



Haut Conseil pour l'avenir  
de l'assurance maladie

## **Annexe 1**

# **Analyse des mécanismes juridiques applicables aux dépassements d'honoraires médicaux**

**Octobre 2025**

Ce document a été écrit avec le concours d'Anne-Sophie Ginon et de Marion Del Sol,  
conseillères scientifiques du Hcaam

## Table des matières

<b>1. Dépassements et régulation tarifaire des honoraires médicaux.....</b>	<b>6</b>
1.1. L'organisation conventionnelle de pratiques tarifaires différenciées.....	6
1.1.1. Une option conventionnelle de longue date mais à l'histoire mouvementée autorisant la pratique des honoraires différents.....	7
1.1.2. Un élargissement progressif des titres qui rendent éligible à la pratique des honoraires différents (secteur 2).....	8
1.2. L'encadrement et la régulation des dépassements.....	11
1.2.1. Modalités particulières de dépassements en lien avec la situation du patient .....	11
1.2.2. Cartographie et évolution des outils conventionnels d'encadrement et de régulation des dépassements.....	16
1.2.3. Régulation au titre de l'option conventionnelle de pratique tarifaire maîtrisée ..	18
<b>2. Dépassements et régulation tarifaire des honoraires médicaux du point de vue de l'assuré.....</b>	<b>27</b>
2.1. Les patients en grande partie dépendants de la variabilité des pratiques tarifaires des médecins .....	27
2.1.1. Des obligations d'information sur les pratiques tarifaires .....	27
2.1.2. Les effets de l'absence de visibilité du patient quant aux tarifs qui lui seront appliqués par les médecins du secteur 2.....	29
2.2. Situation conventionnelle et pratique tarifaire du médecin et remboursement de l'assuré par l'AMO .....	31
2.3. Pratique tarifaire du médecin et prise en charge des dépenses de l'assuré par l'AMC	32
2.3.1. Évolution de la réglementation concernant les contrats AMC en matière d'honoraires médicaux.....	32
2.3.2. Champ des possibles pour les contrats responsables en matière de dépassements d'honoraires médicaux .....	34

## Table des Tableaux

TABLEAU 1 : TITRES ET/OU CURSUS REQUIS POUR L'ACCES AU SECTEUR 2 (CONVENTION DE 2024).....	10
TABLEAU 2 : TABLEAU SYNTHETIQUE DE L'ENVIRONNEMENT JURIDIQUE CONCERNANT LA PRATIQUE DES DEPASSEMENTS A L'EGARD DE PATIENTS BENEFICIAIRES DE LA C2S .....	15
TABLEAU 3 : NIVEAU DE PARTAGE DE GAINS EN FAVEUR DU MEDECIN EN FONCTION DU NIVEAU DE RESPECT CONSTATE – CONVENTION 2024.....	25

## Table des encadrés

ENCADRE 1: CONVENTION NATIONALE CONCLUE LE 4 JUIN 2024 .....	9
ENCADRE 2 : LE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS COORDONNES POURRAIT-IL ETRE CONSIDERE COMME UNE EXIGENCE PARTICULIERE ? .....	15
ENCADRE 3: ÉMERGENCE ET CONSOLIDATION D'UN ESPACE CONVENTIONNEL PARTAGE ENTRE LES DEUX SECTEURS D'EXERCICE .....	26

## LISTE DES ABBREVIATIONS

ACS : Aide à la complémentaire santé

AMC : Assurance maladie complémentaire

AMO : Assurance maladie obligatoire

CAS : Contrat d'accès aux soins

CCAM : Classification commune des actes médicaux

C2S : Complémentaire santé solidaire

CMU-C : Couverture maladie universelle - complémentaire

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CHU : Centre hospitalier universitaire

DA : Dépassement autorisé

DE : Dépassement exceptionnel

DP : Dépassement permanent

ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

OCAM : Organisme complémentaire d'assurance maladie

OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée

OPTAM-ACO : Option pratique tarifaire maîtrisée-anesthésie chirurgie obstétrique

PH : Praticien hospitalier

ROSP : Rémunération sur objectif de santé publique

TM : Ticket modérateur

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

La structuration conventionnelle des dépassements d'honoraires a fortement évolué<sup>1</sup>. Elle est devenue complexe et fragmentée. C'est en premier lieu dans la relation médecins/Assurance maladie obligatoire (ci-après AMO) que s'observe une transformation des statuts conventionnels d'exercice comme des outils de régulation. Le point de bascule se situe en 2012 lors de la mise en place des premiers dispositifs conventionnels de pratique tarifaire maîtrisée (1.1.). Mais c'est aussi sur le terrain de la relation tarifaire entre médecin et patient que se met en place une variabilité des bases de remboursement des dépassements selon le secteur d'exercice conventionnel du praticien et le type de contrat de couverture complémentaire souscrit (1.2.).

## 1. Dépassements et régulation tarifaire des honoraires médicaux

Les conventions conclues entre les syndicats représentatifs de médecins et l'Assurance maladie obligatoire (représentée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)) organisent les relations entre les médecins exerçant en mode libéral et la Sécurité sociale. Elles sont déterminantes en matière de tarification par le professionnel de santé et de conditions de remboursement du patient. En effet, les conventions encadrent les situations ouvrant droit à dépassement (1.1.). Mais elles dessinent également depuis quelques années un nouveau cadre visant à réguler les pratiques tarifaires (1.2.).

### 1.1. L'organisation conventionnelle de pratiques tarifaires différenciées

Comme le rappelait le rapport annuel du HCAAM de 2009<sup>2</sup>, « l'existence de droits à dépassements est aussi ancienne que l'assurance maladie. Et la formalisation de leurs conditions de facturation remonte à une cinquantaine d'années. Dès la réforme de 1960<sup>3</sup> sont en effet prévus, d'une part, la faculté pour tous les praticiens de facturer des dépassements en cas « d'exigence particulière du malade résultant de circonstances de temps et de lieu » et, d'autre part, la constitution de listes nominatives départementales, sur lesquelles sont inscrits les médecins disposant de ce qui s'appelle à l'époque la « jouissance de la notoriété » et s'appellera, à partir de 1966<sup>4</sup>, le « droit permanent à dépassement »<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> La note retient l'expression « dépassement d'honoraires ». Cette expression est employée par le Code de la sécurité sociale et par le Code de la santé publique. Elle est aussi présente dans les conventions médicales lorsqu'elles traitent des dépassements d'honoraires liés à des circonstances particulières. En revanche, elles recourent à l'expression « pratique à honoraires différents » pour désigner des pratiques permettant de s'écarter de l'application des tarifs opposables.

<sup>2</sup> HCAAM, Rapport 2009, sept. 2009, p. 32

<sup>3</sup> Décret n° 60-451 du 12 mai 1960 relatif aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux, article 8. Avant cette réforme, c'est-à-dire dans le cadre des conventions départementales instituées en 1945, les dépassements étaient pratiqués à l'initiative du médecin qui invoquait individuellement sa notoriété.

<sup>4</sup> Décret n° 66-21 du 7 janvier 1966, article 8-IV.

<sup>5</sup> On peut noter qu'il existe en outre, à l'époque, un motif légal de dépassement ouvert à tous les praticiens pour « situation de fortune de l'assuré ».

Lors de la première convention nationale en 1971<sup>6</sup>, les partenaires conventionnels s'entendent sur la mise en place de tarifs nationaux opposables. Ils reconnaissent dès cette date des situations permettant la pratique de dépassement par rapport à ces tarifs (art. 9). Outre les situations liées aux caractéristiques du patient (v. *infra*), le texte conventionnel a fait une place à la situation juridique permanente de pratique libérale avec dépassements, qui est appelée dépassement permanent (DP), visant certains praticiens qui disposent d'une autorité médicale accrue (résultant soit de fonctions hospitalières soit de travaux personnels, soit d'une certaine durée d'exercice dans un établissement hospitalier ayant un rôle d'enseignement). Mais c'est principalement la convention de 1980 qui va ouvrir la possibilité, pour des médecins disposant de certains titres ou ayant exercé certaines fonctions dans le secteur public hospitalier, d'opter pour une pratique d'honoraires différents du tarif opposable (pratique conventionnelle de secteur 2). Si le maintien de cette option conventionnelle a connu une histoire mouvementée qui a conduit à sa redéfinition lors de la signature de convention de 1990 (1.1.1.), cette option conventionnelle s'est sophistiquée au fil du temps : les conventions ont en effet progressivement élargi les conditions d'éligibilité à l'exercice de cette option en aménageant les titres et les fonctions qui ouvrent la possibilité de l'exercer lors de la première installation en secteur libéral (1.2.2.).

### 1.1.1. Une option conventionnelle de longue date mais à l'histoire mouvementée autorisant la pratique des honoraires différents

**La convention du 29 mai 1980 et la création de l'option conventionnelle de pratique à honoraires différents, dite conventionnement « secteur 2 ».** C'est avec la convention conclue en 1980 que le droit à dépassement d'honoraires lié au statut du médecin va connaître une véritable évolution. Cette convention ajoute en effet au droit à dépassement permanent reconnu dès 1971 une option conventionnelle nouvelle de dépassement d'honoraires dont elle ouvre l'adhésion à l'ensemble des médecins conventionnés. Ils ont désormais la possibilité d'opter pour une pratique *d'honoraires différents* des tarifs conventionnels, appelée conventionnement en secteur 2<sup>7</sup>. Cependant, l'exercice de l'option emporte renoncement au bénéfice de la contrepartie conventionnelle accordée aux médecins s'étant engagés à pratiquer des honoraires opposables : la participation de l'Assurance maladie au financement de leurs cotisations sociales pour leur couverture maladie, maternité, décès, allocations familiales et vieillesse (régime de base et prestation complémentaire vieillesse).

**La redéfinition de l'option conventionnelle de secteur 2 dans la convention de 1990.** Cette situation d'option conventionnelle pour un exercice en secteur 2 va perdurer jusqu'à la conclusion de la convention de mars 1990 qui suspend l'exercice de l'option<sup>8</sup>. Cependant, dans le même temps, elle maintient – en quelque sorte par dérogation – l'exercice de l'option mais en la restreignant aux médecins détenant certains titres universitaires ou ayant exercé

---

<sup>6</sup> Arrêté du 29 octobre 1971 portant approbation de la convention nationale des médecins (conclue le 28 octobre 1971).

<sup>7</sup> Art. 42 de la troisième convention conclue le 29 mai 1980.

<sup>8</sup> De façon en quelque sorte préliminaire et à titre de justification préalable, les parties signataires affirment « qu'il est de leur responsabilité conventionnelle de garantir à tous les assurés la liberté d'accéder à des soins de qualité dans le cadre d'honoraires opposables, et cela sur tout le territoire ». Cela conduit à mettre en exergue « l'augmentation continue du pourcentage de praticiens hors honoraires opposables, la multiplication de zones géographiques où il n'existe plus de véritable libre choix » (art. 1<sup>er</sup> bis-1).

certaines fonctions ainsi qu'à un choix effectué lors de la première installation dans l'exercice libéral. Cette « nouvelle » option conventionnelle renvoie donc toujours à l'exercice d'un choix individuel mais ce dernier ne peut être exercé à l'époque que par les anciens chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et les anciens assistants des hôpitaux généraux ou des hôpitaux régionaux ne faisant pas partie de Centres hospitaliers universitaires (CHU), qui s'installent ou se sont installés pour la première fois postérieurement au 1<sup>er</sup> décembre 1989. Ce faisant, la convention de 1990 marque le point de départ d'une nouvelle logique qui dessine durablement un accès au secteur 2 restrictif car réservé à des médecins disposant de certains titres ou ayant exercé certaines fonctions dans le secteur public hospitalier.

