



DOSSIER DE PRESSE

OBSERVATOIRE DES PRATIQUES TARIFAIRES

DEPASSEMENTS D'HONORAIRES DES MEDECINS UNE TENDANCE A LA BAISSSE QUI SE CONFIRME

29 novembre 2017

CONTACTS PRESSE

Caroline Reynaud : 01 72 60 14 89
Céline Robert-Tissot : 01 72 60 13 31
presse@cnamts.fr

SOMMAIRE

COMMUNIQUE DE PRESSE	3
I. REcul DES DEpASSEMENTS D'HONORAIRES DES MEDECINS	5
1. Le constat	5
2. Les tendances observées.....	5
3. Les spécificités géographiques	6
4. Les évolutions par spécialité	7
A. Zoom sur les médecins hospitaliers à temps plein.....	8
II. LE ROLE DES DISPOSITIONS DE MAITRISE DES PRATIQUES TARIFAIRES	9
1. La première mesure mise en place, le Contrat d'accès aux soins	9
2. Un contrat revu et renouvelé en 2016 pour être plus incitatif et plus souple.....	9
3. Des adhérents en hausse	10
III. LES MESURES DE SANCTIONS	11
1. Un dispositif qui commence par une information	11
2. Un effet vertueux	11

Nouveau recul des dépassements d'honoraires des médecins en 2017

Depuis la mise en œuvre des premières mesures en faveur de la maîtrise des dépassements d'honoraires en 2012, le taux de dépassement chez les médecins de secteur 2, notamment chez les médecins spécialistes (hors médecine générale), recule pour la 5^{ème} année consécutive comme le révèle le bilan à mi-2017 de l'**Observatoire conventionnel sur les pratiques tarifaires**, présenté aux syndicats professionnels des médecins libéraux aujourd'hui.

Ce taux qui mesure la part des dépassements facturés au-delà du tarif opposable a baissé d'un 1,4 point en 2016 et 0,3 points au 1^{er} semestre 2017, soit un recul de 3,8 points depuis 2012. Dans le même temps, la part des actes pratiqués à tarif opposable (i.e. sans dépassement) a progressé sur la même période de 32,9% à 37,5% entre 2012 et 2016.

Cette évolution significative témoigne d'une inversion de tendance sans précédent depuis la création du secteur 2 en 1980 et qui se confirme dans la durée. Cette évolution correspond à la mise en place du contrat d'accès aux soins en 2012, et a été prolongée depuis par la mise en place des nouvelles dispositions, plus souples et plus incitatives, appelées Optam et Optam-CO (option spécifique aux chirurgiens et gynécologues-obstétriciens), inscrites dans la dernière convention médicale signée en août 2016¹.

« Même s'il reste du chemin à parcourir, nous sommes parvenus à inverser une tendance historique de plus de 30 ans d'augmentation du taux de dépassement des médecins de secteur 2. Depuis 5 ans, le mouvement est à la baisse et il va se poursuivre avec le nouveau dispositif OPTAM mis en place dans la nouvelle convention médicale de 2016, qui a déjà attiré à ce jour 15 000 médecins, soit 42 % de plus qu'il y a un an», » indique Nicolas Revel, directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam).

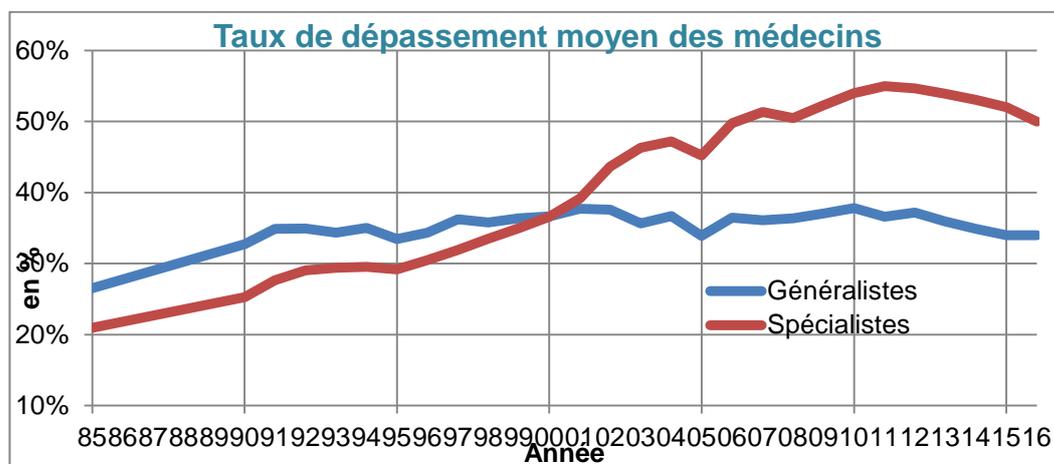


Figure 1 - Taux de dépassement moyen des médecins installés en secteur 1 et 2
Source Snir – France métropolitaine

