteur 2, après avoir diminué durant les années 1990, augmentent régulièrement depuis le début des années 2000. Ils représentent, en 2013, 42,9 % des médecins spécialistes et jusqu'à 80,1 % pour les seuls chirurgiens. Ces moyennes recouvrent des situations géographiques contrastées : dans certains territoires et pour certaines spécialités, l'accès à un spécialiste de secteur 1 n'est plus possible. Les nouvelles installations des anciens chefs ou assistants l'emportent sur les fins de carrière des secteurs 2. Environ 60 % des installations s'effectuent en secteur 2 ; la possibilité de s'installer en secteur 2 constitue d'ailleurs une incitation à prolonger la période d'activité à l'hôpital pour bénéficier du titre d'ancien assistant ou d'ancien chef.

Par ailleurs, le taux moyen des dépassements des spécialistes du secteur 2 est lui aussi en hausse. Ils représentaient, en 2013, 56,3 % des honoraires reconnus¹⁷ contre 25 % en 1990. L'on constate toutefois une légère baisse sur 2011-2013 (de 56,9 à 56,3 %) qu'il faut certainement relier à la diminution du niveau de vie des patients¹⁸. Il est particulièrement difficile d'augmenter les dépassements alors même que le pouvoir d'achat des patients décroît¹⁹. Par ailleurs, l'augmentation très forte du nombre de bénéficiaires de la CMUC (10,6 % entre décembre 2011 et décembre 2013 selon le Fonds CMU) a pu entraîner une augmentation des actes qui doivent être réalisés à tarifs opposables et, de ce fait, une baisse du taux de dépassement.

20. V. Bellamy, L. Samson, « Choix du secteur de conventionnement... », *op. cit.*

21. M. Garnero, V. Le Palud, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », *Études et résultats*, n° 537, avril 2013.

22. N. Celant, S. Guillaume, T. Rochereau, « Enquête sur la santé et la protection sociale », *Les rapports de l'Irdes*, n° 556, juin 2014.

23. N. Garnero, V. Le Palud, « Les contrats les plus souscrits... », art. cité.

24. Les contrats responsables sont soumis à une taxe de 7 % contre 14 % pour les contrats non responsables. Il y a donc une forte incitation à se soumettre aux exigences qui permettent de qualifier un contrat de « responsable ».

Ce taux de dépassement atteint 100 % pour les gynécologues médicaux, 76,1 % pour les gynécologues-obstétriciens et 62 % pour les chirurgiens. Ce taux rapporte les dépassements à l'ensemble des honoraires reconnus ; or, une part significative des actes ne donnant pas lieu à dépassement (34 % des honoraires), le taux de dépassement moyen pour les actes soumis à dépassements est donc proche de 80 %.

Le taux de dépassement est fortement influencé par le niveau de vie des patients. Il croît avec la densité des médecins, la concurrence entre médecins ne jouant pas un rôle modérateur. Les comportements sont mimétiques (alignement sur les dépassements des confrères en secteur 2). Une plus forte part de médecins en secteur 1 a toutefois un effet modérateur sur le taux de dépassement²⁰.

La couverture des dépassements par les assurances maladie complémentaires

Ces dépassements peuvent être couverts en tout ou partie par les organismes d'assurance maladie complémentaires. À l'origine, les organismes mutualistes, pour ne pas encourager les dépassements, ont refusé de les prendre en charge. Mais de plus en plus insérés dans un environnement concurrentiel, ils ont dû se résoudre, pour une grande part d'entre eux, à proposer une telle couverture. Par ailleurs, les contrats collectifs, en ce domaine comme dans les autres, sont plus protecteurs que les contrats individuels.

Ainsi les dépassements en établissements de santé sont pris en charge totalement ou partiellement par 85 % des contrats collectifs et 78 % des contrats individuels ; les dépassements en ville sont pris en charge par 62 % des contrats collectifs et 34 % des contrats individuels²¹. Les taux de prise en charge sont très variables selon les contrats ; seuls 48 % des Français estiment être bien remboursés par leur complémentaire maladie pour les dépassements de spécialistes²².

La part des contrats complémentaires prenant en charge les dépassements ainsi que le niveau de prise en charge augmentent sur la période récente (2006-2010)²³. Cette augmentation est l'indice que cette protection répond à un vrai besoin. Elle peut, en première analyse, sembler réduire les difficultés d'accès aux soins. Toutefois, elle se traduit par un renchérissement des complémentaires santé dont le coût est proportionnellement plus élevé pour les ménages modestes. De plus, elle favorise aussi la progression des dépassements et aggrave donc les difficultés des personnes non ou mal couvertes. Or, une part significative de la population reste sans protection.

À cet égard, un décret de novembre 2014 sur les contrats responsables²⁴ prévoit que les taux de prise en charge des dépassements seront limités à un

25. V. Bellamy, « Les revenus des médecins libéraux », Drees, Document de travail, n° 45, juin 2014.

26. À noter que les médecins libéraux sont pris en compte dans la moyenne dès lors qu'ils effectuent au moins un acte dans l'année. La moyenne des revenus considérée prend donc en compte des médecins à faible activité.