### 1.1.2. Un élargissement progressif des titres qui rendent éligible à la pratique des honoraires différents (secteur 2)

**La liste des titres et des fonctions qui rendent éligible à l'option d'une pratique d'honoraires différents va être élargie au fur et à mesure des négociations conventionnelles.** Ainsi, la convention de 1993 ajoute les fonctions d'ancien assistant des hôpitaux spécialisés, de praticien chef de clinique ou assistant des hôpitaux militaires ainsi que de praticien hospitalier temps plein (dont le statut relève du décret du 24 février 1984)<sup>9</sup>. En 1997, il va être confié à une commission conventionnelle paritaire locale le soin de se prononcer sur les équivalences pour les titres acquis dans les établissements participant au service public hospitalier ou ceux acquis au sein de l'Union européenne<sup>10</sup>. À la suite de la signature de la convention de 2005, l'accès à la pratique d'honoraires différents sera encore élargi, cette fois-ci aux praticiens hospitaliers exerçant à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions. Puis, la convention de 2011 reconnaîtra les fonctions et les titres exercés dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif<sup>11</sup>. Quant au règlement arbitral du 26 mai 2010, il supprimera la référence à la non-appartenance au CHU pour indiquer seulement : « *anciens assistants des hôpitaux généraux ou régionaux* »<sup>12</sup>. La convention de 2016 précisera quant à elle que les fonctions occupées pour détenir les titres visés peuvent être réalisées alternativement au sein d'établissements de santé de nature différente ainsi que dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif.

S'agissant de la dernière convention en date, conclue le 4 juin 2024 et approuvée par un arrêté du 20 juin 2024, elle n'emporte aucune modification par rapport à la convention précédente en ce qui concerne les conditions d'accès (art. 12-2, reproduit ci-dessous) et les critères d'éligibilité au secteur 2.

---

<sup>9</sup> L'accès au secteur 2 est de droit pour les praticiens hospitaliers exerçant à temps plein.<sup>10</sup> Art. 10 des conventions approuvées par arrêté du 28 mars 1997.

<sup>10</sup> Art. 10 des conventions approuvées par arrêté du 28 mars 1997.

<sup>11</sup> Art. L. 6161-5 du CSP : « sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif, les centres de lutte contre le cancer définis à l'article L. 6162-1 du CSP et les établissements de santé privés gérés par les personnes morales de droit privé mentionnées au 1<sup>er</sup> du II de l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire remplissant les conditions et ayant obtenu l'habilitation mentionnées à l'article L. 6112-3 du présent code et qui poursuivent un but non lucratif ».

<sup>12</sup> Modification apportée au d) de l'article 4.3 de la convention du 12 janvier 2005.

#### ENCADRE 1: CONVENTION NATIONALE CONCLUE LE 4 JUIN 2024

##### Article 12-2 – Les conditions d'accès au secteur

Peuvent demander à être autorisés à pratiquer des honoraires différents les médecins qui (conditions cumulatives) :

i. s'installent pour la première fois en exercice libéral conventionné dans le cadre de la spécialité médicale qu'ils souhaitent exercer (primo installation libérale ou changement de spécialité médicale) ;

ii. et sont titulaires :

- de l'un des titres publics hospitaliers français visés par la convention dans le cadre de la procédure de l'accès direct (cf. article suivant) ;
- d'un titre ou d'un cursus professionnel pouvant faire l'objet d'une procédure d'équivalence avec les titres hospitaliers publics français visés dans le cadre de la procédure de l'accès direct.

**Par construction historique<sup>13</sup>, les critères d'éligibilité pour exercer l'option conventionnelle correspondent en principe à des titres hospitaliers**, strictement énumérés, acquis en France dans les établissements publics de santé<sup>14</sup>. Leur détention permet à leurs titulaires de s'engager dans la procédure d'accès direct au secteur 2 lors de leur primo installation en exercice libéral<sup>15</sup>. Mais il existe également une procédure dite de l'équivalence des titres qui permet d'envisager l'accès au secteur de 2 pour des médecins n'ayant pas un des titres publics hospitaliers français requis pour l'accès direct<sup>16</sup>.

**L'incidence de la modification du statut de praticien hospitalier sur l'option conventionnelle de dépassement « secteur 2 »**. La réforme du statut de praticien hospitalier intervenue en février 2022<sup>17</sup> a pour objectif de créer un statut unique pour ces praticiens et de renforcer l'attractivité des carrières médicales hospitalières<sup>18</sup> en favorisant notamment l'accessibilité de

---

<sup>13</sup> Cette construction s'explique par l'ouverture de l'exercice libéral aux membres du personnel médical et scientifique des CHU (ordonnance Debré de 1958) dans une logique incitative pour assurer l'attractivité de l'hôpital public vis-à-vis des praticiens. Ces praticiens hospitaliers bénéficient ainsi d'une double dérogation : bien qu'ils exercent à temps plein à l'hôpital, ils peuvent exercer également une activité médicale dans le secteur privé, laquelle peut en outre donner lieu à l'ouverture de l'option conventionnelle de dépassement si ces praticiens ont acquis les titres universitaires prévus par la convention.

<sup>14</sup> Ou au sein de la Faculté libre de médecine de Lille.

<sup>15</sup> Dans le cas où les fonctions permettant de détenir les titres ont été réalisées alternativement au sein d'établissements publics de santé et d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), la demande d'accès au secteur à honoraires différents est examinée dans le cadre de la procédure d'équivalence des titres.

<sup>16</sup> La procédure d'accès direct est conditionnée à une simple vérification des justificatifs des titres par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) (art. 13-2). En revanche, la procédure d'équivalence des titres est caractérisée par une instruction partagée par la CPAM, la CNAM et le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) (art. 14-2).

<sup>17</sup> Décret n° 2022-134 du 5 février 2022 relatif au statut de praticien hospitalier et décret n° 2022-113 du 5 février 2022 relatif à l'activité libérale des praticiens dans les établissements publics de santé.

<sup>18</sup> En application de l'ordonnance n° 2021-292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières.

ces praticiens à l'exercice libéral. Désormais, tous les praticiens hospitaliers qui ont un taux d'activité hospitalière compris entre 50 et 90% (PH dits à temps partiel<sup>19</sup>) sont autorisés, à l'instar des PH à temps plein, à exercer une activité lucrative privée dans le cadre hospitalier<sup>20</sup>. S'ils justifient des 5 ans d'ancienneté requis par la convention (art. 13-1), ils sont éligibles à l'adhésion à l'option conventionnelle d'exercice dans le secteur 2 pour cette activité lucrative privée<sup>21</sup>. Par voie de conséquence, la réforme du statut de PH élargit quasi mécaniquement le nombre potentiel de médecins pouvant adhérer au secteur 2.

**TABLEAU 1 : TITRES ET/OU CURSUS REQUIS POUR L'ACCES AU SECTEUR 2 (CONVENTION DE 2024)**

Procédure d'accès direct (art. 13-1)	Procédure d'équivalence des titres (art. 14-1)
Ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux Ancien assistant hospitalier universitaire Ancien chef de clinique des universités de médecine générale	Titres acquis en France dans les ESPIC (en dehors du cas spécifique de l'affectation qui s'inscrit dans la procédure de l'accès direct) ou dans les établissements relevant d'une collectivité d'outre-mer
Ancien assistant des hôpitaux dont le statut est régi par les articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique <sup>22</sup>	Titres acquis à l'étranger dans les établissements hospitaliers situés sur un territoire concerné :
Praticiens hospitaliers dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique : - sans durée d'ancienneté requise dans ces fonctions, lorsqu'ils exercent à 100% de sein de leur établissement, dès lors qu'ils sont nommés à titre permanent ; - avec 5 ans d'ancienneté requise dans ces fonctions, lorsqu'ils exercent entre 50 et 90% au sein de leur établissement	- par le régime de reconnaissance des qualifications professionnelles de l'Union Européenne mise en place par la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles 2005 ; - ou par l'arrangement Franco-Québécois du 25 novembre 2011 en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des médecins.
Médecin des armées dont le titre relève du chapitre 2 du décret n° 2008-933 du 12 septembre 2008 portant statut particulier des praticiens des armées	

<sup>19</sup> C'est-à-dire consacrant entre 5 et 9 demi-journées par semaine à leurs obligations de service public hospitalier.

<sup>20</sup> À noter que l'activité libérale intra hospitalière n'est ouverte qu'à une partie des PH à temps partiel, ceux accomplissant au moins 8 demi-journées hebdomadaires d'activité hospitalière (PH au moins 80%) dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle. L'autorisation est délivrée pour un exercice qui a lieu au sein de l'établissement public dans lequel le praticien a été nommé ou, dans le cas d'une activité partagée, au sein du groupement hospitalier du territoire (dans la limite de deux sites au maximum).

<sup>21</sup> Les praticiens hospitaliers à temps partiel pouvaient déjà exercer une activité libérale en ville et opter pour le secteur 2 sous réserve de justifier de 5 ans d'ancienneté en tant que praticien hospitalier. A noter que l'inscription du praticien dans un exercice libéral le prive du bénéfice de l'indemnité d'engagement de service public exclusif prévu au 6° de l'article D. 6152-23-1 du CSP.

<sup>22</sup> Une année réalisée sous le statut de docteur junior est désormais comptabilisée à raison d'une année pour acquérir le titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux (CSP, art. R. 6152-537). Cela modifie le calcul des conditions d'ancienneté et accélère l'accès au titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux.

## 1.2. L'encadrement et la régulation des dépassements

En application du Code de déontologie, les médecins sont tenus de déterminer leurs honoraires « avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières » (codifié à l'article R. 4127-53-I du Code de la santé publique). Cette obligation déontologique générale interroge plus particulièrement depuis la création du secteur 2 en 1980. En effet, avec ce secteur, un espace conventionnel de liberté tarifaire a été institué : les médecins qui en relèvent peuvent pratiquer des tarifs dépassant le tarif conventionnellement fixé

S'ils sont tenus de respecter « tact et mesure »<sup>23</sup>, cette liberté tarifaire peut s'avérer problématique compte tenu des conditions de remboursement au patient des honoraires pratiqués par l'AMO. En effet, le patient est remboursé sur la base du tarif opposable, ce qui emporte l'absence de toute prise en charge des dépassements par l'AMO (sur les modalités de remboursement du patient, v. *infra* partie 2).

Sur le fondement des articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du Code de la sécurité sociale, le Conseil d'État a reconnu compétence aux partenaires conventionnels pour encadrer la pratique des dépassements d'honoraires et en contrôler l'évolution<sup>24</sup>. C'est principalement à partir de la convention médicale de 2011 que les partenaires conventionnels se sont saisis de cette compétence selon des finalités et modalités différenciées. Dans une logique exclusivement individuelle, certaines stipulations conventionnelles visent à encadrer l'exercice du droit à dépassement (1.2.2). D'autres en revanche poursuivent un but plus systémique en cherchant à réguler les pratiques tarifaires (1.2.3.). À cela s'ajoutent des modalités particulières de dépassements qui sont en lien avec la situation du patient et non la pratique tarifaire du médecin (1.2.1.).

### 1.2.1. Modalités particulières de dépassements en lien avec la situation du patient

Ces modalités particulières sont soit des interdictions de pratiquer des dépassements dans des hypothèses bien définies, soit des possibilités – plus ou moins bien définies et encadrées – de pratiquer des dépassements qui ne sont pas en lien avec une pratique tarifaire mais avec des éléments liés au patient.

---

<sup>23</sup> Depuis l'adoption du décret n° 2020-1215 du 2 octobre 2020, la pratique de dépassement d'honoraires excédant le tact et mesure peut faire l'objet de pénalités financières sur le fondement de l'article L. 162-1-14-1 du CSS. À cet effet, le décret précise que « le respect du tact et de la mesure s'apprécie notamment, dans le cadre du présent article, au regard de la prise en compte dans la fixation des honoraires de la complexité de l'acte réalisé et du temps consacré, du service rendu au patient, de la notoriété du praticien, du pourcentage d'actes avec dépassement ou du montant moyen de dépassement pratiqués, pour une activité comparable, par les professionnels de santé exerçant dans le même département ou dans la même région administrative ».

<sup>24</sup> CE 22 oct. 2014, *Syndicat des médecins d'Aix et région et autres*, n° 364384, 365276, 365818, 365822

**Interdiction des dépassements en lien avec la situation médicale du patient.** Des dispositions particulières interdisent tout dépassement de la part des médecins urgentistes, quel que soit leur secteur d'exercice, pour les interventions où le pronostic vital du patient est en jeu<sup>25</sup>.

