

Les dépassements d'honoraires médicaux

En France, les consultations de médecins sont remboursées en partie par l'assurance maladie. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS) propose aux médecins qui le souhaitent de signer une convention depuis 1971. **Cette convention fixe un tarif opposable aux médecins qui la signent**, et seul ce tarif sera remboursé par l'assurance maladie.

Lorsqu'un médecin signe cette convention, il s'engage en principe à ne facturer au patient que le montant remboursé par l'assurance maladie. Le tarif opposable est actuellement fixé à 22€ pour un médecin généraliste. Le médecin conventionné pourra cependant pratiquer des dépassements d'honoraires (voir infra).

Les médecins qui ne souhaitent pas signer cette convention sont libres de fixer leurs honoraires. Seule une partie du tarif sera remboursée au patient, cette partie étant fixée par l'assurance maladie en dessous du tarif opposable.

La convention médicale prévoit cependant des cas où les médecins peuvent fixer un tarif plus élevé que le tarif opposable, la différence n'étant pas remboursée à l'assuré par l'Assurance maladie. Cette pratique du dépassement d'honoraires varie selon que le médecin est en secteur 1 ou en secteur 2 : les dépassements seront ainsi autorisés de façon occasionnelle ou de façon permanente. Dans tous les cas, les médecins doivent, selon le code de déontologie, fixer le montant de leurs honoraires avec « **tact et mesure** ».

Lorsque le médecin est conventionné :

Les possibilités occasionnelles de dépassement des tarifs opposables

Les médecins conventionnés avec l'assurance maladie en secteur 1 ne disposent que de possibilités occasionnelles de dépasser le tarif opposable de l'assurance maladie. Cette possibilité est ouverte dans deux cas : le dépassement occasionnel pour exigence du malade (DE) et depuis 2005 le dépassement autorisé (DA).

- Le dépassement occasionnel pour exigence particulière du malade (DE) :

Cette possibilité de dépassement est ouverte aux médecins de secteur 1 depuis la première convention médicale en 1971 en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence spécifique du malade. La dernière convention datant de 2005 ne précise pas quels sont les cas précis pour lesquels le médecin peut facturer un DE. Le Code de la Sécurité Sociale précise que l'exigence particulière du patient peut consister en une « *visite médicalement injustifiée* ».

Cette possibilité de dépassement n'est pas plafonnée.

- Le dépassement autorisé plafonné (DA) :

Dans le cas où le patient ne respecte pas le parcours de soins coordonnés tel qu'il est défini dans la loi du 13 août 2004 (respect du dispositif du médecin traitant), le médecin conventionné en secteur 1 peut facturer un dépassement « autorisé ». Ce DA ne peut se cumuler avec le DE, et son montant est plafonné à 17,5% du tarif opposable.

Les possibilités permanentes de dépassement des tarifs opposables

Il existe deux cas pour lesquels le médecin conventionné peut pratiquer des dépassements d'honoraires de façon permanente : s'il est titulaire d'un droit permanent à dépassement (DP) ou s'il est autorisé à pratiquer des « honoraires différents » (c'est le médecin dit conventionné secteur 2).

- Le droit permanent à dépassement (DP):

Dans la première convention de 1971, il était prévu que certains praticiens pouvaient dépasser les tarifs en raison de leur qualité particulière résultant de leurs titres universitaires ou hospitaliers, ou encore en raison d'une « *autorité médicale accrue* ». Ce droit à dépassement a été fermé par la convention de 1980 : il ne reste ainsi que très peu de médecins encore titulaires de ce droit. Selon les chiffres de la CNAMTS de 2003, seuls 34 omnipraticiens (soit 0,1% des effectifs) et 725 spécialistes (soit 1,4% des effectifs) étaient titulaires du DP.
y-a-t-il des chiffres plus récents ?

- Le secteur 2 :

Parallèlement à la suppression du DP, la convention de 1980 a ouvert plus largement le droit à dépassement en créant le « secteur 2 », qui permet aux médecins qui ont choisi d'exercer dans ce secteur de pratiquer des dépassements systématiques. En contrepartie, ces médecins perdent les avantages sociaux financés par la CNAMTS.