27. R. Kerjose, C. Pinel, « Secteur privé et entreprises publiques, En 2011, les salaires ralentissent de nouveau en euros constants », *Insee Première*, n° 1471, octobre 2013.

28. Une approche des revenus sur une année peut masquer des effets temporels. Une étude comparant les revenus de carrière de médecins généralistes et de cadres bac + 5 « suggère que les généralistes libéraux ont des revenus de même niveau que les cadres supérieurs salariés ». Voir B. Dormont, A.L. Samson, « Est-il profitable d'être médecin généraliste ? », Drees, Document de travail, n° 105, février 2011.

plafond de 125 % du tarif opposable en 2015-2016, puis à 100 % au-delà. Même si elles réduiraient la protection de certains assurés, ces dispositions limiteront la concurrence que se livrent les complémentaires autour de la prise en charge des dépassements et sont ainsi susceptibles de modérer la progression des dépassements.

Liberté tarifaire et niveau de revenu des médecins

Il est indéniable que le secteur 2 permet aux médecins d'améliorer leur situation financière. En prenant en compte l'ensemble des revenus (libéraux et salariés), le revenu d'activité net d'un spécialiste du secteur 2 est généralement supérieur à celui d'un spécialiste du secteur 1 (tableau 1).

Ces différences de revenus (20 000 euros en moyenne) entre spécialistes de secteur 1 et secteur 2 ne rendent compte que partiellement des disparités entre les deux secteurs. Il faudrait pouvoir rapprocher revenu et niveau d'activité (actes pratiqués, heures travaillées). En règle générale, les médecins de secteur 2 ont une activité moindre que les médecins de secteur 1 (c'est d'ailleurs ce qui explique que les cardiologues de secteur 1, par exception, ont un revenu supérieur à celui de leurs homologues du secteur 2)²⁵. Le secteur 2 permet donc de « travailler moins pour gagner plus ».

Il convient de noter que le secteur 2 favorise ainsi l'installation des médecins dans des zones relativement bien dotées et contribue aux inégalités territoriales d'offre de soins.

Le tableau 1 permet aussi d'apprécier le revenu des spécialistes du secteur 1. Avec un montant de 125 000 euros, même si cette moyenne recouvre d'importantes disparités entre spécialités et entre individus, le revenu des spécialistes du secteur 1 est supérieur (+ 33 %) au seuil (93 800 euros) qui circonscrit les 1 % les mieux rémunérés des salariés du privé ou des entreprises publiques en équivalent temps plein²⁶ de la même année^{27, 28}. Les revenus d'activité des spécialistes du secteur 1 les situent donc parmi le centile supé-

Tableau 1. Revenu net d'activité moyen des médecins, en 2011, pour certaines spécialités et pour l'ensemble des spécialistes, en euros.

	Secteur 1	Secteur 2
Radiologues	186 250	212 980
Anesthésistes	170 660	224 500
Chirurgiens	152 310	183 370
Cardiologues	143 800	142 500
Gynécologues	85 830	119 790
Dermatologues	80 910	93 800
Ensemble des spécialistes	125 060	145 610

Source : *Comptes nationaux de la santé 2013*, Drees, coll. Études et statistiques, septembre 2014.

29. Pour une argumentation de ce type, voir J. Marty, R. Pellet, « Les dépassements d'honoraires, l'assurance maladie et le projet de loi relatif à la santé », *Droit social*, n° 10, octobre 2014.

30. S. Naudin, « Le sentiment d'injustice à l'égard de sa propre rémunération », in : M. Forsé, O. Galland (dir.), *Les Français face aux inégalités et à la justice sociale*, Armand Colin, 2011.

31. A. Pla, « Les revenus des médecins libéraux », in : *Comptes nationaux de la santé 2013*, *op. cit.*

32. HCAAM, *Rapport annuel 2012*, 13 décembre 2012.

33. P. Aballea et al., *Les dépassements d'honoraires*, *op. cit.*

rieur des rémunérations. Si cette position est parfaitement légitime compte tenu des compétences mises en œuvre et des responsabilités exercées, elle relativise la portée de l'argument justifiant le secteur 2 par l'insuffisance des rémunérations de l'exercice en secteur 1²⁹.

Pour autant, la perception d'un niveau de rémunération insuffisant semble largement répandue parmi les intéressés. Elle est alimentée par un discours syndical très centré sur cette problématique qui récuse la validité des données statistiques relatives aux revenus des médecins et toute discussion à partir de ces mêmes données. Toutefois, les « raisons » de cette perception mériteraient d'être mieux analysées : en effet, il est commun de considérer que sa propre rémunération est injuste parce qu'insuffisante (65 % des Français partagent cette opinion) mais ce sentiment est en général bien plus faible dès lors que les revenus sont relativement élevés (35 % au-delà de 2 400 euros mensuels)³⁰. L'insatisfaction des médecins spécialistes à l'égard de leurs revenus, pourtant bien plus élevés (environ 10 000 euros mensuels), mériterait une étude particulière.