**Interdiction des dépassements en lien avec la situation sociale du patient.** C'est en premier lieu, la situation financière particulière de certains patients qui a conduit le législateur à mettre en place une interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires. Déjà interdits sous l'égide de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS)<sup>26</sup>, les dépassements sont aujourd'hui interdits à l'égard de tous les patients bénéficiaires de la Couverture complémentaire santé solidaire (C2S)<sup>27</sup> (excepté dans le cas d'exigences particulières de la part de l'assuré - v. point suivant). Cette interdiction d'ordre public, prévue à l'article L. 162-5-13, I du Code de la sécurité sociale, est applicable à l'ensemble des praticiens conventionnés<sup>28</sup>, quel que soit leur secteur conventionnel d'exercice, y compris ceux que la convention autorise à pratiquer des honoraires différents (secteur 2)<sup>29</sup>.

**Possibilité de dépassements à raison d'une exigence particulière du patient (DE).** Une exception générale posée par la loi rend possible la facturation d'un dépassement en cas d'exigence particulière du patient. Cette possibilité est prévue par la loi et ne nécessite pas de mesures conventionnelles d'application. Elle peut être mobilisée par tous les médecins conventionnés, y compris ceux s'étant engagés à pratiquer les tarifs opposables (secteur 1), à l'égard de tous les patients, y compris ceux qui bénéficient de la C2S. À l'égard de ce public, c'est la seule exception à l'interdiction de pratiquer des dépassements évoquée ci-dessus (tableau 3).

Il est donc particulièrement important de savoir quels sont les motifs susceptibles de caractériser une exigence particulière, étant précisé que le praticien n'a pas à déclarer ce motif lorsqu'il applique un DE. Or, on constate une ambiguïté dans les textes qui ne permet pas de savoir avec précision ce que recouvre la notion d'exigence particulière et laisse des marges d'interprétation aux praticiens :

- d'une part, l'article L. 162-5-13 du Code de la sécurité sociale ne donne pas de définition. Depuis la loi du 13 août 2004, il fournit seulement une illustration qui fait

---

<sup>25</sup> Consultation correspondant au niveau CCMU 3, au niveau CCMU 4 ou au niveau CCMU 5 du médecin urgentiste. Voir NGAP, version du 13 juill. 2024, art. 14.1.1. Des dispositions particulières ont également été créées dans le cadre des interventions des praticiens en situation d'urgence médicale, certaines d'entre elles donnant lieu à des majorations forfaitaires (majoration d'urgence pour le médecin de médecine générale).

<sup>26</sup> C'est la convention médicale de 2011 qui a étendu l'engagement de pratiquer des tarifs opposables aux bénéficiaires de l'ACS (art. 35.3, dernier al.).

<sup>27</sup> Elle vaut également vis-à-vis des personnes écrouées affiliées au régime général.

<sup>28</sup> Cette interdiction est assortie de sanctions à l'égard du professionnel de santé qui la méconnaîtrait. Voir CSS, art. R. 147-15 qui définit les sanctions applicables en cas de non-respect de ce principe par les professionnels de santé, et notamment en cas de récidive : retrait du droit à dépassement pour une durée maximum de 3 ans ; suspension de la participation au financement des cotisations sociales pour une durée maximum de 3 ans.

<sup>29</sup> L'interdiction posée à l'article L. 162-5-3 CSS ne concerne pas les bénéficiaires de l'AME. Par ailleurs, les dispositions spécifiques concernant les règles de prise en charge des bénéficiaires de l'AME ne posent pas non d'interdiction de dépassement (mécanisme de prise en charge à 100% de certains soins ou prestations dans la limite des tarifs Sécu). Par conséquent, les bénéficiaires de l'AME peuvent se voir facturer des dépassements s'ils consultent un médecin du secteur 2.

d'une visite médicalement injustifiée une exigence particulière. Cependant, le recours à l'adverbe « *notamment* » pour cette illustration induit que ce cas n'épuise pas les hypothèses d'exigence particulière.

- d'autre part, les conventions médicales utilisent les termes de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu non liées à un motif médical (v. art. 11-2 de la convention de 2024 et art. 39-1 de la convention de 2016). Très peu de cas ont été soumis à la jurisprudence. C'est le plus souvent la fréquence des dépassements qui alerte les caisses primaires d'assurance maladie et déclenche une procédure de sanction. Dans le cadre du contentieux, la preuve de l'existence de « *circonstances particulières* » doit être rapportée par le praticien<sup>30</sup>.

Par ailleurs, au-delà de la question du motif du DE, se pose la question du montant du dépassement. En la matière, il n'existe pas d'encadrement conventionnel. Il n'existe pas davantage d'encadrement légal spécifique. À défaut d'un cadre *ad hoc*, il convient donc de faire application à la fois de la règle déontologique du tact et mesure et des dispositions générales du Code de la sécurité sociale qui précisent que « *les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* » (art. L. 162-2-1).

Il est enfin à relever que la convention de 2024 attire l'attention des médecins sur les usages des DE qui ne seraient pas conformes aux conditions posées. Ainsi, le texte conventionnel précise-t-il que « *l'usage abusif du DE, qui se traduit notamment par une fréquence très élevée de cotation du DE sans lien avec le cadre strictement défini du DE, est passible d'une sanction conventionnelle* »<sup>31</sup>. Et, dans l'optique d'une surveillance des usages des DE, le texte ajoute que « *le médecin conserve trace dans le dossier du patient des motifs justifiant de l'exigence particulière demandée par le patient pour être en capacité d'en apporter la preuve en cas de contrôle* ».

**Possibilité encadrée de dépassements en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés (DA)**<sup>32</sup>. La création du parcours de soins coordonnés (loi du 13 août 2004) a conduit à la mise en place d'un dispositif autorisant la pratique de dépassement en cas de non-respect du parcours par le patient (DA pour dépassements autorisés). La LFSS pour 2006 a ouvert cette possibilité « *dans le cas prévu au 18° de l'article L. 162-5* », l'inscrivant ainsi dans le cadre conventionnel. En effet, l'article L. 162-5 du Code de la sécurité précise la compétence d'attribution des conventions médicales. En vertu du 18° de cet article, les conventions ont compétence pour déterminer « *les modalités selon lesquelles les médecins relevant de certaines spécialités sont autorisés à pratiquer, dans certaines limites respectant les dispositions de l'article L. 162-2-1, des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients* ».

---

<sup>30</sup> Le praticien « n'apporte, toutefois, aucune justification de nature à caractériser « des circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade » au sens des dispositions précitées ». Voir CAA de Douai, 4 juin 2008.

<sup>31</sup> Il convient d'ailleurs de relever que la question des DE est incluse dans un article de la convention de 2024 intitulé « Dépassements exceptionnels » (art. 11-2), le terme « exceptionnels » signifiant que la pratique de DE ne peut relever d'une pratique ordinaire ni a fortiori systématique.

<sup>32</sup> Il existe une interdiction de cumul entre ce dépassement autorisé (DA) et le dépassement pour exigence particulière (DE)

qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins » (DA). Ces modalités dépendent donc des choix conventionnels effectués.

Dans des termes quasi identiques, les conventions de 2016 et de 2024 encadrent les « cas de dépassements autorisés plafonnés (DA), pour les soins non coordonnés », correspondant aux hypothèses où le patient consulte un médecin spécialiste installé en secteur 1 sans avoir été orienté par son médecin traitant (sauf cas d'accès direct autorisé)<sup>33</sup>. Tout comme la convention de 2016 l'avait fait pour les bénéficiaires de la CMU-C, la convention de 2024 exclut du champ d'application des DA les soins délivrés aux patients bénéficiaires de la C2S. Par conséquent, sous l'empire de la convention de 2024, les médecins spécialistes de secteur 1 ne peuvent pas pratiquer de DA à l'égard d'un patient bénéficiant de la C2S quand bien même ce dernier consulterait en dehors du parcours de soins coordonnés.

Les textes conventionnels encadrent également les pratiques des DA. Elles fixent un plafond de dépassement par acte ainsi qu'un ratio honoraires sans dépassements/honoraires totaux relatif à l'ensemble de l'activité<sup>34</sup>. Enfin, elles précisent que le patient doit être informé du motif et du montant du dépassement non remboursé par l'AMO.

---

<sup>33</sup> Les textes conventionnels ne font pas place aux difficultés d'un nombre non négligeable de patients de trouver un médecin traitant et du risque que leur soit appliqué un DA alors qu'ils ne sont pas en mesure de respecter le parcours de soins coordonnés. À l'heure actuelle, le seul moyen pour ces patients d'éviter ce DA est de déclarer à leur CPAM l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de trouver un médecin traitant. Outre que la démarche semble compliquée, elle suppose d'être connue des intéressés.

<sup>34</sup> L'encadrement en la matière est identique dans les conventions de 2016 et 2024. Ainsi, les dépassements sont plafonnés, pour les actes cliniques, de manière à ce que, arrondi à l'euro supérieur, le montant facturé n'excède pas plus de 17,5% de la valeur des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

**TABLEAU 2 : TABLEAU SYNTHETIQUE DE L'ENVIRONNEMENT JURIDIQUE CONCERNANT LA PRATIQUE DES DEPASSEMENTS A L'EGARD DE PATIENTS BENEFICIAIRES DE LA C2S**

	<b>Interdiction de principe de dépassements</b>	<b>dé des</b>	<b>Dépassements pour exigence particulière (DE)</b>	<b>Dépassements autorisés (DA)</b>
Cadre normatif	CSS, art. L. 162-5-13, I		CSS, art. L. 162-5-13, I	CSS, art. L. 162-5-13, I et L. 162-5, 18° (compétence convention médicale)
Nature juridique	Interdiction d'ordre public		Exception générale à la disposition du médecin	Exception à disposition des négociateurs conventionnels
Condition(s)			Exigence particulière du patient ( <i>loi</i> ) non liée à un motif médical ( <i>ajout convention médicale</i> )	Non-respect du parcours de soins coordonnés en matière d'accès aux spécialistes + Plafonnement conventionnel du DA et du ratio honoraires sans dépassement/honoraires totaux
Médecins concernés	Médecins conventionnés		Médecins conventionnés	Médecins spécialistes exerçant en secteur 1
Patients concernés	<b>Bénéficiaires C2S</b>		Tous patients, <b><u>y compris</u> bénéficiaires C2S</b>	Tous patients, <b><u>sauf</u> bénéficiaires C2S</b>

**ENCADRE 2 : LE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS COORDONNES POURRAIT-IL ETRE CONSIDERE COMME UNE EXIGENCE PARTICULIERE ?**

Pourquoi se poser cette question ? L'impossibilité de facturer un DA aux patients bénéficiaires de la C2S peut induire un usage extensif (ou peut-être seulement un mésusage) du DE pour des motifs relevant du non-respect du parcours de soins coordonnés.

La réponse dépend très certainement de la place que l'on accorde au parcours de soins coordonnés. Comme il s'agit d'un dispositif dont la vocation est de réguler le recours au système de soins par les patients, on pourrait considérer que le non-respect de ce parcours correspond à une « exigence particulière » a minima pour les patients ayant déclaré un médecin traitant... même si la notion d'exigence suppose a priori que le patient ait conscience de se placer hors du parcours de soins coordonnés. De façon plus extensive

encore, on pourrait aussi considérer qu'une visite sollicitée hors parcours de soins coordonnés n'est pas a priori médicalement justifiée (sorte de présomption) puisque le médecin traitant n'a pas été consulté en amont. Dans ce cas de figure, on se situerait explicitement dans le cadre de l'article L. 162-5-13, I qui fait de la visite médicalement injustifiée un cas exprès d'exigence particulière.

Cependant, on pourrait aussi considérer que, s'il existe deux catégories de dépassements, c'est bien parce que le législateur a entendu faire une distinction entre les cas justifiant le recours au DE et ceux justifiant l'usage du DA.

### 1.2.2. Cartographie et évolution des outils conventionnels d'encadrement et de régulation des dépassements

S'agissant de l'exercice du droit à dépassement, l'encadrement conventionnel est relativement succinct. Il prévoit des règles de « police » en cas de pratique excessive et en appelle à une certaine modération. Cependant, depuis près de vingt-cinq ans, le choix a été fait d'ajouter des outils de régulation tarifaire, régulation qui désormais constitue la voie privilégiée par les partenaires conventionnels pour agir sur les pratiques de dépassements. Il y a donc schématiquement deux types de règles : celles qui visent à interdire les pratiques et comportement les plus excessifs, voire abusifs, et celles qui visent à réguler dans une logique d'ensemble les pratiques. Ce sont des règles de nature différente avec des objectifs différents.