Face à l'augmentation importante des médecins choisissant le secteur 2, la convention de 1990 a organisé des conditions d'accès plus restrictives : il faut désormais que les praticiens soient détenteurs de certains titres (par exemple ancien chef de clinique des universités ou encore ancien assistant des hôpitaux généraux) et le choix du secteur ne peut se faire qu'au moment de la première installation.

Lorsque le médecin n'est pas conventionné :

Le médecin est toujours **libre de signer ou non la convention avec l'assurance maladie**. Lorsqu'il choisit de ne pas signer cette convention, il bénéficiera d'une **totale liberté dans la fixation de ses honoraires**. Le patient ne sera remboursé que d'une part de la consultation, part qui sera toujours inférieure au tarif opposable fixé dans la convention.

Par exemple : un patient qui va voir un médecin généraliste non conventionné pourra payer une consultation 40€ : l'assurance maladie ne lui remboursera que 15€. Un patient qui va voir un médecin généraliste conventionné secteur 2 pourra payer sa consultation 40€, mais l'assurance maladie lui remboursera le montant du tarif opposable, soit 22€.

Dans tous les cas, que le médecin soit conventionné ou pas, la pratique du **dépassement d'honoraires doit se faire avec « tact et mesure »** (Code de déontologie médicale).

Depuis le 14 octobre 2008, un arrêté impose aux médecins et aux professionnels de santé une information écrite et préalable à remettre au patient dès lors que les « honoraires totaux des actes et prestations facturés sont supérieurs ou égaux à 70 euros ». Cette mesure devrait permettre de limiter les dépassements d'honoraires abusifs.

Dépassements d'honoraires et reste à charge

Les **dépassements d'honoraires ne sont jamais pris en charge par l'assurance maladie**. Ils sont pris en charge directement par le patient, ou, le cas échéant, par son assurance complémentaire.

Selon un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) publié en avril 2007¹, les contrats proposés par les complémentaires qui couvrent l'intégralité des dépassements sont minoritaires. Selon ce même rapport, lorsque les dépassements excèdent de 50% les tarifs opposables, « *il est probable que la majorité de la population n'est pas couverte* ». Enfin, l'IGAS estime qu'« *appréciée globalement, cette prise en charge [par les complémentaires] n'atteint environ qu'un tiers des dépassements facturés* ».

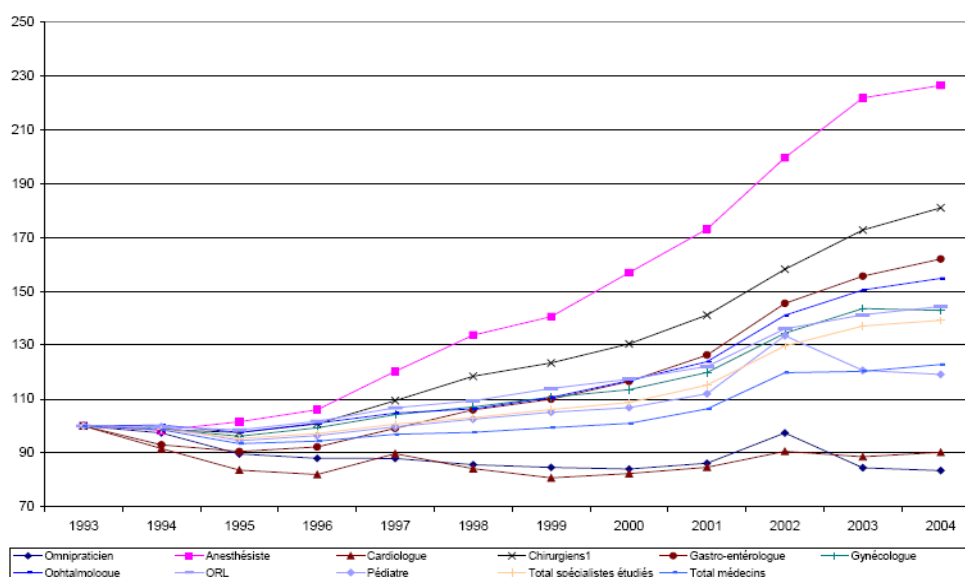
La mission de l'IGAS conclut donc que les dépassements constituent « *l'essentiel de ce qui reste à la charge du patient après l'intervention des organismes complémentaires* ».