On notera également que l'exercice en secteur 1 permet en moyenne aux spécialistes libéraux d'obtenir des revenus d'activité bien supérieurs à ceux de leurs confrères omnipraticiens (82 000 euros), que ceux-ci exercent en secteur 1 ou en secteur 2.

Enfin, on ne constate pas la « paupérisation » progressive des spécialistes du secteur 1 parfois évoquée comme justification de l'expansion du secteur 2 ; leurs revenus ont augmenté en moyenne de 1 % par an en termes réels entre 2005 et 2011, ce qui, compte tenu de la conjoncture économique sur cette période, est une évolution relativement favorable³¹.

Liberté tarifaire et renoncement aux soins

Les dépassements peuvent entraîner pour certains patients des charges très élevées par rapport à leurs revenus. Sur trois ans (2008-2010), les restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire s'établissent en moyenne pour les 10 % les plus élevés à 4 936 euros, dont 2 328 euros du fait de la liberté tarifaire qui, il est vrai, ne concerne pas les seuls médecins mais aussi les soins dentaires prothétiques et certains biens médicaux³². Un rapport de l'Igas a montré que certains épisodes de soins exposent les patients à des dépassements répétés se traduisant au total par des restes à charge élevés³³. Ils semblent également créer un obstacle à l'accès aux soins et conduire à des renoncements.

Selon l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes, en 2012, 5,5 % des personnes déclarent avoir renoncé à des consultations médicales pour des

34. N. Celant et al., « Enquête sur la santé et la protection sociale », art. cité.

35. La quasi-totalité des couvertures privées prennent en charge les consultations médicales sans dépassement à 100 % hors forfait de 1 euro.

36. B. Dormont, M. Péron, « Does health insurance encourage the rise in medical prices? A test on balance billing in France », *Cahiers de la chaire santé*, n° 22.

37. C. Desprès, « La couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires », *Pratique et organisation des soins*, 1, 33-43, 2010 ; C. Desprès, P.E. Couralet,

« Situation testing: the case of health care refusal », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 59 (2), 77-89, 2011.

38. P. Dourgnon, F. Jusot, R. Fantin, « Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », Irdes, Document de travail, n° 47, avril 2012.

39. Voir A. Grimaldi, D. Tabuteau, F. Bourdillon, F. Pierru, O. Lyon-Caen, *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*, Odile Jacob, 2011.

raisons financières. Ce taux s'élève à 9,8 % pour les personnes dont les revenus se situent au niveau du premier quintile et à 12,6 % pour les chômeurs³⁴.

Ces renoncements pour raisons financières peuvent avoir d'autres causes que les seuls dépassements d'honoraires. Ainsi le taux de renoncement s'élève à 14,9 % parmi les personnes sans couverture complémentaire (environ 5 % de la population), qui peuvent donc rencontrer des problèmes financiers pour consulter même des médecins exerçant en secteur 1. Il reste toutefois important (4,8 %) parmi les personnes qui bénéficient d'une assurance maladie complémentaire privée. Celles-ci peuvent, *a priori*, accéder sans difficultés majeures aux médecins de secteur 1³⁵. L'importance de ces renoncements peut donc avoir pour origine la difficulté d'accéder à des médecins du secteur 1 dans des zones où l'offre est inexistante ou fortement restreinte.

Une étude qui s'appuie sur un changement de couverture complémentaire confirme d'ailleurs que dans les territoires où les médecins de secteur 1 sont rares, les dépassements d'honoraires peuvent être à l'origine de restrictions dans l'accès aux soins³⁶.

Le taux de renoncement est aussi important pour les bénéficiaires de la CMUC (7,8 %), alors même que ces personnes sont théoriquement bien protégées (bénéfice du tiers payant, droit à bénéficier des tarifs opposables). Il faut certainement y voir l'effet de difficultés à faire valoir les droits associés à la CMUC (refus de soins de la part des médecins du secteur 2, réticences ou difficultés à revendiquer l'application des tarifs opposables)³⁷.

Sans en être la clause exclusive, il est donc probable que les dépassements expliquent une grande part des renoncements aux consultations de médecins. Or, les renoncements aux soins ne sont pas anodins ; il a en effet été établi que le renoncement aux soins au sens large (dentaire, optique, consultation, etc.) a « un impact significatif sur l'état de santé général mesuré par l'état de santé subjectif³⁸ ». Les dépassements constituent ainsi un réel problème de santé publique.

LE DERNIER ÉPISODE DU CONFLIT

Quand s'ouvre le dernier – au sens de plus récent – épisode du conflit autour de la liberté tarifaire en 2012, le problème est éteint ou en voie de règlement pour les généralistes mais reste aigu pour ce qui concerne les spécialistes. D'une part, la liberté tarifaire les mobilise toujours ; d'autre part, les problèmes posés aux patients par les dépassements ont gagné un certain écho dans le débat public³⁹.

Par ailleurs, un autre sujet de tension avec le corps médical est né autour de la problématique des « déserts médicaux » ; de nombreuses voix, des élus

40. L'Unocam rassemble les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance.

41. Du fait des règles relatives à la validité des accords conventionnels, aucun accord n'est possible sans son adhésion.