**Un dispositif conventionnel de « police » des pratiques tarifaires excessives.** L'avenant n° 8 de la convention de 2011 (conclu en 2012) a, pour la première fois, instauré un dispositif conventionnel visant à sanctionner les dépassements excessifs et in fine à dissuader de telles pratiques tarifaires « qui contreviennent au pacte conventionnel » (art. 3 de l'avenant n° 8). Contesté devant le Conseil d'État, ce dispositif n'a pas été jugé contraire à la loi ni dans son principe (les partenaires conventionnels étant compétents pour définir les sanctions applicables en cas de non-respect des obligations conventionnelles), ni dans son contenu et ses modalités procédurales. La convention de 2016, puis celle de 2024, ont repris à leur compte ce dispositif conventionnel pouvant conduire à des sanctions telles que la suspension temporaire du droit permanent à dépassement ou du droit de pratiquer des honoraires différents, voire une mise hors convention.

L'article 103 de la convention de 2024 prévoit que le non-respect des stipulations conventionnelles peut notamment se matérialiser par « une pratique tarifaire excessive des médecins exerçant en secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent ». Pour cette hypothèse de manquement, le cadre conventionnel prévoit une procédure spéciale. Elle donne compétence au directeur général de l'UNCAM pour définir – après avoir recueilli l'avis de la commission paritaire nationale des médecins – les principes de la sélection des médecins susceptibles de relever de cette procédure de sanction applicable aux pratiques tarifaires excessives. L'article 110-2 précise par ailleurs les critères à partir desquels s'apprécie le caractère excessif : le rapport entre la somme des honoraires facturés aux assurés sociaux au-delà du tarif opposable et la somme des tarifs opposables des soins délivrés par le médecin (taux de dépassement) – le taux de croissance annuel de ce rapport – la fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués. À noter également que « l'appréciation tient compte de la fréquence des actes par patient, du profil

et du volume global de l'activité du médecin ainsi que du lieu d'implantation du cabinet et de la spécialité. Elle tient également compte des niveaux d'expertise et de compétence ».

Ce dispositif conventionnel s'inscrit dans le champ du droit répressif non pénal. C'est un dispositif de police des dépassements visant des comportements individuels « déviants », très éloignés des pratiques tarifaires généralement constatées. Il ne s'agit pas d'un instrument présentant une dimension systémique : d'une part, la convention ne détermine donc pas le seuil de déclenchement de la procédure spéciale et, d'autre part, la mise en œuvre des contrôles est en quelque sorte renvoyée à des arbitrages internes au sein de la branche Maladie. Au regard de l'ensemble de ces éléments, cette procédure ne constitue pas un dispositif de régulation des pratiques tarifaires en capacité d'infléchir globalement les pratiques tarifaires des médecins conventionnés. Il est d'ailleurs à noter qu'un premier bilan a fait état de seulement 14 sanctions prononcées entre 2012 et fin 2015<sup>35</sup>.

**L'appel conventionnel à la modération tarifaire.** Les conventions médicales n'ayant jamais adopté de stipulations visant à encadrer la liberté tarifaire, la pratique tarifaire n'est pas conventionnellement contrainte. Cependant, face à la progression des dépassements d'honoraires, les partenaires conventionnels se sont montrés soucieux de l'accessibilité financière aux soins. Ainsi, l'avenant n° 8 à la convention de 2011 avait inséré à l'article 35.3 le paragraphe suivant, dont les termes ont été repris tels quels par la convention de 2016 (art. 38.3).

*« Les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents et les médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent fixent et modulent le montant de leurs honoraires à des niveaux permettant l'accès aux soins des assurés sociaux et de leurs ayants droit. En outre, dans le contexte actuel de croissance économique faible, ces médecins s'engagent à modérer leur pratique tarifaire pendant la durée de la présente convention afin de garantir l'accès aux soins ».*

La convention de 2024 contient elle aussi un appel à la modération tarifaire dans son article 12-1 dont l'intitulé est « *La pratique de tarifs libres dans les limites modérées* », qui constitue une sorte d'article préliminaire aux stipulations conventionnelles relatives au secteur 2. Les médecins concernés sont invités à fixer « *le montant de leurs honoraires à des niveaux modérés, les modulant de façon individualisée pour tenir compte des éventuelles difficultés de prise en charge et facilitant l'accès aux soins des assurés sociaux et de leurs ayants droit* ». Ce texte

---

<sup>35</sup> En-dehors du cadre conventionnel, l'évaluation du respect du « tact et mesure » dans la fixation du montant des honoraires relève de l'article 53 du Code de déontologie et donc d'une appréciation par le CNOM. Cet article a été complété par un arrêté du 30 mai 2018 sur les modalités d'information des patients sur l'exercice conventionnel, les montants pratiqués et les critères de détermination des dépassements d'honoraires en cas d'affichage de fourchettes d'honoraires (v. *infra* partie 2, I-1). Les services de la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes sont également habilités à contrôler les modalités de facturation des frais des établissements de santé et des professionnels de santé conventionnés qui doivent être en adéquation avec le coût de la prestation de soin (art. L. 1111-3-4 du CSP : « *les professionnels de santé conventionnés (...) ne peuvent exiger le paiement d'une prestation qui ne correspond pas directement à une prestation de soins* »).

constitue un appel aux médecins du secteur 2 et à ceux disposant d'un droit à dépassement à faire preuve de modération tarifaire. Comme les précédents, il n'institue pas des engagements juridiquement opposables.

**Le choix conventionnel, désormais priorisé, en faveur de la régulation tarifaire.** Jusqu'à la convention médicale du 26 juillet 2011, aucun mécanisme conventionnel à dimension collective visant à réguler les pratiques tarifaires des médecins inscrits en secteur 2 n'avait été adopté. C'est par un avenant à cette convention que voit le jour le premier dispositif de régulation tarifaire (avenant n° 8 conclu en 2012) : le contrat d'accès aux soins (CAS). Même si ce dispositif a rencontré peu de succès et a eu une durée de vie très courte, il n'en est pas moins intéressant car il constitue en quelque sorte une préfiguration de l'Option conventionnelle en faveur d'une pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) qui sera adoptée par la convention suivante et prolongée avec certains aménagements par la dernière convention signée en juin 2024. Ces nouveaux outils contribuent à redessiner la structuration conventionnelle précédemment décrite (v. *infra*).

Depuis l'instauration du CAS, les partenaires conventionnels sont entrés dans une ère qui privilégie les outils de régulation tarifaire. Cette priorisation en faveur de la régulation est particulièrement explicite dans la convention de 2024. Celle-ci se montre en effet soucieuse de faire ressortir les avantages des dispositifs OPTAM et OPTAM-ACO pour les médecins car l'objectif revendiqué de l'Assurance maladie est « *de favoriser l'activité à tarifs opposables et l'attractivité de ces options* » (art. 41). Il y a là un changement d'orientation en termes de communication. Il s'agit d'accompagner au mieux le déploiement de ces options afin que les adhésions soient le plus nombreuses possible, condition désormais considérée comme nécessaire pour produire des effets sur le volume et le niveau des dépassements d'honoraires et sur le reste à charge des patients. À cet égard, on peut relever que les stipulations conventionnelles relatives aux engagements découlant de l'OPTAM et de l'OPTAM-ACO se trouvent réunies dans un titre consacré à la réduction des restes à charge. Dorénavant, il ne s'agit plus seulement d'appeler à l'auto-régulation tarifaire mais de rendre attractives pour le plus grand nombre les options de pratique tarifaire maîtrisée<sup>36</sup>.

### 1.2.3. Régulation au titre de l'option conventionnelle de pratique tarifaire maîtrisée

**1.2.3.1 - Le contrat d'accès aux soins de la convention de 2011 : premiers jalons d'une recherche de régulation conventionnelle des pratiques tarifaires.** L'avenant n° 8 de la convention de 2011 a cherché à apporter une réponse structurelle au phénomène des dépassements d'honoraires. À cet effet, a été imaginé un mécanisme de régulation tarifaire qui ouvre la possibilité d'adhérer à un contrat d'accès aux soins aux médecins exerçant en secteur à honoraires différents, aux titulaires du droit à dépassement permanent ainsi qu'aux médecins titulaires de titres qui rendent éligibles au secteur 2 et qui s'installent pour la première fois en libéral. Pour

---

<sup>36</sup> Si l'attractivité financière est prépondérante, la convention de 2024 se montre également soucieuse de l'attractivité « administrative ». Ainsi, l'article 41 précise-t-il que « *l'Assurance maladie s'engage à accompagner les médecins adhérents ou éligibles à l'une des deux options tout au long de la présente convention notamment concernant les modalités techniques de mise en œuvre de ce dispositif. Aussi, l'Assurance maladie adressera à tous les médecins éligibles une proposition de contrat, en clarifiant les différents avantages financiers que celui-ci emporte...* ».

tenir compte des situations antérieures, l'avenant ouvre également cette possibilité d'adhésion aux mêmes médecins, mais qui se sont installés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2013<sup>37</sup>.

Objectif – Le préambule de l'avenant n° 8 positionne le CAS comme un dispositif devant contribuer à améliorer l'accessibilité financière des assurés sociaux aux soins, en particulier aux soins spécialisés. L'objectif est de favoriser l'accès à des soins dispensés en tarifs opposables. En effet, les soins facturés en tarifs opposables garantissent souvent une absence de reste à charge pour le patient en raison de la réglementation des contrats d'assurance maladie complémentaire dits « responsables »<sup>38</sup>. Ce contrat a pour objectif « *d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie* » (art. 4).

Mécanisme – Le CAS n'est pas à titre principal un dispositif visant à réguler directement le niveau des dépassements même s'il doit permettre de l'infléchir. Sa finalité est d'inciter les médecins pour lesquels le rattachement au secteur 2 ouvre un droit à dépassement à réaliser une part de leur activité en tarifs opposables. Par ricochet et en cas de succès du CAS, cela emporte *in fine* la diminution du volume des dépassements et du taux moyen de dépassement.

Modalité juridique – Le CAS intéresse la liberté tarifaire que l'inscription en secteur 2 n'encadre pas. Il n'est dès lors pas surprenant que le vecteur juridique retenu prenne la forme d'une incitation laissant aux médecins éligibles toute liberté de souscrire ou non un CAS. Dans le cadre conventionnellement défini, l'adhésion au CAS et l'engagement qui en découle en termes de pratique tarifaire restent par conséquent un choix individuel pouvant être incité par les contreparties prévues par la convention.

Engagements des adhérents au CAS – Le médecin ayant adhéré au CAS prend un double engagement sur la base de l'état de sa pratique tarifaire de l'année précédente<sup>39</sup> :

- d'une part, l'engagement de ne pas augmenter sa pratique tarifaire et de respecter le « *taux de dépassement moyen recalculé* »<sup>40</sup> sans que cela puisse être supérieur à 100% (engagement *a minima* de stabilisation du taux moyen de dépassement) ;
- d'autre part, un engagement concernant l'activité en tarifs opposables, engagement exprimé en pourcentage qui doit être supérieur ou égal à celui constaté l'année précédant l'adhésion<sup>41</sup>.

---

<sup>37</sup> V. art. 4 de l'arrêté du 29 novembre 2012.

<sup>38</sup> S'agissant des honoraires à tarifs opposables facturés dans le cadre du parcours de soins coordonnés, les contrats « responsables » s'engagent à prendre en charge le ticket modérateur (en l'occurrence, 30 % du tarif opposable), c'est-à-dire la part des honoraires laissée à la charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale (70 % du tarif opposable).

<sup>39</sup> L'avenant n° 8 prévoit que les CPAM transmettent à tous les médecins éligibles au CAS l'état de leur pratique tarifaire de l'année 2012. Cet état comporte les tarifs pratiqués pour les principaux actes réalisés par le médecin, la part des actes réalisés aux tarifs opposables ainsi que le taux de dépassement constaté en 2012. Par ailleurs, le médecin est informé du taux de dépassement recalculé (v. note suivante).

<sup>40</sup> Le taux de dépassement recalculé correspond au taux de dépassement qui aurait été celui du médecin si les actes avaient été réalisés par un médecin exerçant en secteur à honoraires opposables.