¹ signé entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et 3 des syndicats représentatifs des médecins libéraux

Au 21 novembre, près de 15 000 médecins ont signé ces nouveaux contrats d'engagement de maîtrise de leurs tarifs, soit plus de 45% des médecins éligibles, un nombre de signataires en hausse de 42% par rapport à l'ancien contrat. On observe également des taux d'adhésion en nette progression chez les chirurgiens comme chez les gynécologues - autour de 50%.

L'ensemble des 23 spécialités étudiées par l'Observatoire voient leurs taux de dépassement reculer, dans des proportions diverses, allant de 0,5% pour les chirurgiens à 6,5% pour les pédiatres ou les psychiatres. A noter, cette baisse concerne notamment les chirurgiens qui, pour la première fois en 2016, voient leur niveau de dépassement reculer.

Si le montant total des dépassements d'honoraires des médecins - tiré notamment par une augmentation du nombre des médecins spécialistes et une augmentation de leur activité - continue à croître en valeur absolue (2,66 milliards d'euros dont 2,45 milliards pour les seuls spécialistes en 2016), leur hausse s'est ralentie passant d'une augmentation moyenne de 6,3% par an entre 2000 et 2011 à 2,3% par an entre 2012 et 2016.

Cette croissance en valeur absolue ne témoigne pas de l'évolution des restes à charges pour les assurés qui doit, quant à elle, s'apprécier au regard du coût moyen de chaque consultation, à partir du niveau de dépassement en sus du tarif opposable

A noter que l'augmentation du montant des dépassements est désormais inférieure à l'augmentation de l'activité (+4,5% entre 2012 et 2016).

L'observatoire conventionnel des pratiques tarifaires

Instauré en 2012 par l'avenant 8 à la convention médicale, cette instance conventionnelle a été reconduite dans la convention de 2016 Sa mission est d'étudier l'impact des mesures conventionnelles prises à trois niveaux :

1. Les suivi des options de pratiques tarifaire maîtrisée et leur impact sur l'évolution des pratiques tarifaires, tant pour les signataires que pour l'ensemble de la profession
2. L'évolution du nombre d'actes pratiqués aux tarifs 'sécu' (tarifs opposables)
3. Les pratiques tarifaires excessives.

En effet, les mesures adoptées ont comme objectif d'impacter les tarifs pratiqués à ces trois niveaux.

A noter, cet observatoire réunit des experts désignés par l'Uncam, l'Unocam et les syndicats représentatifs des médecins).

I. Recul des dépassements d'honoraires des médecins

1. Le constat

Depuis 1980, date du début de la liberté tarifaire pour les médecins avec la création du secteur 2 et le début des années 2010, on a observé en France une hausse quasi continue des dépassements d'honoraires des médecins. En 1995, le taux moyen de dépassement se situait en dessous de la barre des 30% alors qu'il a atteint 54% en 2011, conduisant à une augmentation du reste à charge pour les assurés. Or, on le sait, le reste à charge constitue la première cause de renoncements aux soins, comme le prouvent les études² conduites sur ce sujet.

Le constat dressé au moment de la négociation de l'avenant 8 qui a posé les bases des mesures qui visaient à la modération tarifaire était le suivant (chiffres 2011) :

- 1 médecin sur 4 pratiquait des dépassements d'honoraires
- Plus de 40% des médecins spécialistes étaient installés en secteur 2
- La dynamique des installations renforce le poids du secteur à honoraires libres : en 2011, 6 médecins spécialistes sur 10 s'installaient en secteur 2.
- Le dépassement moyen facturé (par rapport au tarif opposable) est passé de 38% en 2000 à 55% en 2011 pour les médecins spécialistes.

Dans ce contexte, l'objectif des négociations a été de développer des réponses structurelles et adaptées aux difficultés rencontrées par les assurés en matière d'accès aux soins.