Le montant des dépassements d'honoraires

La pratique des dépassements d'honoraires est en constante progression depuis le début des années 90 (voir graphique ci-dessous).

¹ http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/dépassements_honoraires/rapport.pdf

Graphique 1 : Evolution de la part des dépassements par discipline dans les honoraires totaux entre 1993-2004 (base 100 en 1993)



Source : CNAMTS/SNIR, traitement DREES et IGAS

Pour l'ensemble des médecins (omnipraticiens et spécialistes), la croissance des dépassements d'honoraires s'est ralentie depuis 2004. En effet, selon une communication de l'assurance maladie du 5 juin 2008², la croissance de ces dépassements est de 3,4% par an entre 2004 et 2006, contre 9,5% entre 2000 et 2004.

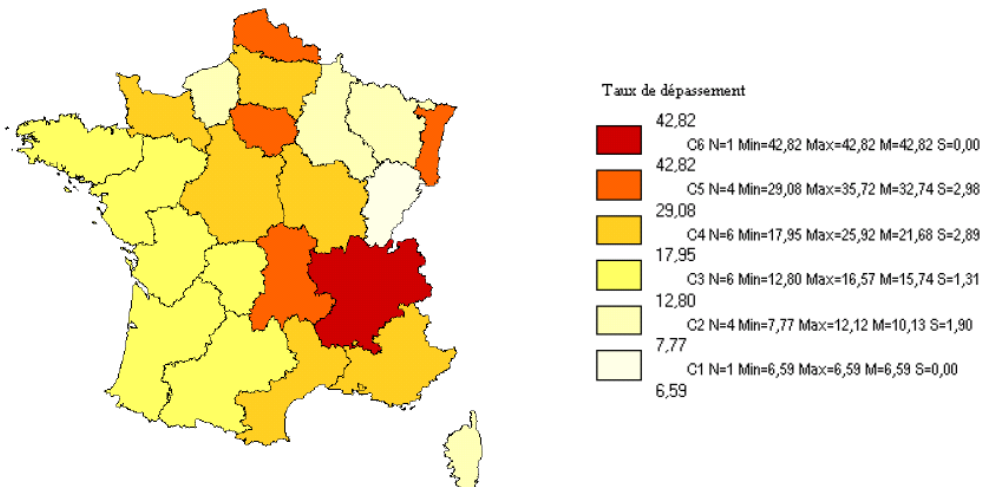
Selon la CNAMTS, les médecins ont perçu 19,3 milliards d'€ d'honoraires en 2006, dont **1,75 milliards d'€** au titre de la pratique du dépassement d'honoraires. En moyenne, un médecin a perçu 175 000€ d'honoraires en 2006, dont **18 500€** de dépassements. Enfin, selon l'assurance maladie, les dépassements d'honoraires représentent plus de 12% du total des honoraires des médecins en 2008.

Répartition géographique et par spécialités de la pratique des dépassements d'honoraires

Il existe de fortes disparités entre les régions dans la pratique des dépassements d'honoraires. En effet, selon le même rapport de l'IGAS, le taux moyen de dépassement des médecins en secteur 2 varie du simple au double : alors qu'il avoisine 25% en Poitou-Charentes, Limousin et Bretagne (régions où les effectifs de médecins en secteur 2 sont faibles), il atteint 43% dans le Pas-de-Calais et en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), et va même jusque 63% en Ile-de-France. Les disparités géographiques se retrouvent également dans les établissements de santé, publics ou privés (voir carte ci-dessous).