<sup>41</sup> Des modalités particulières étaient prévues pour les médecins nouvellement installés depuis moins d'un an.

Dans l'un et l'autre cas, l'engagement ouvrant droit à contreparties est un engagement *a minima* de stabilisation (stabilisation du taux moyen de dépassement et du pourcentage d'activité en tarifs opposables).

Contreparties à l'engagement – Les partenaires conventionnels ont fait le choix d'assimiler en quelque sorte l'activité à tarifs opposables du médecin adhérent au CAS à une activité à tarifs opposables pratiquée par des médecins en secteur 1. Cela emporte le bénéfice de deux contreparties exprimant toutes deux « l'attraction » du régime conventionnel de la pratique en tarifs opposables :

- contrepartie portant sur les avantages sociaux associés au secteur 1. Sur la part des honoraires qu'il a réalisée en tarifs opposables, le médecin bénéficie d'une participation des caisses au financement de ses propres cotisations sociales (avantage social aligné sur celui dont bénéficient les médecins inscrits en secteur 1).
- contreparties portant sur les règles de tarification et les remboursements. L'AMO s'engage « à aligner les tarifs de remboursement de ces médecins sur ceux exerçant en secteur à honoraires opposables ainsi qu'à faire bénéficier les médecins souscrivant au CAS des revalorisations des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables » (art. 4). Afin d'accompagner la mise en place du CAS, ces évolutions bénéficient également aux médecins de secteur 2 adhérent au CAS<sup>42</sup>. Par choix conventionnel, les adhérents au CAS bénéficient par ricochet (parce qu'une partie de leur activité se fait à tarifs opposables) de ces revalorisations<sup>43</sup>.

Pour la première fois dans l'histoire conventionnelle, avec le CAS, est franchi un pas dans la mise en place de normes tarifaires et d'avantages conventionnels « partagés » entre les deux secteurs.

**1.2.3.2 - Les options conventionnelles « pratique tarifaire maîtrisée » de la convention de 2016 et leur prolongement par la convention de 2024 : une régulation tarifaire revisitée.** Le dispositif du CAS a fait l'objet de critiques de la part de la Cour des comptes qui a considéré qu'il avait eu « des effets limités pour un coût considérable »<sup>44</sup> et que le mécanisme était incitatif tout en étant peu contraignant (pas d'engagement de diminuer le taux de dépassement ni d'augmenter l'activité réalisée en tarifs opposables). Même si le directeur de la Caisse nationale

---

<sup>42</sup> Dans le cadre du CAS, les médecins y adhérent pouvaient bénéficier des nouvelles rémunérations mises en place dans le cadre du parcours de soins coordonnés : consultation de suivi de sortie d'hospitalisation en court séjour des patients à forte comorbidité, consultation longue et complexe pour favoriser le suivi des patients insuffisants cardiaques ayant été hospitalisés pour un épisode de décompensation de leur affection et nécessitant un suivi et une évaluation de leur état à court terme, mais aussi de la rémunération forfaitaire (MPA) pour les patients âgés de plus de 85 ans au 1<sup>er</sup> juillet 2013 puis pour les patients âgés de plus de 80 ans au 1<sup>er</sup> juillet 2014, majoration de 5 euros pour les pédiatres dans la prise en charge des nouveau-nés grands prématurés, des jeunes enfants atteints de maladie congénitale grave, etc.

<sup>43</sup> Le bénéfice de ces revalorisations permet au médecin adhérent au CAS de dégager plus de revenus de son activité en tarifs opposables.

<sup>44</sup> Cour des comptes, *Rapport sur la Sécurité sociale*, sept. 2017, p. 241

d'assurance maladie (CNAM) a exprimé son désaccord avec cette analyse<sup>45</sup>, les partenaires conventionnels ont décidé de revoir les modalités d'application du CAS « pour améliorer sa lisibilité et son attractivité auprès des médecins » (convention de 2016).

La convention remplace le CAS par une nouvelle option tarifaire conventionnelle, dite option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ayant deux déclinaisons (v. *infra*). Si ces options se situent incontestablement dans le prolongement du CAS, elles n'en constituent pas moins un point de bascule.

Objectif – Rappelant que l'accès aux soins de tous les assurés sociaux, quelles que soient leurs ressources financières, constitue une priorité pour eux, les partenaires conventionnels fixent comme objectif aux dispositifs OPTAM et OPTAM-CO « *d'améliorer la prise en charge des patients en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie* » (conventions de 2016 et de 2024). Sur ce point, les nouvelles options reposent sur un mécanisme s'inscrivant dans la filiation du CAS.

Modalité juridique – L'OPTAM et l'OPTAM-CO/OPTAM-ACO recourent à la même modalité juridique que celle mobilisée pour le CAS. Il s'agit d'options tarifaires conventionnellement définies dont l'adhésion est ouverte à certains médecins. En échange de certains engagements pris, les médecins adhérents bénéficient de contreparties qui diffèrent selon le type d'option. Par conséquent, le mécanisme prend la forme d'une incitation dont les contours et modalités font l'objet d'un encadrement conventionnel et dont la mise en œuvre dépend exclusivement d'un choix individuel d'adhésion.

Médecins éligibles – Sur le principe, l'éligibilité est identique à celle du CAS. La différence tient uniquement ici à l'existence de deux options offrant à une partie des médecins éligibles un choix.

- *les médecins éligibles à l'OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée)*. Les conditions d'éligibilité dépendent de la situation conventionnelle et non de la spécialité d'exercice qui, elle, est indifférente. Le « cœur de cible » du nouveau dispositif optionnel est constitué des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents (médecins du secteur 2) et des médecins titulaires du droit à dépassement permanent, soit les médecins qui peuvent conventionnellement pratiquer des dépassements. Il est en cohérence avec la volonté affichée de développer l'activité à tarif opposable.

À l'instar du CAS, les textes conventionnels de 2016 et 2024 prévoient également une éligibilité « *par dérogation* ». Elle concerne les médecins déjà rattachés au secteur 1 (installation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2013) mais qui sont titulaires des titres permettant l'accès au secteur 2. Cette éligibilité dérogatoire ouvre la possibilité à ces médecins de pratiquer des dépassements que leur secteur conventionnel de rattachement ne permet pas alors que l'OPTAM a pour finalité première d'augmenter l'activité à tarifs opposables

- *les médecins éligibles à l'OPTAM-CO/OPTAM-ACO*. Ils constituent un sous-ensemble des médecins éligibles à l'OPTAM. En effet, outre les conditions générales d'éligibilité à

---

<sup>45</sup> Voir réponse de N. Revel, rapport préc. p. 645

l'OPTAM, s'ajoute une condition tenant à la spécialité pratiquée. En application de l'article 49 de la convention de 2016, l'OPTAM-CO est ouverte aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique. La convention de 2024 ajoute une spécialité, l'anesthésie-réanimation, à la liste des spécialités éligibles, ce qui conduit à transformer l'OPTAM-CO en OPTAM-ACO<sup>46</sup>.

Engagements des adhérents – Les modalités d'engagement sont de même nature quelle que soit l'option souscrite et visent à faire bénéficier le patient de tarifs opposables ou à moindres dépassements. À l'instar du CAS, le médecin ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO prend un double engagement calculé sur une période de référence (correspondant aux 3 années civiles précédant la date d'entrée en vigueur de la convention de 2016 et correspondant aux années 2022 et 2023 pour les options qui pourront être souscrites, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2025, sur le fondement de la convention de 2024)<sup>47</sup> :

- d'une part, un engagement portant sur le **taux de dépassement**. Dans le cadre de la convention de 2016, le praticien devait s'engager à respecter un *taux de dépassement moyen recalculé* sans que cela puisse être supérieur à 100%. Le taux moyen concerne l'activité clinique et technique au cours de la période de référence sans prendre en compte les rémunérations forfaitaires (ex. ROSP). Il correspond au rapport du total des dépassements annuels sur les 3 années de référence aux honoraires remboursables annuels sur la base des tarifs applicables aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables<sup>48</sup>.

Dans le cadre de la convention de 2024, l'engagement du médecin portera sur un *taux de dépassement constaté recalculé* ne pouvant excéder 100% pour une période de référence qui est désormais 2022-2023, ce qui peut rendre le dispositif plus attractif pour les médecins non-adhérents car la période sera plus proche de la réalité de leurs pratiques. Cette recherche d'attractivité se traduit dans la façon dont la convention de 2024 est rédigée. Alors que la convention de 2016 (art. 41-1) précisait explicitement qu'en adhérant à l'option, le médecin s'engageait à respecter le taux de dépassement moyen recalculé (ne pouvant excéder 100%), la convention de 2024 raisonne en termes d'éligibilité tarifaire : « *les médecins ayant des taux de dépassements constatés proches de 100% pourraient devenir éligibles aux options, puisque l'intégration des tarifs de remboursements des médecins de secteur 1 à leur activité va mécaniquement réduire leur taux de dépassement recalculé, pour atterrir à un taux de dépassement recalculé inférieur à 100%* » (at. 41-3). Dans cette optique, rappelant que les médecins dont le taux de dépassement recalculé est supérieur à 100 % ne peuvent pas bénéficier des options, la convention précise que « *l'Assurance maladie s'engage à proposer l'option à tous les*

---

<sup>46</sup> Pour être caractérisée, la condition de spécialité suppose d'avoir réalisé, au cours de l'année précédant la demande d'adhésion à l'OPTAM-ACO, au moins 50 actes inscrits sous l'appellation *acte d'anesthésie, acte de chirurgie* ou *acte d'obstétrique* sur la liste mentionnée aux articles L. 162-1-7 et R. 162-52 du Code de la sécurité sociale.

<sup>47</sup> Des aménagements des règles de détermination des engagements sont prévus pour les médecins n'ayant pas eu d'activité pour les années de référence.

<sup>48</sup> L'annexe 21 de la convention de 2016 précise que ce taux moyen correspond à la moyenne, sur les 3 années, du rapport du total des dépassements annuels aux honoraires remboursables annuels. La base de calcul (numérateur et dénominateur) prend en compte les tarifs des médecins exerçant en secteur à tarifs opposables et non pas les tarifs réellement appliqués (recalcul).

*professionnels de santé qui sont, ou deviendraient, éligibles tout au long de la convention » (art. 41-3)<sup>49</sup>.*

- d'autre part, un engagement sur le **taux d'activité à tarifs opposables**. Le praticien s'engage sur un pourcentage recalculé d'activité à tarifs opposables qui doit être au moins égal à celui constaté au cours de la période de référence. Là aussi, il s'agit d'un engagement de stabilisation et non nécessairement d'amélioration et il est à noter que, pour le respect de cet engagement, sont inclus les cas pour lesquels les médecins du secteur 2 sont légalement tenus de facturer aux tarifs opposables (situations d'urgence médicale et soins délivrés aux patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire).

Contreparties à l'engagement – La convention de 2016 cherche à rendre attractives les options par les avantages conventionnels qu'elle propose à ceux qui y adhèrent. Ainsi, et malgré une filiation certaine avec le CAS, les options de « pratique tarifaire maîtrisée » mises en place en 2016 marquent un véritable tournant dans la recherche d'une régulation tarifaire d'origine conventionnelle en matière de dépassements. La convention de 2024 ne modifie pas la substance et la nature de ces contreparties même si celles concernant l'OPTAM-ACO s'inscrivent dans le cadre d'une évolution de la CCAM.

- *la contrepartie générale et commune*. À l'instar du CAS, l'adhésion à l'OPTAM et l'OPTAM-ACO emporte une attraction du statut conventionnel du médecin vers celui du secteur 1. On assiste à une progression notable des avantages associés à l'exercice en secteur 1.