Les négociations engagées en juillet 2012 ont abouti à la signature le 25 octobre 2012 de l'avenant 8 à la convention médicale (JO du 7/12/2012). Cet avenant a été signé par l'UNCAM, l'UNOCAM, la CSMF, le SML et MG France. Les dispositions de cet avenant à la convention de 2011 ont été confirmées et améliorées dans la convention signée en août 2016.

2. Les tendances observées

L'indicateur utilisé pour mesurer l'évolution des dépassements d'honoraires est le taux moyen de dépassement par médecin. Il mesure le montant total des dépassements rapporté au montant total des honoraires remboursables (ou base de remboursement) facturés par les médecins libéraux de secteur à honoraires libres, chaque année.

Globalement, pour l'ensemble des médecins et pour l'ensemble des actes (actes cliniques, comme les consultations et actes techniques qui impliquent un examen ou la pratique d'une procédure médicale comme par exemple, une échographie abdominale), **le taux de dépassement continue de baisser en 2016 pour atteindre 51,9% chez tous les médecins exerçant en secteur 2 et 52,5 % chez les seuls médecins spécialistes** (hors médecine générale).

Inversement, **la part d'actes réalisés à tarifs opposables** (i.e. sans dépassement) témoigne également d'une évolution favorable avec une **tendance à la hausse continue (+5,4 points depuis 2011)**.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2015/2016	2011/2016
Ensemble S2	55,4%	55,4%	55,1%	54,1%	53,3%	51,9%	-1,4 point	-3,5 points
Spé. de S2	56,9%	56,7%	56,3%	55,1%	54,1%	52,5%	-1,6 point	-4,4 points
S2 adhérents	NA	NA	NA	24,3%	22,4%	21,7%	-0,7point	-
% opposable S2	32,1%	32,9%	33,4%	34,7%	36,2%	37,5%	+ 1,3 point	+ 5,4 points

² Source Odenore – diagnostic quantitatif du renoncement aux soins dans 18 départements conduit en juin 2016

On observe une stabilisation du taux de dépassement sur les actes cliniques (65,0% en 2016 versus 65,2% en 2015) et une baisse sur les actes techniques (45,5% en 2016 versus 47,1% en 2015).

Même chez les médecins de secteur 2 non adhérents aux contrats de modération tarifaire, on observe en 2016, pour la première fois, une baisse du taux de dépassement de 65,6% en 2015 à 64,7% (baisse de 0,9 point).

De façon générale, **le taux de dépassement des médecins de secteur 2 a baissé sensiblement en 2016 (51,9% soit -1,4 point) et le taux d'opposable augmente pour s'établir à 37,5% (+ 1,3 point)**. Cette baisse touche également des spécialités comme la chirurgie qui n'étaient pas orientées à la baisse les années précédentes.

La tendance se poursuit au premier semestre 2017, avec un taux de dépassement qui continue à baisser, y compris chez les spécialistes de secteur 2 (-0,3 point), et un taux d'actes pratiqués aux tarifs opposables toujours orienté à la hausse (+0,2 point) chez ces mêmes médecins.

3. Les spécificités géographiques

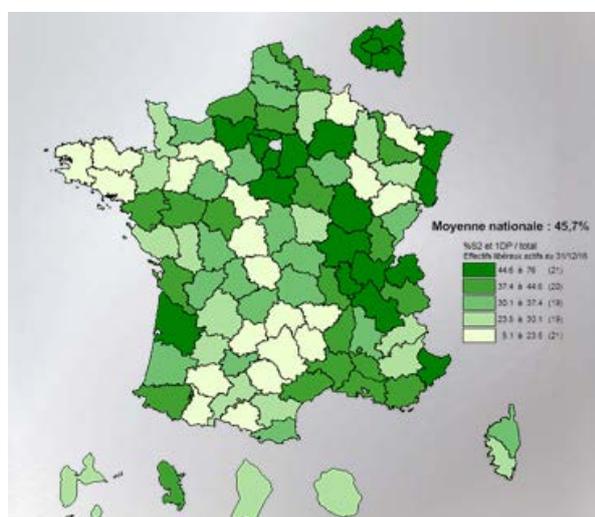


Figure 2 - % des médecins installés en secteur 2

De même, si la moyenne nationale du niveau des dépassements chez les médecins de secteur 2 se situe à 52%, on constate une forte hétérogénéité avec des taux de dépassements qui varient de 11% pour le Cantal à 114% pour Paris.