42. Il est déjà admis que ce taux de 150 %, simple repère pour examiner la pratique des médecins, sera « adapté » pour les départements de Paris, des Hauts-de-Seine et du Rhône.

43. Voir ses propos lors de son audition au Sénat dans le *Rapport d'information n° 699 au nom de la commission des affaires sociales*, juillet 2014.

locaux notamment, en appellent à des mesures de restriction de la liberté d'installation. Sur cette question, le candidat François Hollande exclut toute démarche coercitive pour éviter un conflit sur ce thème avec le corps médical. Mais, faisant écho aux critiques sur les effets délétères du secteur 2, il affiche sa détermination pour ce qui concerne la liberté tarifaire en inscrivant parmi ses soixante engagements : « Je sécuriserai l'accès aux soins de tous les Français en encadrant les dépassement d'honoraires. »

C'est sous cette injonction politique que s'engage une négociation entre l'Unocam, de fait le directeur général de la Cnamts, l'Unocam⁴⁰ et les représentants du corps médical, sachant que parmi les syndicats médicaux la CSMF est incontournable⁴¹.

Cette négociation aboutit, en octobre 2012, à un avenant n° 8 qui comporte trois dispositions principales : un dispositif de régulation des dépassement excessifs ; la garantie des tarifs opposables pour les bénéficiaires de l'aide pour une complémentaire santé (ACS) ; un dispositif censé réguler la progression des dépassements, le contrat d'accès aux soins.

La régulation des dépassements excessifs

L'avenant n° 8 prévoit tout d'abord de limiter les dépassements excessifs. Toutefois, le niveau de dépassement considéré comme excessif n'est pas strictement défini ; l'avenant se borne à spécifier que « le taux de dépassement à 150 % du tarif opposable pourra servir de repère »⁴². Les partenaires conventionnels ont multiplié les critères d'appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire : le taux de dépassement ; la croissance du taux de dépassement ; la fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués ; le dépassement moyen annuel par patient ; la fréquence des actes par patient ; le volume global de l'activité du professionnel de santé ; le lieu d'implantation du cabinet et de la spécialité et, enfin, les niveaux d'expertise et de compétence (cf. article 3 de l'avenant n° 8).

En multipliant les critères, sans références fixées *a priori*, l'avenant ouvre la voie à des discussions sans fin autour de la validité de toute sanction. Celle-ci ne peut d'ailleurs être prononcée par le directeur de caisse primaire qu'après une procédure complexe qui fait intervenir la commission paritaire régionale et ouvre une possibilité de recours devant la Commission paritaire nationale, procédure qui, conjuguée avec le flou de la définition des dépassements excessifs, rend improbable le prononcé de sanctions. Le directeur général de la Cnamts a déjà indiqué qu'il craignait un « blocage de toute décision⁴³ », blocage qui était largement prévisible.

La faible portée de ces dispositions apparaît si l'on prend en compte le fait

44. Bénéficient de l'ACS les personnes dont les revenus sont compris entre le seuil plafond de la CMUC et plus 35 % de ce seuil plafond, soit des revenus inférieurs à environ 11 700 euros annuels pour une personne seule.

que les articles L. 162-1-14 et L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale prévoyaient déjà la possibilité de sanctions pour les médecins qui « exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure », sanctions prononcées par le directeur de caisse dans le cadre d'une procédure moins protectrice pour les médecins que celle de l'avenant n° 8.

Il semble toutefois que l'engagement de la procédure (lettre d'avertissement des médecins) a eu pour effet la réduction de certains dépassements excessifs. Il reste à vérifier si cet effet perdurera dès lors que l'aboutissement des procédures serait effectivement bloqué. En tout état de cause, lutter contre les pratiques extrêmes d'une petite minorité de médecins ne constitue pas une véritable régulation des dépassements.

La prohibition des dépassements pour les bénéficiaires de l'ACS

L'avenant n° 8 prévoit également que les médecins du secteur 2 ne pourront plus pratiquer de dépassements lorsqu'ils prennent en charge des bénéficiaires de l'ACS⁴⁴. Il s'agit de leur garantir le bénéfice de tarifs opposables comme pour les bénéficiaires de la CMUC depuis 2000. Le bénéfice des tarifs opposables est ainsi élargi : il concernait environ 5,2 millions de personnes fin 2014 au titre de la CMU, il concerne désormais environ 950 000 personnes de plus au titre de l'ACS.

Il est difficile d'apprécier si cette obligation nouvelle aura un effet significatif sur les pratiques. La part des actes réalisés à tarifs opposables par les médecins du secteur 2 s'élève en moyenne à 33,3 % et englobe certainement une part des personnes à faibles revenus éligibles à l'ACS. Il reste qu'elles pourront exciper d'un droit aux tarifs opposables plutôt que de devoir espérer ou en appeler à la compréhension du médecin.