Ainsi, la convention de 2016 et ses nombreux avenants ont permis aux médecins adhérant à l'OPTAM de bénéficier des revalorisations tarifaires et des cotations pour les consultations complexes, mais aussi d'appliquer un certain nombre de majorations disponibles pour les médecins conventionnés du secteur 1 (consultations coordonnées, consultations de suivi de l'enfant de moins de 6 ans, ou encore consultations spécifiques ou très complexes ou consultations de synthèse etc.). Les médecins adhérant à l'OPTAM sont en outre éligibles à la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) qui, même si elle cible majoritairement les médecins généralistes, contient (notamment depuis les avenants de 2018) un certain nombre d'indicateurs à destination des cardiologues, des spécialistes en gastroentérologie et hépatologie et des spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition. Enfin, les médecins adhérant à l'OPTAM sont également éligibles aux aides conventionnelles pour le recrutement d'un assistant médical comme le sont les médecins exerçant en secteur 1. La convention de 2024 se situe dans la droite ligne de cette logique qu'elle prolonge. En effet, une large partie des rémunérations forfaitaires (par ex. le forfait patientèle), aides conventionnelles (par ex. aide à la primo installation dans certaines zones, financement d'un assistant médical) et majorations/valorisations de certaines prises en charge (par ex. examens obligatoires de l'enfant) sont prévues sous condition explicite d'éligibilité relative à la pratique tarifaire : exercice en secteur 1 ou en secteur 2 adhérant à l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO.

---

<sup>49</sup> Avec cette nouvelle approche, l'objectif implicite est de stabiliser les pratiques tarifaires des adhérents.

- *la contrepartie spécifique OPTAM.* Le choix est fait de valoriser l'activité à tarifs opposables par l'octroi d'une « *rémunération spécifique* » au bénéfice du médecin ayant souscrit l'OPTAM et respecté ses engagements. Il s'agit d'un complément de revenu versé par l'Assurance maladie, celle-ci recourant d'ailleurs au terme de prime dans sa communication, terme aujourd'hui présent dans la convention de 2024. Pour déterminer le montant de ce complément, on applique au montant total des honoraires à tarifs opposables réalisé annuellement un taux fixé conventionnellement (annexe 19 de la convention de 2016 et annexe 12 de la convention de 2024) qui est fonction de la spécialité du médecin concerné (par ex., taux de 8,6 % pour les généralistes, de 4,6 % pour les néphrologues, de 7 % pour les cardiologues)<sup>50</sup>.

Par rapport à la contrepartie prévue par le CAS, deux différences sont à souligner qui contribuent sans doute à rendre plus attractive l'OPTAM : d'une part, le complément de rémunération est versé annuellement au moment de la vérification du respect des engagements pris (en principe, en juillet de l'année N+1)<sup>51</sup> ; d'autre part, la contrepartie emporte versement d'une somme dont le médecin a la libre disposition là où le CAS prenait la forme d'un avantage social sous forme de remboursement au médecin d'une partie des cotisations sociales destinées à financer sa propre couverture sociale. En d'autres termes, au-delà de son montant, la contrepartie gagne en visibilité.

Il convient enfin de préciser que, « *pendant la durée de l'option, les hausses des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin. Cet avenant comporte le taux de dépassement et la part d'activité réalisée à tarifs opposables recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement* » (art. 42 de la convention de 2016 et art. 41-5 de la convention de 2024). Si le principe de la révision est clairement posé et n'interroge pas en lui-même, ses modalités sont en revanche complexes (v. annexe 21 de la convention de 2016 et art. 41-5 de la convention de 2024). Les deux textes conventionnels stipulent que l'augmentation des tarifs de remboursement doit bénéficier à la fois aux patients et aux médecins tout en permettant à ces derniers de conserver une certaine latitude dans la fixation de leurs tarifs. Mais ils diffèrent dans les modalités concrètes de révision. Dans la convention de 2016, la fixation subséquente des nouveaux taux d'engagement doit permettre « *que le gain lié aux revalorisations des tarifs de remboursement soit partagé à part égale entre les patients et les médecins adhérant à l'option* » (art. 3 de l'annexe 21). Comme le synthétise et l'explique la Cour des comptes, cela signifie que « *le médecin peut conserver sous la forme de dépassements l'équivalent de la moitié de la valeur des revalorisations de tarifs opposables* »<sup>52</sup>. En revanche,

---

<sup>50</sup> Le taux correspond au taux de cotisations moyen sur les trois risques : maladie maternité décès, allocations familiales et allocation supplémentaire vieillesse. Les taux de cotisation sont identiques pour les différentes spécialités mais ils s'appliquent aux honoraires nets des charges. Les taux de charge étant différents selon les spécialités, les taux prime/honoraires varient eux-mêmes selon les spécialités. En conséquence, il est procuré aux médecins, sur la partie de leur activité à tarifs opposables, un équivalent monétaire de l'avantage social consistant en une prise en charge de ses cotisations sociales par l'AMO.

<sup>51</sup> À noter qu'est mis en place un système de dégressivité du montant du complément en fonction du niveau de respect des engagements (par ex., si est constaté un écart de 1 à 2 points entre l'objectif et le taux constaté, seuls 90% de la prime sont dus ; à l'opposé, si l'écart est supérieur à 5 points, aucun versement n'est effectué pour l'année considérée – pour le détail, v. art. 41.2 de la convention de 2016 et 41-4 de la convention de 2024).

<sup>52</sup> Rapport 2017, préc. p. 245.

dans la convention de 2024, la répartition à parts égales patients/médecins n'est plus mentionnée. Lui est substitué un mécanisme de partage de gain entre les médecins et l'AMO qui est « arrimé » et dépendant du niveau de respect de ses engagements par le médecin (v. tableau ci-dessous, art. 41-5 de la convention de 2024)<sup>53</sup>.

**TABLEAU 3 : NIVEAU DE PARTAGE DE GAINS EN FAVEUR DU MEDECIN EN FONCTION DU NIVEAU DE RESPECT CONSTATE – CONVENTION 2024**

Niveau du dernier respect disponible constaté par l'Assurance maladie	Niveau de partage de gains appliqué en faveur du médecin
Respect strict	60%
Non-respect compris entre 1et 5 points	40%
Non-respect supérieur à 5 points	0%

- *la contrepartie spécifique OPTAM-ACO*. La contrepartie spécifique prend ici une forme très différente par rapport au CAS mais également par rapport à l'OPTAM. L'adhésion à l'OPTAM-ACO permet aux médecins, dans des conditions renouvelées en 2024, d'appliquer le modificateur K à certains actes qu'ils pratiquent, ce qui emporte majoration du tarif des actes concernés (dispositif appelé aussi majoration « forfaits modulables »).

La convention de 2016 avait fait le choix de permettre aux adhérents à l'OPTAM-CO de tirer parti de la revalorisation de la valeur du modificateur K (passée de 11,5 à 20%) intervenue à l'occasion d'une révision de la CCAM, revalorisation dont le champ d'application concerne donc tant les médecins du secteur 1 que ceux ayant souscrit l'OPTAM-CO. La convention de 2024 se situe dans le prolongement de la convention de 2016. Elle stipule que « *les médecins adhérents à l'OPTAM-ACO peuvent appliquer le modificateur K applicable aux actes de chirurgie et aux actes d'accouchement définis dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Cette liste inclut notamment l'acte de curetage sur fausse couche* ». Par ailleurs, la convention de 2024 crée un modificateur pour les anesthésistes qui adhéreront à l'OPTAM-ACO applicable à certains actes. La valeur de ce modificateur est de 8% (contre 12% pour les anesthésistes exerçant en secteur à honoraires opposables).

---

<sup>53</sup> « Ainsi, les médecins en respect strict pourront réintégrer 60% du montant de la revalorisation de la base de remboursement (écart entre l'ancienne et la nouvelle base de remboursement) dans le tarif total de l'acte facturé au patient tout en respectant leurs nouveaux engagements et les médecins en non-respect compris entre 1 et 5 points pourront réintégrer 40% du montant de la revalorisation de la base de remboursement » (dernier alinéa de l'article 41-5 de la convention de 2024).

### ENCADRE 3: ÉMERGENCE ET CONSOLIDATION D'UN ESPACE CONVENTIONNEL PARTAGÉ ENTRE LES DEUX SECTEURS D'EXERCICE

Par des évolutions progressives, les trois dernières conventions ont contribué à faire émerger, puis à consolider un espace conventionnel partagé entre le secteur 1 et le secteur 2. En effet, les médecins qui adhèrent à l'OPTAM peuvent pratiquer des dépassements puisqu'ils exercent en secteur 2 et, par l'effet de l'option souscrite, ils sont éligibles au titre de leur activité à tarifs opposables aux mêmes avantages que les médecins exerçant en secteur 1.

S'observe la mise en place d'une nouvelle forme de structuration des secteurs conventionnels d'exercice. À côté des médecins exerçant dans le secteur 2, on assiste à l'émergence d'un statut conventionnel hybride qui est celui des médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Ce nouveau « découpage » des pratiques conventionnelles d'exercice résulte de la création d'un socle conventionnel partagé de cotations, de tarifs et de majorations, et même d'aides spécifiques, exclusivement réservés aux médecins exerçant au tarif opposable (secteur 1) et à ceux pratiquant des honoraires différents et adhérant à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO. Cette mise en commun de deux « secteurs » d'exercice bouscule la structuration initiale des modalités d'exercice conventionnel de la médecine libérale et, surtout, la sectorisation initiale qui, jusqu'à récemment, était très cloisonnée.

Cette évolution contribue à rendre attractive la première installation en secteur 2 pour les médecins qui y sont éligibles (en raison de leurs titres ou fonctions hospitalières). En effet, d'une part, l'inscription en secteur 2 rend possible toutes les pratiques tarifaires, y compris l'exercice à tarifs opposables ; d'autre part, elle ouvre à tout moment et de façon réversible, dans le cadre de l'adhésion à l'OPTAM, une possibilité de valorisation de l'exercice à tarifs opposables identique à celle dont bénéficient les médecins de secteur 1 (v. *supra*). Par contraste, l'inscription en secteur 1 présente un caractère définitif.

## 2. Dépassements et régulation tarifaire des honoraires médicaux du point de vue de l'assuré

Aborder la question des dépassements d'honoraires et de la régulation tarifaire du point de vue du patient oblige à conduire une analyse systémique allant au-delà du seul cadre conventionnel et de l'Assurance maladie obligatoire pour inclure l'assurance maladie complémentaire (ci-après AMC). Sauf exception, la situation conventionnelle du médecin consulté et sa pratique tarifaire sont déterminantes de la prise en charge du patient tant du point de vue de l'AMO (2.2.) que désormais du point de vue l'AMC (2.2.3.).

Il est d'ailleurs à noter qu'à l'occasion de la création du CAS<sup>54</sup>, l'UNOCAM s'est engagée « à inciter les organismes complémentaires d'assurance maladie, lorsque les garanties ou les contrats le prévoient, à prendre en charge de façon privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérant au contrat d'accès aux soins pendant la durée de celui-ci ». L'évolution du cahier des charges des contrats responsables permet d'aller bien plus loin que cet engagement de principe de l'UNOCAM (sans effet contraignant pour les OCAM) et d'entrer de plain-pied dans une complémentarité articulée entre AMO et AMC.

Cependant, en amont de la question de la prise en charge, il y a lieu de souligner que les patients sont en quelque sorte dépendants de la variabilité des pratiques tarifaires des médecins exerçant en secteur 2 qu'ils consultent, ce qui n'est pas sans effet sur leur situation (2.1.).

### 2.1. Les patients en grande partie dépendants de la variabilité des pratiques tarifaires des médecins

Bien qu'il existe des obligations d'information pesant sur les médecins concernant leurs pratiques tarifaires (2.1.1.), celles-ci sont souvent d'une grande généralité. Sauf quand le patient consulte un médecin du secteur 1, elles ne permettent pas le plus souvent au patient de savoir à l'avance quel tarif lui sera individuellement facturé, ce qui est générateur à la fois d'incertitude individuelle et de traitement hétérogène d'un patient à l'autre (2.1.2.).

#### 2.1.1. Des obligations d'information sur les pratiques tarifaires

Les obligations d'information mises à la charge des professionnels de santé sont diverses tant en ce qui concerne leur contenu que leurs modalités.

**Obligation d'information sur la situation conventionnelle du médecin.** Un arrêté du 30 mai 2018<sup>55</sup> précise les informations que les professionnels doivent délivrer sur leur situation vis-à-

---

<sup>54</sup> Cf *supra* avenant n° 8 de la convention de 2011 ; le CAS constitue le premier dispositif conventionnel de régulation tarifaire.