Par ailleurs, logiquement, le niveau des dépassements observé est plus élevé dans les départements où la part des médecins installés en secteur 2 est la plus forte ; il suit un couloir géographique qui va de la Normandie en passant par la région parisienne pour se prolonger plus à l'est en région Rhône-Alpes.

Il convient tout d'abord de noter que la part des médecins spécialistes de secteur 2 varie fortement d'un département à l'autre. Elle est inférieure à 15% dans 9 départements (Lot, Lozère, Creuse, Ardennes, Aveyron, Orne, Haute Saône ...) et supérieure à 50% pour 13 départements dont Paris et les autres départements d'Ile-de-France, mais aussi dans le Rhône, les Alpes-Maritimes, le Bas-Rhin, la Marne, la Côte-d'Or ou la Haute-Savoie...

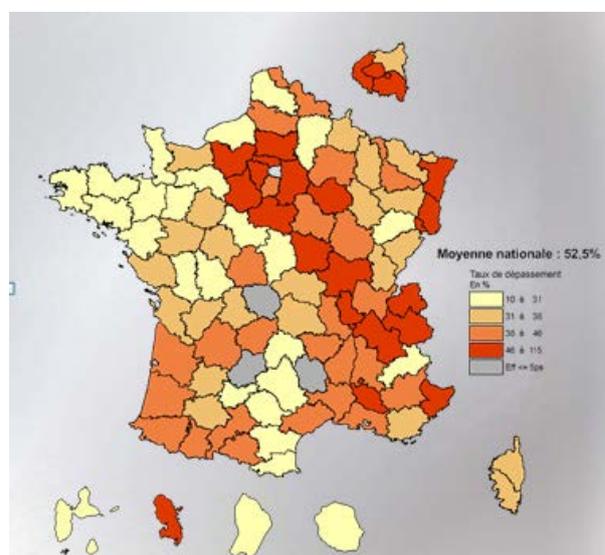


Figure 3 - Taux de dépassement moyen / département

4. Les évolutions par spécialité

A noter, l'Observatoire des pratiques tarifaires fait le point sur l'évolution des taux de dépassement pratiqués par 23 spécialités dont les effectifs et les volumes d'honoraires afférents varient considérablement d'une spécialité à l'autre. C'est pourquoi les évolutions doivent être regardées en tenant compte des effectifs concernés.

S2 et 1DP

Ensemble des actes (Cliniques et techniques)