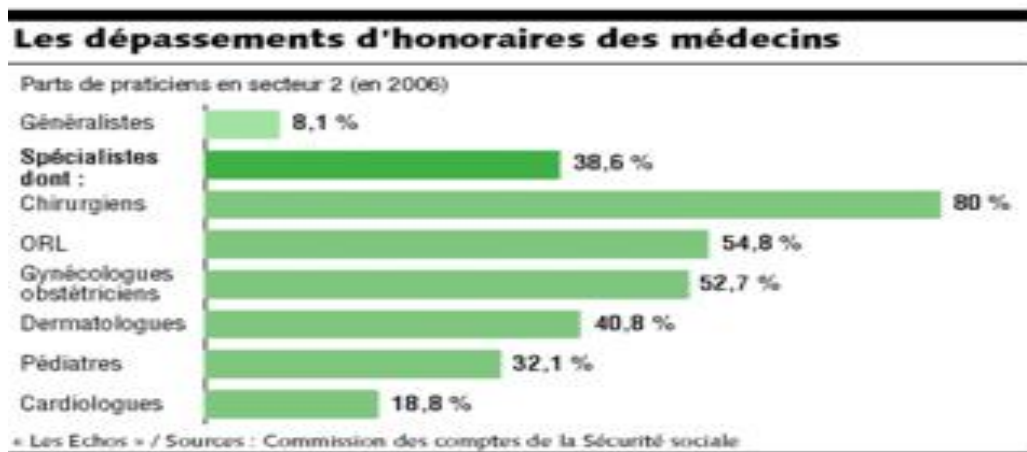
² http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_honoraires_2006_def.pdf

Figure 2 : Taux de dépassements régionaux des praticiens du secteur 2 et IDP pour leur activité libérale en établissement de santé public ou privé en 2005 (Spécialistes et omnipraticiens, y compris hospitaliers publics)



Source : rapport de l'IGAS sur les dépassements d'honoraires médicaux, avril 2007.

Les disparités dans la pratique des dépassements d'honoraires existent également entre les spécialités. Ainsi, si le taux de dépassement d'honoraires reste relativement stable chez les omnipraticiens (43% en 2004 contre 41% en 1990), il connaît une forte augmentation chez les spécialistes (47% en 2004 contre 25% en 1990). (Voir tableau ci-dessous)



De même, la part des médecins généralistes conventionnés secteur 2 est en baisse depuis 1995, alors que la part des spécialistes conventionnés secteur 2 reste stable (voir tableau ci-dessous).

Tableau 3 : Evolution sur longue période de la part des praticiens conventionnés à honoraires libres

	1985	1990	1995	2000	2004
Omnipraticiens	16%	22%	18%	14%	13%
Total spécialistes	30%	42%	38%	37%	38%
Dont :					
Total chirurgiens	55%	73%	74%	79%	82%
Anesthésistes	12%	28%	23%	22%	24%
Gynécologues	36%	56%	52%	51%	52%
ORL	41%	56%	52%	52%	54%
Pédiatres	31%	42%	36%	34%	33%
Ophthalmologistes	35%	52%	49%	49%	51%

Source : CNAMTS-SNIR APE, traitement CNAMTS et IGAS

Les propositions d'évolution de la pratique des dépassements

L'IGAS propose quatre scénarios alternatifs d'évolution de la pratique des dépassements d'honoraires par les médecins.

- Mieux informer le patient sur la pratique des dépassements d'honoraires : cela suppose notamment que l'information du patient soit mieux respectée. En effet, si les médecins ont l'obligation d'afficher leurs tarifs dans leur cabinet lorsqu'ils pratiquent des dépassements d'honoraires, cette obligation n'était pas toujours respectée. La publication de l'arrêté du 14 octobre 2008 (cf ci-dessus) devrait permettre de renforcer l'information du patient.
- Moduler les possibilités de dépassements en fonction de la réalité de l'offre : l'IGAS propose quelques pistes de réformes sur l'encadrement des différents droits à dépassement, notamment celle de rendre non automatique le droit à dépassement même pour le secteur 2, afin de limiter cette pratique.
- Plafonner les dépassements : il s'agit ici de l'option de coordination, qui existe déjà dans la convention de 2005 (dépassement autorisé plafonné décrit plus haut). L'IGAS voudrait voir ce processus se développer et être plus valorisé auprès des médecins.
- Supprimer (totalement ou partiellement) la possibilité de pratiquer des dépassements : cette solution « radicale » selon l'IGAS, permettrait « de rétablir l'égalité d'accès aux soins pour l'ensemble des assurés ». En contrepartie de cette potentielle baisse de revenus pour certains médecins, le rapport propose de mettre en place une part de rémunération à la performance à l'instar de ce qui existe en Grande-Bretagne.