Toutefois, si cette mesure est effectivement contraignante pour les médecins, rien ne garantit que ceux-ci ne reporteront pas sur l'ensemble de leur patientèle les dépassements qu'ils ne peuvent plus pratiquer pour les plus modestes ou que ne se développeront pas des comportements de refus de soins déjà notés pour les bénéficiaires de la CMUC (*cf. supra*).

Notons enfin que cette disposition, aussi utile soit-elle, entérine la conception selon laquelle la protection contre le risque maladie peut être différenciée en fonction du revenu. Elle s'inscrit à rebours de la conception traditionnelle selon laquelle cette protection doit être homogène pour l'ensemble de la population. Homogénéité qui constitue, alors même que les plus aisés contribuent à l'assurance maladie à proportion de leurs revenus et non à proportion de leur risque, un élément du consensus autour de l'assurance maladie.

45. Selon une évaluation réalisée en moyenne avant la réforme. De fait, il s'avère selon la Cnamts que les paiements au titre de l'année 2013 ont représenté en moyenne 6 950 euros par médecin spécialiste de secteur 2 ayant adhéré au contrat. Fort logiquement, ce sont les médecins qui pouvaient espérer le gain le plus élevé qui ont adhéré au contrat d'accès aux soins.

Un dispositif censé réguler le taux de dépassement

L'avenant n° 8 crée enfin le contrat d'accès aux soins, dispositif censé réguler la progression du taux de dépassement.

Le médecin de secteur 2 qui adhère à ce contrat doit avoir un taux de dépassement inférieur à 100 % ; il s'engage à maintenir sa pratique tarifaire et sa part d'actes à tarifs opposables ainsi qu'à ne pas augmenter son taux de dépassement par rapport à l'année 2012. En contrepartie, il bénéficie de la prise en charge des cotisations sociales pour les actes qu'il réalise à tarifs opposables, avantage qui peut représenter selon la Cnamts 4 300 euros en moyenne par médecin concerné⁴⁵. Le médecin de secteur 2 peut aussi facturer certaines majorations d'honoraires réservées jusqu'à alors au médecin de secteur 1 ; son patient sera mieux remboursé par l'assurance maladie, même à pratique tarifaire constante.

Ce dispositif, pour le médecin de secteur 2, comporte un avantage (la prise en charge des cotisations sociales sur les actes réalisés à tarif opposable) et une contrainte (maintenir sa pratique tarifaire). Un médecin n'a donc intérêt à adhérer au contrat d'accès aux soins que si le gain sur les cotisations sociales est supérieur à celui qu'il lui est possible d'obtenir en augmentant ses dépassements. Les médecins du secteur 2 sont ainsi d'autant plus incités à adhérer au contrat d'accès aux soins que leur possibilité d'augmenter leur niveau de dépassement est faible (évolution du niveau de vie des patients, existence d'une concurrence du secteur 1, etc.) et que leur part d'activité à tarif opposable est forte.

Le médecin de secteur 2 est systématiquement gagnant dans ce dispositif. Ainsi, le médecin qui peut espérer recevoir, par exemple, 2 000 euros au titre de la prise en charge des cotisations sociales, n'adhérera au contrat l'année N que s'il ne peut pas augmenter son taux de dépassement de manière à obtenir 2 000 euros de revenus supplémentaires sur la même année. L'effet de modération des dépassements est ainsi borné par le montant total que l'assurance maladie consacrerà à la prise en charge des cotisations sociales des médecins en contrat d'accès aux soins. Exprimé autrement, le cotisant/contribuable paye pour que le médecin de secteur 2 renonce à augmenter ses dépassements, le médecin de secteur 2 ne subit en toute hypothèse aucune diminution de ses gains potentiels. Il peut même bénéficier d'un effet d'aubaine : il adhère au contrat et reçoit 2 000 euros alors qu'il n'avait pas la possibilité (ou la volonté) d'augmenter ses dépassements à hauteur de 2 000 euros. Au total, le contribuable/cotisant paye, une partie de sa contribution est récupérée par le patient qui recourt au médecin de secteur 2 adhérent au contrat d'accès aux soins (cas où des hausses de dépassements sont évitées), l'autre partie revient aux médecins de secteur 2 (hypothèse de l'effet d'aubaine).

46. Il peut même sortir du contrat plus simplement... en ne le respectant pas, phénomène assez répandu semble-t-il puisque, selon la Cnamts, 25 % des adhérents n'ont pas respecté leurs engagements en 2014.

47. Au total, elle aura dépensé plus puisque les patients du médecin en contrat d'accès aux soins sont mieux remboursés qu'en secteur 2.

Notons d'ailleurs que dans la conjoncture actuelle, le dispositif est attractif pour les médecins : il est délicat d'augmenter les dépassements en période de restriction du niveau de vie des patients, ce dont témoigne (*cf. supra*) la légère baisse du taux de dépassement à partir de 2011 avant même que n'entrent en vigueur, fin 2013, les dispositions de l'avenant n° 8.