Spécialité	année 2011		année 2012		année 2013		année 2014		année 2015		année 2016	
	Effectifs	Taux de dép.										
Anesthésistes	1 303	52,0%	1 365	52,2%	1 446	52,3%	1 517	52,2%	1 596	51,8%	1 670	49,5%
Cardiologues	908	23,0%	939	23,2%	957	23,6%	966	23,2%	1 008	22,3%	1 027	21,2%
Chirurgiens	5 128	61,7%	5 243	62,3%	5 303	62,2%	5 391	62,9%	5 491	63,3%	5 606	61,9%
Dermatologues	1 366	71,8%	1 357	71,3%	1 335	72,0%	1 315	67,5%	1 296	66,6%	1 278	66,5%
Endocrinologues	519	69,3%	519	69,0%	521	68,3%	522	61,8%	513	59,7%	511	59,5%
Gastro-entérologues	826	35,6%	837	36,0%	835	37,1%	854	36,8%	856	36,5%	866	35,2%
Gynécologues-médecins	675	100,9%	644	101,8%	628	101,8%	588	98,7%	538	98,6%	509	98,2%
Gynécologues-obstétriciens et mixtes	2 419	78,5%	2 470	77,7%	2 510	76,1%	2 536	73,5%	2 568	72,1%	2 588	70,8%
Gériatres	7	109,7%	10	102,5%	12	109,2%	14	93,9%	15	94,5%	18	92,9%
Internistes	276	62,1%	257	61,9%	264	58,2%	256	51,2%	250	48,4%	247	47,5%
MPR	189	81,5%	187	80,6%	183	75,9%	180	71,1%	174	69,6%	174	66,7%
Néphrologues	20	16,1%	24	14,2%	25	14,4%	27	12,3%	30	11,0%	30	9,5%
Neurologues	257	33,8%	260	32,8%	269	31,7%	274	28,3%	287	25,9%	290	24,9%
ORL	1 302	49,4%	1 308	49,6%	1 310	49,6%	1 311	48,8%	1 330	48,1%	1 332	47,4%
Ophthalmologues	2 620	61,2%	2 647	60,5%	2 671	59,1%	2 697	57,9%	2 698	57,2%	2 713	55,6%
Pneumologues	211	28,1%	213	28,7%	212	29,2%	215	27,2%	222	27,4%	233	26,2%
Psychiatres-neuro-psychiatres	1 945	84,3%	1 991	79,7%	2 009	77,1%	2 046	73,8%	2 111	73,0%	2 157	73,2%
Pédiatres	926	67,6%	929	69,3%	949	69,2%	965	64,4%	990	62,7%	1 012	62,7%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	773	35,7%	805	35,9%	818	36,7%	862	36,6%	908	35,3%	996	34,1%
Radiothérapeutes	38	11,4%	40	11,8%	43	13,2%	46	11,4%	49	8,9%	52	6,6%
Médecine nucléaire	10	4,2%	10	4,7%	12	6,6%	17	5,9%	20	4,7%	22	5,4%
Rhumatologues	844	53,1%	842	53,1%	829	53,0%	829	51,1%	832	50,7%	825	49,9%
Stomatologues	439	74,5%	437	74,2%	433	74,1%	436	74,3%	440	72,9%	448	72,1%
ACP	96	23,2%	99	22,6%	102	22,2%	105	18,7%	107	18,5%	118	17,3%
Total Spécialistes	23 097	56,9%	23 433	56,7%	23 676	56,3%	23 969	55,1%	24 329	54,1%	24 722	52,5%
Généralistes	3 563	39,3%	3 371	40,0%	3 218	40,3%	3 050	40,2%	2 867	40,3%	2 677	40,8%
MEP	2 768	53,9%	2 669	54,4%	2 563	53,7%	2 420	52,1%	2 262	52,2%	2 138	51,9%
Généralistes et MEP	6 331	45,3%	6 040	46,0%	5 781	46,0%	5 470	45,4%	5 129	45,5%	4 815	45,7%
Total Médecins	29 428	55,4%	29 473	55,4%	29 457	55,1%	29 439	54,1%	29 458	53,3%	29 537	51,9%

DCIR - tous régimes - France entière - date de liquidation - Médecins de S2 et 1DP actifs à la fin de chaque année observée

Figure 4 - évolutions des dépassements selon les spécialités de 2011 à 2016

Il convient de noter que la même tendance à la baisse s'observe quasiment au sein de toutes les spécialités. Les plus fortes concernent les psychiatres (-11,1 points) ou les gynécologues-obstétriciens (-7,7 points) depuis 2011.