<sup>55</sup> Arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins.

vis des organismes de sécurité sociale. Cette obligation d'information doit être satisfaite selon les modalités suivantes :

- *par une indication du conventionnement et, le cas échéant, du secteur conventionnel d'appartenance sur les plaques professionnelles lors de toute nouvelle installation ou de toute modification de plaque, ainsi que sur les plateformes de prise de rendez-vous médical en ligne, sauf dispositions législatives ou réglementaires contraires ;*
- *par un affichage portant mention du conventionnement, le cas échéant, du secteur conventionnel d'appartenance, de la pratique ou non de dépassement d'honoraires ainsi que de la modération ou non de celui-ci par l'adhésion du praticien à l'option de pratique tarifaire maîtrisée. Cet affichage invite en outre le patient à consulter l'annuaire santé du site internet [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) pour toute information complémentaire.*

**Obligations d'information sur la facturation des prestations.** S'agissant de la facturation des prestations, il existe une sorte de gradation des obligations d'information en lien avec les montants potentiellement en jeu. Trois cas de figure sont à distinguer, étant précisé que les modalités d'information diffèrent également.

- **information générale sur les frais de santé par la voie de l'affichage.** La loi du 26 janvier 2016 a inscrit dans le Code de la santé publique une obligation générale d'information du patient « *sur les frais auxquels il peut être exposé à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, et le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais* » (art. L. 1111-3). Pour les professionnels de santé exerçant en libéral, cette information doit s'effectuer par voie d'affichage « *de façon lisible et visible sur un même support dans le lieu d'attente du patient ainsi que dans le lieu d'encaissement des frais* » (arrêté du 30 mai 2018)<sup>56</sup>. Le texte précise sur quel type de prestation de soins porte cette obligation d'information<sup>57</sup>. Les professionnels de santé doivent ainsi afficher « *les montants des honoraires qu'ils pratiquent ainsi que la base de remboursement par la sécurité sociale des prestations* ». Mais le texte autorise l'inscription des montants d'honoraires « *sous forme de fourchettes, sous réserve que les critères de détermination de ces honoraires soient expressément mentionnés* ».

S'agissant des médecins, l'obligation d'affichage s'applique « *à la consultation (selon les types, de référence ; coordonnée ; complexe ; très complexe), à la visite à domicile et aux majorations (majoration de nuit, majoration de dimanche, majorations pratiquées dans le cadre de la permanence des soins) et au moins cinq des prestations les plus couramment pratiquées* ». S'agissant des différents tarifs pratiqués, l'arrêté fixe précisément les phrases qui doivent être affichées selon le statut conventionnel du médecin.

---

<sup>56</sup> Dans les établissements de santé, l'information est délivrée par affichage dans les lieux de réception des patients ainsi que sur les sites internet de communication au public. S'agissant des sociétés de téléconsultation, « *l'information est délivrée par affichage sur les sites internet de communication au public. Elle est également transmise au patient avant la téléconsultation* ».

<sup>57</sup> De façon en quelque sorte préliminaire, l'arrêté enjoint également aux professionnels de santé conventionnés de mentionner sur le support d'information la phrase suivante : « *Seuls peuvent vous être facturés des frais correspondant à une prestation de soins rendue. Le paiement d'une prestation qui ne correspond pas directement à une prestation de soins ne peut vous être imposé* ».

- pour les médecins exerçant en secteur 1, l'affichage doit délivrer l'information suivante : « *Votre professionnel de santé pratique des honoraires conformes aux tarifs de la sécurité sociale. Ces tarifs ne peuvent être dépassés, sauf en cas d'exigence exceptionnelle de votre part concernant l'horaire ou le lieu des actes pratiqués, ou en cas de non-respect du parcours de soins* » ;

- pour les professionnels de santé pratiquant des dépassements d'honoraires, l'affichage doit indiquer : « *Votre professionnel de santé détermine librement ses honoraires qui peuvent donc être supérieurs à ceux fixés par la convention liant à la sécurité sociale. Leur montant doit cependant être déterminé avec tact et mesure. La facturation de dépassements d'honoraires est par ailleurs interdite pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).* »<sup>58</sup>.

- **obligation d'affichage et information écrite préalable en cas de dépassements d'honoraires atteignant au moins 70 €.** Si le dépassement d'honoraires dépasse un certain montant, l'article L. 1111-3-2 du CSP prévoit la délivrance au patient d'une information écrite préalable. En premier lieu, l'arrêté oblige à l'affichage de cette mention informative pour les médecins conventionnés. La phrase suivante doit ainsi être affichée : « *dès lors que les dépassements d'honoraires des actes et prestations facturés atteignent 70 euros, votre professionnel doit vous en informer par écrit, préalablement à la réalisation de la prestation* ». En second lieu, le texte indique le contenu de l'information écrite qui doit être délivrée. Elle comprend « *la description des actes et prestations, le montant des honoraires fixés ainsi que, le cas échéant, le montant pris en charge par la sécurité sociale, dès lors que les dépassements d'honoraires des actes et prestations facturés atteignent 70 euros* ».

- **information spécifique lorsque l'acte de soin inclut la fourniture d'un dispositif « sur mesure ».** Lorsque l'acte de soin inclut la fourniture d'un dispositif sur mesure<sup>59</sup>, les professionnels de santé sont tenus de fournir au patient un devis normalisé qui comprend « *de manière dissociée le prix de vente de chaque produit et de chaque prestation proposés, le tarif de responsabilité correspondant et, le cas échéant, le montant du dépassement facturé et le montant pris en charge par les organismes d'assurance maladie* » ainsi que des documents garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés<sup>60</sup>.

## 2.1.2. Les effets de l'absence de visibilité du patient quant aux tarifs qui lui seront appliqués par les médecins du secteur 2

---

<sup>58</sup> Les professionnels de santé non conventionnés doivent quant à eux indiquer par voie d'affichage : « *Votre professionnel de santé n'est pas conventionné par la sécurité sociale. Dès lors, les prestations qui vous seront délivrées ne seront que très faiblement remboursées. Le montant de ses honoraires doit cependant être déterminé avec tact et mesure.* ».

<sup>59</sup> V. l'article 1<sup>er</sup> du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux

<sup>60</sup> Art. L. 1111-3-2-II du CSP.

Seule la consultation d'un médecin exerçant en secteur 1 garantit par principe au patient de se voir appliquer les tarifs opposables. En revanche, tel qu'il est organisé, le système rend la visibilité du tarif pour le patient qui consulte un médecin du secteur 2 dépendant de la variabilité de sa pratique tarifaire. Et, sur ce point, les dispositions en faveur de la régulation tarifaire et celles relatives au contrôle des pratiques réduisent mais n'annulent pas cette variabilité. Deux conséquences découlent de cette situation : l'incertitude individuelle et des traitements tarifaires disparates entre patients.

**L'incertitude individuelle.** Les obligations d'information par voie d'affichage à la charge des médecins ne permettent de délivrer aux patients qu'une information générale, c'est-à-dire une « information-type », sur les pratiques tarifaires du médecin consulté. En aucune façon, elles ne permettent à ce patient d'anticiper le montant des honoraires qui sera facturé ni le montant des éventuels dépassements et donc du reste à charge<sup>61</sup>. Cette incertitude individuelle est inhérente au système quelle que soit la situation conventionnelle du médecin de secteur 2 consulté :

- pour les médecins exerçant en secteur 2 sans option de pratique tarifaire maîtrisée (hors OPTAM/OPTAM-ACO), le principe est celui de la liberté tarifaire dans le respect des règles déontologiques de « tact et mesure » dont la détermination est renvoyée à l'appréciation du seul médecin. Le tarif individuellement pratiqué ne peut donc pas être connu du patient lorsqu'il prend un rendez-vous.
- pour les médecins adhérant à l'OPTAM/OPTAM-ACO, la situation n'est guère différente pour le patient pris individuellement. En effet, les engagements pris en matière de pratique tarifaire sont exprimés sous la forme d'une moyenne d'activité (pour l'ensemble de l'activité du praticien). S'ils sont opposables par l'AMO au médecin, celui-ci demeure en revanche libre de sa pratique tarifaire individuelle à l'égard de chacun de ses patients. Par construction, l'OPTAM/l'OPTAM-ACO ne lève pas la situation d'incertitude individuelle du patient qui ne sait pas à l'avance si le médecin pratiquera ou pas à son égard un tarif opposable et, si tel n'est pas le cas, quel sera le montant individuel du dépassement.

**Des traitements tarifaires disparates.** Par construction, le système produit des différences de traitement entre les patients devant consulter, pour un problème de santé identique, un médecin exerçant en secteur 2. En effet, le médecin – qu'il soit ou non adhérent à l'OPTAM/OPTAM-ACO – dispose de la liberté de déterminer pour chaque patient le tarif qui s'appliquera (v. ci-dessus)<sup>62</sup>.

L'exposition du patient à cette variabilité tarifaire doit être mise en perspective avec d'autres éléments de variabilité qui caractérisent l'offre médicale actuelle, à savoir la variabilité du

---

<sup>61</sup> Il en va certainement de même de nombre d'hypothèses où le montant des dépassements atteint au moins 70 €. En effet, l'information écrite préalable exigée peut être délivrée au début de la consultation ou par le secrétariat qui accueille le patient. La quasi simultanéité entre l'information et la consultation ne permet pas l'anticipation tarifaire. De même, les délais et difficultés de prise de rendez-vous auprès de certains spécialistes peuvent rendre théoriques le droit du patient de renoncer à la consultation au moment où il prend connaissance des tarifs qui seront pratiqués.

<sup>62</sup> Comme indiqué précédemment, la notion de « tact et mesure » ne constitue pas un outil favorisant l'égalité d'accès aux soins compte tenu de l'impossibilité pour le médecin d'apprécier la situation socio-économique du patient.

niveau de dépassement selon les spécialités et les territoires mais également à l'intérieur d'une même spécialité. S'y adjoignent en outre des différences dans la prise en charge des dépassements d'honoraires selon le type de contrat de couverture complémentaire, la situation des patients ayant souscrit un contrat individuel (spécialement les personnes âgées) étant généralement moins favorable que celle des patients bénéficiaires d'un contrat collectif souscrit dans le cadre professionnel.

## 2.2. Situation conventionnelle et pratique tarifaire du médecin et remboursement de l'assuré par l'AMO

Les droits à remboursement du patient par l'AMO dépendent des modalités conventionnelles d'exercice du médecin consulté. Comme le souligne à juste titre D. Piveteau, « *alors même qu'elles [les conventions] sont réputées ne s'appliquer qu'aux professionnels qui, expressément ou implicitement, décident librement d'y adhérer... ce qui est en cause est moins leur opposabilité aux professionnels de santé que les effets qu'elles portent indirectement sur les assurés sociaux* »<sup>63</sup>. Le remboursement dépend également de la pratique tarifaire appliquée au patient lors de la réalisation de la prestation. Deux caractéristiques peuvent être identifiées

**L'absence de prise en charge par l'AMO des dépassements d'honoraires.** Il s'agit là d'une caractéristique ancienne qui est associée à la création, en 1980, de deux secteurs conventionnels. Elle ne connaît aucun tempérament, y compris pour les patients consultant un médecin ayant adhéré à une option en faveur d'une pratique tarifaire maîtrisée. En effet, lorsque ces médecins appliquent un dépassement d'honoraires dans le cadre de leur activité, le dépassement n'est pas remboursé par l'AMO, ce qui génère mécaniquement un reste à charge pour le patient.

**Des règles complexes de détermination de la base de remboursement par l'AMO de l'acte pratiqué par le médecin.** Désormais, la base de remboursement dépend de la pratique tarifaire appliquée au patient et/ou du choix d'exercice conventionnel du praticien<sup>64</sup>. Deux situations sont à distinguer :

**1/ en cas d'actes facturés au tarif opposable,** des règles communes de remboursement du patient lui sont applicables indépendamment des options conventionnelles du médecin (secteur 1, secteur adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO, secteur 2 sans option de pratique tarifaire maîtrisée). Par conséquent, les modalités de remboursement du patient ne dépendent pas du cadre conventionnel d'exercice du médecin consulté lorsque celui-ci pratique à son égard un tarif opposable<sup>65</sup>.

---

<sup>63</sup> D. Piveteau, « Réflexions nées du contentieux sur les conventions entre l'assurance maladie et les professions libérales », *Regards*, vol. 47, no. 1, 2015, pp. 231-238.