Surtout, le dispositif s'avère très favorable au médecin du secteur 2 car il peut sortir du contrat à l'issue de chaque année civile sans autre sanction que le retour à la situation antérieure⁴⁶. Si, donc, notre médecin du secteur 2 qui avait adhéré au contrat l'année N constate en N+1 qu'il lui est maintenant possible d'obtenir plus de 2 000 euros en augmentant ses dépassements, il reprendra sa liberté. Ainsi, l'assurance maladie aura payé 2 000 euros au médecin⁴⁷ pour repousser d'un an l'augmentation du taux de dépassement dans la meilleure des hypothèses, pour rien dans la pire des hypothèses (le médecin n'aurait pas, en tout état de cause, augmenté ses dépassements durant l'année N mais seulement en N+1).

Le contrat d'accès aux soins est donc fortement asymétrique ; il ouvre un espace de jeu où le médecin est systématiquement gagnant et où les ressources de l'assurance maladie, c'est-à-dire les contributions des cotisants, risquent d'être gaspillées en pure perte.

Comment expliquer que la Cnamts et l'Unocam aient souscrit à des dispositions aussi manifestement déséquilibrées ? On pourrait faire l'hypothèse qu'elles n'ont pas perçu ce déséquilibre ou ont fait le pari que les médecins ne se comporteraient pas en simples acteurs rationnels. Ce serait leur faire injure de penser qu'elles aient pu faire preuve d'une telle inconséquence ou d'une telle naïveté. Il faut donc voir dans ces dispositions une habileté : elles permettent d'afficher une perspective de modération sur le niveau des dépassements sans mettre en cause fondamentalement les intérêts des médecins du secteur 2, condition pour obtenir une signature de la CSMF et préserver le dispositif conventionnel.

Cette asymétrie renvoie *in fine* aux structures même de la négociation. La discussion conventionnelle met en présence deux parties : les représentants des médecins, qui sont comptables très directement des intérêts matériels de leurs mandants, les technostructures de la Cnamts et de l'Unocam qui, de fait, ont une relation beaucoup plus lâche avec les intérêts diffus du patient/contribuable/cotisant. Alors que les premiers doivent rendre des comptes à des mandants très au fait de leurs intérêts et peuvent être sanctionnés lors des élections syndicales internes ou des élections professionnelles, les autres sont soumis à un contrôle bien moins strict.

De plus, le contrat d'accès aux soins n'est pas ouvert aux seuls médecins

48. V. Bellamy, L. Samson, « Choix du secteur de conventionnement... », *op. cit.*

49. Les spécialistes de secteur 1 qui ne peuvent pas justifier du titre d'ancien assistant ou d'ancien chef de clinique restent bloqués en secteur 1.

50. Voir le communiqué de presse de la Cnamts du 21 mai 2015 dont le titre témoigne d'un effort certain pour ciseler la communication sur ce thème : « Dépassements d'honoraires : une vigilance partagée qui implique le bon diagnostic ».

51. Voir le document « Les dépassements d'honoraires des médecins toujours en hausse » du 21 mai 2015. L'Observatoire citoyen des restes à charge en santé réunit le Ciss, 60 Millions de consommateurs et Santéclair.

52. Quelques données supplémentaires ont toutefois été fournies dans une annexe du rapport annuel « charges et produits » : Cnamts, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, proposition de l'assurance maladie pour 2016*, 2 juillet 2015.

du secteur 2 mais également aux médecins du secteur 1 déjà installés qui disposent des titres permettant d'accéder au secteur 2 lors de la première installation. Ces médecins « bloqués » en secteur 1 parce qu'ils n'avaient pas adhéré au secteur 2 avant 1990 ou lors de leur première installation, pourront donc désormais pratiquer des dépassements. Leur taux de dépassement ne doit pas être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatés pour les médecins éligibles au contrat d'accès aux soins de la même spécialité et de la même région ; leur part d'activité à tarif opposable obéit aux mêmes règles sans pouvoir être inférieure à 30 %.

Les médecins ont donc obtenu satisfaction sur leur revendication principale : permettre à certains médecins « bloqués » en secteur 1 d'accéder, même si c'est dans un cadre régulé, à la possibilité de pratiquer des dépassements. La promesse non tenue de Xavier Bertrand en 2004 est ainsi honorée sous le gouvernement de Jean-Marc Ayrault. Cette disposition ouvre la porte à une réduction du nombre et de la part des médecins spécialistes soumis à la discipline tarifaire du secteur 1. Elle réduit donc le frein que la présence d'une offre de secteur 1 pouvait faire peser sur la pratique tarifaire des médecins de secteur 2⁴⁸ et risque d'étendre les zones où l'accès aux tarifs du secteur 1 est particulièrement difficile.

L'avenant n'a pas, pour autant, satisfait l'ensemble des représentants des médecins : le Bloc s'y oppose vigoureusement au motif qu'il n'a pas ouvert des possibilités de dépassement à l'ensemble des spécialistes libéraux⁴⁹, témoignant par là de la vigueur maintenue des revendications autour de la liberté tarifaire, notamment au sein du segment de la profession le plus prestigieux et souvent le mieux rémunéré (chirurgiens, anesthésistes).