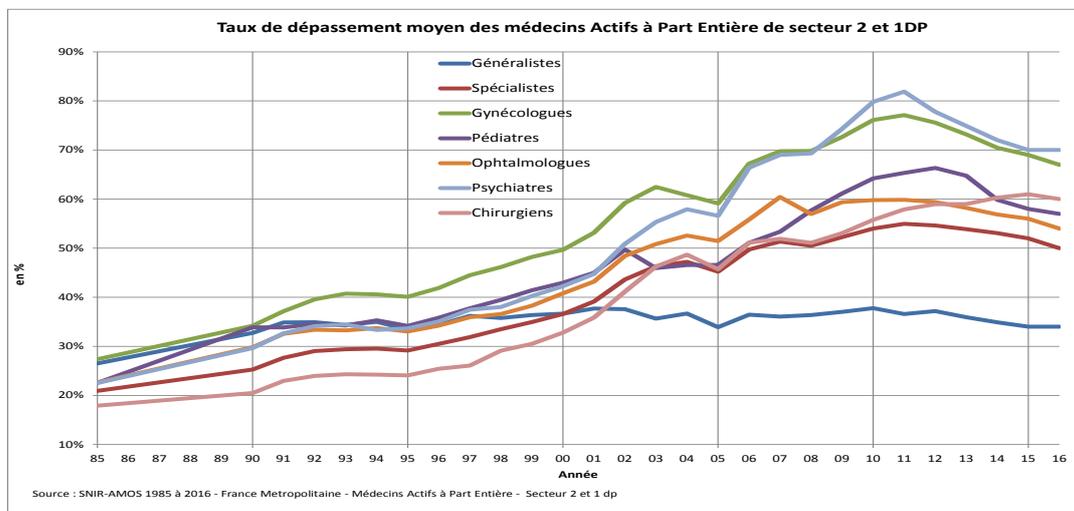


Figure 5 - évolution des taux de dépassement depuis 1985

A. Zoom sur les médecins hospitaliers à temps plein

Ces praticiens - médecins hospitaliers qui exercent une activité privée à l'hôpital - sont peu nombreux (au nombre de 4 722 dont 2 181 en secteur 2 en 2016) et se répartissent essentiellement entre trois professions principales : chirurgiens, gynécologues et ophtalmologues. Il est important de souligner que chez les médecins hospitaliers de secteur 2 exerçant une activité privée, **le taux de dépassement en 2016 se situe désormais à 45,3% en forte baisse ces dernières années**, (62,0% en 2013, 74,2% en 2010, 83,0% en 2005) et ce, pour toutes les spécialités.

Les raisons sont multiples : la baisse observée découle d'une prise de conscience née d'actions prises dans le cadre de la lutte contre les pratiques tarifaires excessives (voir plus loin section 3) et des efforts faits par les commissions d'établissement vis-à-vis de certains praticiens dont les tarifs avaient explosé.

II. Le rôle des dispositions de maîtrise des pratiques tarifaires

S'il existe d'autres facteurs incitant les médecins à la modération tarifaire (crise économique ou difficultés financières des patients, éthique personnelle...), les dispositions conventionnelles prises sur ce terrain ont nettement contribué à ancrer cette dynamique, sur la base d'une mécanique gagnante pour tous.

En effet, ces mesures inscrites dans la convention permettent aux patients d'être mieux remboursés mais aussi aux médecins dès lors qu'ils s'engagent sur cette voie, d'en tirer un bénéfice financier récompensant leurs efforts.

Si l'accent est souvent mis sur l'effort en termes de modération tarifaire, les contrats proposés aux médecins que ce soit le Contrat d'accès aux soins entre 2012 et 2016 puis l'Optam et l'Optam-Co depuis 2017 comportent par ailleurs des engagements à augmenter la part des consultations effectuées aux tarifs opposables. Ce sont donc ces deux indicateurs qu'il convient de regarder pour prendre la pleine mesure de l'impact des dispositions tarifaires.

Chez les médecins adhérents, on observe un taux de dépassements inférieur à la moyenne des médecins spécialistes de secteur 2 qui se situe à 20,4% (versus 52,5%) et ce quelle que soit la spécialité, et **un taux d'actes aux tarifs opposables plus élevé que la moyenne à 58,5%** (versus 37,5%) au niveau national.

→ **Bon à savoir, avant de consulter, [l'annuaire santé ameli](#) permet de savoir si le médecin pratique des tarifs sans dépassements et, pour ceux qui en pratiquent, à quel montant ils se situent.**

1. La première mesure mise en place, le Contrat d'accès aux soins

Lors de la signature de l'avenant n°8, les partenaires conventionnels se sont accordés sur l'importance de maîtriser la croissance des dépassements d'honoraires via le Contrat d'accès aux soins (CAS). Dans ce cadre, le médecin s'engageait à stabiliser les tarifs de ses consultations ou actes facturés avec dépassements pendant trois ans et à augmenter la part des actes pratiqués aux tarifs opposables. En contrepartie de quoi, il bénéficiait d'une prise en charge de ses cotisations sociales en cas de respect de ses engagements et la possibilité de consultations et des actes avec des niveaux de remboursements plus élevés (égaux à ceux du secteur 1) et du coup un reste à charge en baisse pour ses patients. Les contrats permettaient également la possibilité de facturer les majorations applicables au secteur 1.

2. Un contrat revu et renouvelé en 2016 pour être plus incitatif et plus souple.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, le contrat d'accès aux soins a été remplacé par l'Optam - pour **Option pratique tarifaire maîtrisée** – un contrat plus souple et plus avantageux pour les médecins adhérents, sous réserve de s'engager sur leur taux de dépassement et de respecter un seuil minimal d'actes et de consultations pratiqués sans dépassements, ceux-ci étant calculés sur la base de leur pratique tarifaire moyenne en 2013-2014-2015.