<sup>64</sup> Le taux de remboursement est quant à lui identique et inchangé, à savoir 70% de la base de remboursement.

<sup>65</sup> Lorsque les médecins spécialistes inscrits en secteur 2 (avec ou sans OPTAM) facturent leur consultation au tarif opposable, ils peuvent bénéficier de la majoration MPC (art. 2 de la NGAP). Dès lors, le patient peut bénéficier de la prise en charge de cette majoration sur la base des modalités de remboursement du tarif opposable.

**2/ en cas de facturation de dépassement**, la base de remboursement du patient dépend désormais de l'option conventionnelle du médecin inscrit en secteur 2 :

- si le médecin exerce en secteur 2 sans option de pratique tarifaire maîtrisée, la base de remboursement est minorée pour les patients (actuellement, base de 23 €) par rapport aux autres situations (actuellement, base de 26,50 €)
- en revanche, si le médecin adhère à l'OPTAM ou l'OMPTAM-ACO, les soins qu'il réalise bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables (secteur 1). Par conséquent, la patientèle du médecin ayant adhéré à l'OPTAM bénéficie d'une prise en charge uniforme de la part de l'AMO sur la base de remboursement améliorée, indépendamment du point de savoir si le médecin a facturé ou non un dépassement<sup>66</sup>. Cela explique sans doute que, dans la convention de 2024, les dispositions concernant l'OPTAM et l'OPTAM-ACO soient regroupées dans un titre relatif à la réduction des restes à charge.

### **2.3. Pratique tarifaire du médecin et prise en charge des dépenses de l'assuré par l'AMC**

En raison du mécanisme du ticket modérateur qui s'applique sur le remboursement par l'AMO des honoraires médicaux (TM de 30%), une part de ceux-ci est laissée à la charge du patient. Le montant du reste à charge après AMO est d'autant plus élevé pour le patient lorsque des dépassements sont pratiqués ; les contrats complémentaires peuvent solvabiliser ces dépassements. L'AMC étant un marché, cette solvabilisation se fait à des conditions, niveaux et coûts très variables conduisant à une hétérogénéité des situations pour le patient selon le contrat complémentaire santé dont il bénéficie. Toutefois, sous l'impulsion de la réglementation relative aux contrats dits « responsables », des mécanismes d'encadrement ont été instaurés concernant la prise en charge par ces contrats des dépassements d'honoraires (2.1). Ces mécanismes n'imposent pas d'obligation de prise en charge mais ouvrent aux OCAM différentes possibilités « encadrées » dans un objectif global de régulation des pratiques de dépassements (2.2) et non d'harmonisation des contrats<sup>67</sup>.

#### **2.3.1.Évolution de la réglementation concernant les contrats AMC en matière d'honoraires médicaux**

La réglementation des contrats complémentaires « responsables » a significativement modifié la façon de concevoir la place de l'AMC dans la prise en charge des dépenses de santé, spécialement des dépassements d'honoraires. En la matière, le basculement est intervenu en

---

<sup>66</sup> Le Conseil d'État a jugé que ces différences ne portent atteinte ni au principe de libre choix du médecin par le patient ni à l'égalité entre assurés sociaux. Voir CE, 26 avril 2018, *Syndicat Alliance des professionnels de santé et autres*, n° 406229

<sup>67</sup> Le régime local d'Alsace Moselle n'est pas abordé ici car ses spécificités ne concernent pas les dépassements d'honoraires.

2014<sup>68</sup>. Jusque-là, le cahier des charges des contrats responsables prévoyait que le contrat devait prendre en charge le ticket modérateur du patient en cas de consultation d'un médecin intervenue dans le respect du parcours de soins coordonnés, ce qui emporte *in fine* (hors franchise) un remboursement à 100% (70% par l'AMO et 30% par l'AMC). En revanche, aucun élément n'encadrerait la prise en charge des dépassements d'honoraires, laissée à la loi du marché.

Avec le décret du 18 décembre 2014, un changement important a été opéré dans le cahier des charges. Celui-ci prévoit désormais « *des plafonds de prise en charge pour certaines dépenses de soins afin de limiter la solvabilisation par les organismes complémentaires des pratiques tarifaires excessives de certains professionnels* » (extrait de l'exposé des motifs du décret). Ces plafonds concernent notamment les dépassements d'honoraires médicaux<sup>69</sup>. Ce nouvel environnement juridique donne à voir un paysage caractérisé par trois éléments :

- juridiquement, aucune obligation ne pèse sur les contrats complémentaires qui obligerait les OCAM à prendre en charge, en tout ou partie, les dépassements d'honoraires. C'est toujours la loi du marché, au sens de la rencontre d'une offre et d'une demande (individuelle ou collective), qui est déterminante quant à l'existence de garanties en ce sens.
- en revanche, si le contrat AMC prévoit la prise en charge de dépassements d'honoraires, sa qualification de « contrat responsable » est conditionnée au respect du cahier des charges institué par le décret de 2014.
- pour les contrats responsables – qui représentaient en 2021 98% des contrats d'assurance complémentaire souscrits<sup>70</sup> –, l'encadrement poursuit deux finalités : mettre à contribution le marché de l'AMC pour peser sur les pratiques tarifaires (en solvabilisant moins les dépassements) et accompagner le déploiement de l'OPTAM/OPTAM-CO (et avant elles, du CAS) dans une logique de complémentarité organisée avec l'AMO comme l'exprime l'exposé des motifs du décret de 2014 : « *la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif du contrat d'accès aux soins [désormais OPTAM/OPTAM-CO] sera limitée... et*

---

<sup>68</sup> Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales. Voir également Instruction DSS du 29 mai 2019.

<sup>69</sup> Le respect de ce plafonnement est une condition pour qualifier de responsable un contrat complémentaire. Il est toujours possible de souscrire des contrats complémentaires qui prévoient des prises en charge supérieures au plafond. Dans cette hypothèse, ces contrats ne bénéficient pas du traitement fiscal et social des contrats responsables. Il est également possible de compléter son contrat responsable par une surcomplémentaire. « En 2021, d'après l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC), 2,8 millions de personnes sont couvertes par une surcomplémentaire (...). Dans sept cas sur dix, il s'agit d'un contrat commercialisé « en collectif ». (...) Ce marché s'est étendu en cinq ans : le nombre de personnes couvertes par une surcomplémentaire santé a en effet augmenté de 14 % entre 2016 et 2019, puis de 4% entre 2019 et 2021. Pour autant, environ 5 % des bénéficiaires seulement d'un contrat de complémentaire santé privé (donc hors complémentaire santé solidaire [CSS]) sont couverts par un contrat de surcomplémentaire. » Le contrat de surcomplémentaire peut lui-même être responsable ; non responsable, il permet d'aller au-delà des plafonds de remboursement des dépassements d'honoraires pour les contrats responsables. Drees, *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties*, 2024.

<sup>70</sup> *La Complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties* – Panorama de la DREES, éd. 2024, p. 28

*devra nécessairement être inférieure à celle des dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à ce dispositif ».*

### **2.3.2. Champ des possibles pour les contrats responsables en matière de dépassements d'honoraires médicaux**

En matière de dépassements d'honoraires, le décret de 2014 délimite le champ des possibles pour que le contrat AMC soit éligible à la qualification de contrat responsable.

Une première situation correspond à l'hypothèse où *le contrat ne prévoit aucune garantie en matière de dépassements d'honoraires*. Cette situation ne semble pas être une hypothèse d'école malgré les caractéristiques de l'offre de soins, notamment pour les soins spécialisés où un pourcentage important de médecins exerce en secteur 2. En effet, 4 contrats individuels sur 10 ne disposent d'aucune prise en charge des dépassements d'honoraires facturés par les médecins spécialistes de ville (contre seulement 1 contrat collectif sur 10)<sup>71</sup>.

La seconde situation renvoie à l'hypothèse contraire, à savoir celle où *le contrat prévoit des garanties en matière de dépassements d'honoraires*. C'est cette situation qui donne lieu à encadrement par le décret de 2014 et qui mérite attention puisqu'une large partie des contrats AMC prévoient de telles garanties. L'encadrement est prévu à l'article R. 871-2-2° du Code de la sécurité sociale<sup>72</sup> et ouvre sur le plan juridique deux cas de figure :

- le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires pour les seuls médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO et demain OPTAM-ACO). Le contrat répond alors au cahier des charges. Il détermine librement le niveau de la prise en charge. Par conséquent, la prise en charge des dépassements peut en théorie être intégrale mais est en général plafonnée contractuellement, ce qui emporte des remboursements à géométrie variable pour les patients selon le contrat AMC souscrit. En revanche, les dépassements pratiqués par les médecins du secteur 2 n'ayant pas souscrit une option tarifaire maîtrisée ne sont pas solvabilisés, ce qui conduit à supposer que peu des contrats AMC font ce choix.
- le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2. C'est ce cas de figure qui donne lieu à l'encadrement spécifique du décret de 2014. Il résulte de l'article R. 871-2-2° que l'existence d'une telle garantie suppose le respect de deux exigences cumulatives pour que le contrat ait la nature d'un contrat responsable et ce afin d'accompagner les évolutions en matière de régulation tarifaire :
  - o d'une part, il convient que le contrat prévoie également une garantie au titre de la prise en charge des dépassements de médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO<sup>73</sup>. Le montant de cette garantie est librement déterminé par le

---

<sup>71</sup> Voir fiche thématique 20 « La prise en charge des consultations des spécialistes ». *La Complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties* – Panorama de la DREES, éd. 2024, p. 145

<sup>72</sup> Voir également instruction n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

<sup>73</sup> Par conséquent, un contrat AMC ne peut être qualifié de contrat responsable s'il prévoit une prise en charge des dépassements d'honoraires qui ne concernerait que les médecins du secteur 2.

contrat, la prise en charge pouvant être intégrale ou plafonnée, avec des plafonds différents selon le contrat souscrit.

- d'autre part, il convient que la prise en charge des dépassements des médecins du secteur 2 soit, quant à elle, plafonnée par le contrat. Le décret de 2014 pose en la matière une double limite : la prise en charge ne doit pas excéder 100 % du tarif de responsabilité (d'où un plafond global de 200% du tarif de responsabilité)<sup>74</sup> ; elle doit également être inférieure au montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO, avec une différence au moins égale à 20 % du tarif de responsabilité de la prestation.

Par le jeu de cette double limite, la réglementation des contrats responsables entend valoriser les pratiques tarifaires maîtrisées et peser en même temps sur la liberté tarifaire des médecins du secteur 2. En effet, quel que soit le montant contractuellement prévu de prise en charge des dépassements en OPTAM ou OPTAM-ACO, celui prévu pour le secteur 2 sera nécessairement inférieur d'au moins 20%<sup>75</sup>.

---

<sup>74</sup> En 2021, « la moitié des bénéficiaires de contrat collectif disposent d'un remboursement des dépassements d'honoraires allant jusqu'au plafond autorisé, contre un bénéficiaire de contrat individuel sur dix ». Fiche thématique 20 « La prise en charge des consultations des spécialistes ». *La Complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties – Panorama de la DREES*, éd. 2024, p. 148

<sup>75</sup> Par conséquent, si le contrat AMC a prévu une limite correspondant à 200% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, il devra limiter sa prise en charge des dépassements des médecins exerçant en secteur 2 à un maximum de 180% de cette base de remboursement. Pour un exemple chiffré, voir la fiche 20 (préc.), p. 146.



Créé par décret du 7 octobre 2003, pérennisé par la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) rassemble les acteurs du système d'assurance maladie et des personnalités qualifiées, et contribue à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie. Les travaux du Hcaam (rapports et avis), élaborés sur la base d'un programme de travail annuel et de saisines ministérielles, sont publics et peuvent être consultés sur le site Internet de la sécurité sociale.

#### **Dernières publications et actualités du Hcaam**

<https://www.securite-sociale.fr/hcaam>

#### Contact

hcaam@sante.gouv.fr – 06 59 44 15 49

#### Adresse postale HCAAM

78/84 rue Olivier de Serres - CS 59234 -  
75739 PARIS cedex

#### Locaux HCAAM

78-84 rue Olivier de Serres  
75015 PARIS



**HAUT-COMMISSARIAT  
À LA STRATÉGIE  
ET AU PLAN**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*