Un premier bilan de l'accord

Il n'est malheureusement pas possible d'établir un bilan complet de la première année (2014) de mise en œuvre de l'accord. Les informations diffusées par la Cnamts se bornent à un communiqué de presse⁵⁰ en réaction à la publication de certaines données par l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé⁵¹. On ne dispose pas de données aussi simples et utiles que le coût pour l'assurance maladie de l'accord et du contrat d'accès aux soins, le nombre de procédures pour dépassements excessifs et leur état d'avancement, l'évolution des dépassements par spécialité, l'évolution du nombre de médecins en secteur 2 ou du nombre de médecins autorisés à pratiquer des dépassements suite au « déblocage » du secteur 2... Cette absence de transparence est une des illustrations de la faiblesse, évoquée plus haut, du contrôle de l'action des négociateurs conventionnels, Uncam et Unocam⁵².

La Cnamts se réjouit toutefois que le taux moyen de dépassement tous médecins en secteur 2 ait diminué de 55,1 % en 2013 à 54,1 % en 2014. Il est difficile d'apprécier sur la base de ce seul chiffre ce que cette évolution doit à l'accord et ce qu'elle doit au prolongement de la faible diminution enregistrée en 2012 et 2013 du fait de la crise. De plus, comme indiqué *supra*, cette modération, dans la mesure où elle tiendrait à un effet du contrat d'accès aux soins, est réversible et ne peut correspondre qu'à un simple report de hausses tarifaires. La Cnamts se félicite également que la part d'actes à tarif opposable soit passée de 33,4 % en 2013 à 34,7 % en 2014. Toutefois, on ne peut interpréter ce chiffre sans tenir compte de la très forte progression de bénéficiaires de la CMUC (6,3 % entre décembre 2013 et décembre 2014 selon le Fonds CMU), progression qui induit logiquement une progression des actes qui doivent être réalisés à tarifs opposables. On peut aussi lire dans cette évolution modeste la confirmation que la prohibition des tarifs opposables pour les bénéficiaires de l'ACS n'était pas une contrainte forte pour les médecins du secteur 2.

La Cnamts se félicite également que le taux de dépassement des médecins ciblés pour pratiques tarifaires excessives ait diminué de 18,9 % mais malheureusement se garde bien d'indiquer le nombre de médecins et les montants de dépassement concernés.

On apprend toutefois grâce à l'Observatoire citoyen des restes à charge que sur les 11 400 signataires d'un contrat d'accès aux soins en février 2015, 2 600 sont des médecins généralistes. Une très forte proportion de généralistes alors que, on l'a vu, peu de généralistes relevaient en 2013 du secteur 2 (3 240 généralistes au sens strict, 5 811 si l'on prend en compte les médecins à exercice particulier). On peut penser que ce fort taux d'adhésion renvoie à l'effet d'aubaine évoqué plus haut : il est difficile aux généralistes du secteur 2 confrontés à une concurrence relativement forte de leurs confrères du secteur 1 d'augmenter leurs dépassements ; il est donc logique qu'ils optent pour le contrat d'accès aux soins et le gain associé (la prise en charge des cotisations pour les actes à tarifs opposables).

Mais l'on apprend surtout que 3 444 spécialistes du secteur 1 ont opté pour le contrat d'accès aux soins ; ces 3 444 spécialistes, qui devaient jusqu'à présent respecter les tarifs du secteur 1, vont désormais pouvoir pratiquer des dépassements d'honoraires. De ce seul fait, le nombre de spécialistes habilités à pratiquer des dépassements (23 802 en 2013) progresse de plus de 14 %. Si l'on peut penser qu'ils n'utiliseront cette faculté de dépasser que progressivement, ils devraient en toute logique s'aligner à terme sur la pratique de leurs confrères du secteur 2 avec les effets délétères induits : hausse des dépasse-

53. On notera toutefois qu'interrogés sur diverses mesures visant à réduire le déficit de l'assurance maladie, 87 % des Français sont plutôt favorables à la proposition « limiter les tarifs des professionnels de santé ». R. Coppoletta, V. Le Palud, « Les dépenses de santé et l'assurance maladie : qu'en pensent les Français ? », in : *Comptes nationaux de la santé 2013*, op. cit.

ments, élargissement des zones où il est difficile d'accéder à un spécialiste de secteur 1.

Enfin, sur la période 2012-2014, les dépassements des spécialistes augmentent de 7,7 %, un taux de croissance bien évidemment sans rapport avec l'évolution du revenu des patients sur la période. Même si le taux de dépassement s'infléchit, l'expansion des dépassements est nourrie par l'augmentation du nombre de médecins autorisés à pratiquer des dépassements, phénomène que l'avenant n° 8 ne régule pas et même, on vient de l'évoquer, aggrave.

Au total, l'avenant n° 8, dont la négociation s'est ouverte dans la perspective d'encadrer le secteur 2, porte des dispositions globalement favorables aux médecins du secteur 2 (sauf peut-être pour la petite minorité dont les dépassements sont considérés comme excessifs) et qui, loin des restreindre les dépassements, risquent de les augmenter à travers le « déblocage » du secteur à honoraires libres.