Si les principes sont restés les mêmes, les médecins signataires s'engagent sur une durée d'un an renouvelable et sont plus libres d'entrer et de sortir de ces contrats à tout moment. De plus, ils en récoltent les bénéfices plus rapidement, avec un versement de primes plus rapidement versées que la prise en charge des cotisations. Par ailleurs, les chirurgiens et les gynécologues-obstétriciens se sont vus proposer une option –dite **Optam-Co** spécialement conçue pour eux, par laquelle ils touchent la valorisation immédiatement au fil de leurs actes.

3. Des adhérents en hausse

Depuis le début de l'année, l'Assurance Maladie s'est attachés à informer les médecins de l'intérêt de ses contrats, via sa communication générale sur les nouvelles dispositions conventionnelles (courriers, [site dédié](#), newsletter ...) mais aussi via des visites de ses délégués, chargés d'expliquer les modalités et les avantages de ces contrats auprès de plus de 25 000 médecins. Ces visites se poursuivront jusqu'en décembre. Cette campagne d'information a porté ses fruits puisqu'on a vu le nombre d'adhérents progresser régulièrement.

Au 21 novembre 2017, on compte **14 781 signataires de contrats** tous secteurs confondus, qui se répartissent entre 8 968 médecins de secteur 2 adhérents à l'Optam et 2 653 à l'Optam-CO et 3 160 médecins de secteur 1 titrés. Au total, à cette date, 11 621 adhérents S2 à l'Optam ou l'Optam CO. 62% sont des ex adhérents CAS (7 192).

Plus significatif, le taux global d'adhésion des médecins de secteur 2 parmi les éligibles se situe à 45,0% contre 32,8% précédemment pour le CAS, témoignant de l'attractivité plus grande de cette nouvelle formule.

On enregistre donc à ce jour près de 3 500 médecins de secteur 2 de plus ayant adhéré à une option par rapport au nombre de signataire du CAS fin 2016, soit une progression de près de 43%. Certaines spécialités sont en nette progression par rapport au CAS avec un taux désormais à 47,4% pour les chirurgiens et de 51,5% pour les gynécologues en raison d'un contrat plus incitatif pour ceux-ci.).

Le taux d'adhésion des nouveaux installés (2015 à 2017) se situe quant à lui à 44,6%, très proche du taux global.

→ **Bon à savoir**

Les médecins de secteur 1, installés et exerçant dans ce secteur d'exercice antérieurement au 1^{er} janvier 2013, et disposant des titres pour adhérer au secteur 2, ont acquis la possibilité d'adhérer au CAS et désormais aux nouvelles options OPTAM et OPTAM-CO.

III. Les mesures de sanctions

La signature de l'avenant 8 à la convention 2011 a introduit un dispositif, repris dans la convention 2016, visant à réguler les « *pratiques tarifaires excessives* » en permettant aux directeurs de caisses de prononcer, à l'issue d'une procédure conventionnelle juridiquement très encadrée par la convention, une sanction (*suspension du droit à dépassement ou déconventionnement*) à l'encontre des médecins présentant de telles pratiques tarifaires excessives.

1. Un dispositif qui commence par une information

Ce dispositif fonctionne de façon progressive ; il commence toujours par une information préalable des médecins repérés en fonction des critères définis par les partenaires conventionnels, puis prend la forme d'entretiens individuels entre le directeur de la caisse et le médecin concerné. Sans changement de pratique, le médecin concerné reçoit alors un courrier d'avertissements ou un relevé de constatation.

Les dossiers *in fine* sont examinés de façon paritaire entre les caisses et les représentants des syndicats des médecins dans le cadre des instances conventionnelles, les Commissions paritaires régionales (CPR), qui décident des mesures à prendre.

2. Un effet vertueux

Les actions de lutte contre les pratiques tarifaires excessives ont avant tout un effet dissuasif. La procédure conventionnelle est engagée vis-à-vis des médecins ayant les pratiques tarifaires les plus atypiques. La plupart des médecins ont, après réception du courrier d'avertissement ou du relevé de constatations, **accepté d'engager ou engagé une modification substantielle de leur pratique tarifaire**. Résultat notable : 60% des médecins auditionnés dans ce cadre se sont engagés à baisser leurs dépassements. Ainsi, au terme des procédures conventionnelles menées entre 2013 et 2016, 15 sanctions ont été prononcées de suspension du droit à dépassement (pour des durées qui vont de 2 à 3 mois).

Ce dispositif de contrôle est un dispositif pérenne. Il a d'ailleurs été relancé en septembre 2017 pour tenir compte des dispositions nouvellement intégrées par la convention d'août 2016.