Toutefois, du fait de la complexité des dispositions conventionnelles et de l'absence de surveillance stricte du résultat des négociations, cet avenant a pu être présenté comme un progrès pour les patients/assurés.

Cet épisode révèle que les spécialistes et leurs représentants, s'ils n'ont pas la capacité de faire aboutir des revendications radicales (réouverture du secteur 2 pour tous les spécialistes), sont en mesure de faire obstacle à toute mesure véritablement contraignante et même de retourner en leur faveur une négociation qui s'ouvrait sous des auspices qui leur étaient défavorables. Malgré la publicisation de cette question au cours des années 2000, les divers appels à contraindre le secteur 2, et l'engagement du candidat à la présidence de la République, les pouvoirs publics ne sont pas en mesure d'obtenir de véritables concessions de la part du corps médical dans le cadre des négociations conventionnelles.

Aller au-delà aurait exigé de sortir de ce cadre conventionnel ; celui-ci impose de recueillir la signature de la CSMF et borne donc strictement d'éventuelles velléités régulatrices. Cela aurait aussi certainement supposé d'accepter la perspective d'un conflit avec une fraction du corps médical sur le mode de celui de la fin des années 1980 (épisode du gel du secteur 2, gouvernement Rocard).

On peut comprendre les réticences de tout gouvernement, aurait-il la conviction que les dépassements ont des effets délétères, à s'engager dans une telle démarche. Même si les problèmes posés par les dépassements ont été largement publicisés, il ne pourrait compter dans un tel conflit que sur un soutien diffus de la population⁵³ et de certains groupes organisés (associations de consommateurs et de patients). Les organisations syndicales de salariés sont historiquement attachées au dialogue avec le corps médical dans le cadre des

54. La FNMF a vigoureusement soutenu l'avenant n° 8. Voir sur son site le document du 30 octobre 2012 « Dépassement d'honoraires : un premier coup d'arrêt » (consulté le 21 octobre 2014).

55. Sur cette question, voir P.-L. Bras, « Organisation des soins et régulation des dépenses ambulatoires : le rôle des syndicats médicaux », *Les Tribunes de la santé*, n° 18, printemps 2008.

56. F. Pierru, « Les conséquences électorales des conflits de la santé : mythe ou réalité ? », *Les Tribunes de la santé*, n° 46, printemps 2015.

relations conventionnelles et, malgré leur attachement à une large couverture des soins médicaux, font preuve d'une certaine compréhension vis-à-vis des médecins qui dénoncent la faiblesse des tarifs du secteur 1. Le mouvement mutualiste, traditionnellement critique à l'égard du secteur 2, semble, depuis qu'à travers l'Unocam il est admis à la table des négociations conventionnelles, s'inscrire dans une logique de compromis plutôt que d'affrontement avec le corps médical⁵⁴. Engager une épreuve de force sur cette question reviendrait donc pour le gouvernement à affronter, sans soutien vraiment affirmé, la fraction la plus prestigieuse du corps médical parfaitement apte, en s'appuyant sur la noblesse de sa mission, à faire entendre ses revendications et, surtout, capable, si nécessaire, de mobiliser autour de la liberté tarifaire les internes en position de bloquer le fonctionnement du système hospitalier.

L'avenant n° 8 est le résultat d'un cadre institutionnel⁵⁵ – la convention médicale – et d'un rapport de force social qui sont, tous deux, aujourd'hui favorables aux spécialistes, et cela alors même que les préoccupations sur l'accès aux soins sont relayées par les plus hautes autorités de l'État.

Cet avenant peut s'analyser aussi comme le résultat d'une stratégie d'évitement du conflit avec le corps médical, du moins avec la fraction des médecins spécialistes. Faut-il expliquer cette stratégie d'évitement du conflit par la prégnance du mythe de la capacité de nuisance électorale des médecins qu'analyse Frédéric Pierru⁵⁶ ? Il se peut que ce mythe ait joué un rôle mais on peut penser que la prudence des pouvoirs publics tient aussi à une réalité : tout conflit, avec n'importe quel groupe social, est susceptible de provoquer une sanction si les troubles associés sont importants (en l'occurrence, d'éventuelle perturbations du fonctionnement de l'hôpital), si les bénéfices espérés sont diffus et si les soutiens organisés sont faibles.

Mais, et c'est là qu'apparaît un paradoxe, cette stratégie d'évitement du conflit n'a pas été poursuivie. En effet, le gouvernement, en 2014, s'est engagé dans une épreuve de force autour du tiers payant avec l'ensemble du corps médical et non avec les seuls spécialistes. Et cela alors même qu'au regard de l'équité et de l'accès aux soins, la question du tiers payant ne semble pas aussi sensible que celle de la régulation des dépassements. A-t-on choisi le bon terrain d'affrontement ?

contact
PLBras@free.fr

Pierre-Louis Bras, HEC, ENA, a été membre de divers cabinets ministériels et directeur de la sécurité sociale. Actuellement membre d'un corps d'inspection, il est professeur associé à l'université Paris Descartes et membre de la Chaire santé de Sciences-Po.