

Annexe 2

L'évolution de l'installation et des pratiques en secteur 2

Octobre 2025



Ce document a été écrit avec le concours de Dominique Polton, conseillère scientifique du Hcaam, et s'appuie sur de nombreuses statistiques transmises par la CNAM au Hcaam.

Table des matières

Précision liminaire sur le périmètre	5
1. La progression du secteur 2 au sein de la médecine libérale spécialisée	5
1.1. Des évolutions contrastées sur longue période, un secteur 2 aujourd’hui résiduel en médecine générale mais de plus en plus répandu chez les spécialistes	5
1.2. Des situations et des dynamiques variables selon les spécialités.....	12
1.3. Une grande variabilité territoriale.....	13
1.4. Une progression accélérée du secteur 2 à prévoir compte tenu des choix d’installation des nouvelles générations	14
2. Des taux de dépassements en repli entre 2012 et 2020, mais qui repartent à la hausse sur les années récentes.....	15
2.1 Des dépassements représentant en moyenne la moitié du tarif conventionnel, avec une grande hétérogénéité selon les spécialités, les territoires et les praticiens.....	15
2.2 Des dispositifs conventionnels de régulation des dépassements à partir de 2012	19
2.3 Une adhésion de plus de la moitié des praticiens de secteur 2 à l’OPTAM-OPTAM-CO	21
2.4 Un impact sur la maîtrise des taux de dépassement, qui repartent cependant à la hausse depuis 2021	23
2.5 Un montant total de dépassements qui atteint 4,1 milliards d’euros en 2023.....	25
3. L’activité libérale à l’hôpital public représente 2 % des dépassements	27
3.1 Un cadre juridique qui a évolué	27
3.2 Un poids faible en termes d’activité, d’honoraires et de dépassements	29
3.3 Des effectifs stables et des taux de dépassement en baisse, mais une forte augmentation de l’activité.....	30

Table des figures

FIGURE 1– ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE MEDECINS LIBERAUX EXERÇANT EN SECTEUR 2 ET 1 DP ENTRE 1979 ET 2000.....	7
FIGURE 2– ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE MEDECINS LIBERAUX EXERÇANT EN SECTEUR 2 ET 1 DP ENTRE 1979 ET 2024.....	8
FIGURE 3– PART DE LA POPULATION SUIVANT LA REPARTITION DES MEDECINS, OMNIPRATICIENS ET SPECIALISTES, EN SECTEUR 1	9
FIGURE 4 – PROPORTION DE PRATICIENS LIBERAUX EN SECTEUR 2 OU 1DP POUR QUELQUES SPECIALITES.....	12
FIGURE 5 - PROPORTION DE PRATICIENS LIBERAUX EN SECTEUR 2 OU 1 DP POUR QUELQUES SPECIALITES	13
FIGURE 6– PROPORTION DE PRATICIENS LIBERAUX EN SECTEUR 2 OU 1DP POUR QUELQUES SPECIALITES.....	13
FIGURE 7 – PROPORTION DE SPECIALISTES (HORS MG) EN SECTEUR 2 OU 1DP PAR DEPARTEMENT - 2022	14
FIGURE 8 – TAUX DE DEPASSEMENT DES PRATICIENS DE SECTEUR 2 PAR SPECIALITE - 2024	16
FIGURE 9 – REPARTITION DES SPECIALITES EN FONCTION DE LA PART DES EFFECTIFS EN SECTEUR 2 ET DU TAUX DE DEPASSEMENT (2024).....	16
FIGURE 10 – DISTRIBUTION DES CHIRURGIENS DE SECTEUR 2 SELON LEUR TAUX DE DEPASSEMENT - 2023	18
FIGURE 11– TAUX DE DEPASSEMENT MOYEN PAR DEPARTEMENT (CARTE A GAUCHE) - REVENU MEDIAN ET TAUX MOYEN DE DEPASSEMENT (GRAPHIQUE A DROITE) - 2022, POUR L'ENSEMBLE DES SPECIALISTES (HORS MG) DE S2	19
FIGURE 12– PROPORTION D'ADHERENTS A L'OPTAM ET L'OPTAM-CO EN 2023 PARMIS LES PRATICIENS DE SECTEUR 2	22
FIGURE 13 – PART DE SPECIALISTES EN SECTEUR 2 ET TAUX D'ADHESION A L'OPTAM PAR SPECIALITE – 2023 .	22
FIGURE 14 – ÉVOLUTION DES TAUX DE DEPASSEMENT DES MEDECINS DE SECTEUR 2 SUR LONGUE PERIODE..	23
FIGURE 15 – ÉVOLUTION DES TAUX DE DEPASSEMENT EN SECTEUR 2 ENTRE 2010 ET 2023 PAR SPECIALITE....	24
FIGURE 16 – ÉVOLUTION DES TAUX DE DEPASSEMENT ET DES PARTS D'HONORAIRES FACTURES AU TARIF OPPOSABLE DES MEDECINS S2 ET 1 DP (OPTAM ET HORS OPTAM).....	24
FIGURE 17 – ÉVOLUTION DES TAUX DE DEPASSEMENT ET DES PARTS D'HONORAIRES FACTURES AU TARIF OPPOSABLE, POUR LES ACTES CLINIQUES ET LES ACTES TECHNIQUES	25
FIGURE 18– ÉVOLUTION DU MONTANT TOTAL DES DEPASSEMENTS ENTRE 1980 ET 2024, EN EUROS COURANTS	25
FIGURE 19 – ÉVOLUTION DU MONTANT TOTAL DES DEPASSEMENTS EN VALEUR REELLE (HORS INFLATION) DE 1980 A 2024 – BASE 100 EN 1980	26
FIGURE 20 – ÉVOLUTION DE LA PART DES DEPASSEMENTS DANS LES HONORAIRES TOTAUX (TOUS SECTEURS CONVENTIONNELS CONFONDUS), POUR LES SPECIALISTES HORS MEDECINE GENERALE	27
FIGURE 21 – REPARTITION PAR SPECIALITES DES PRATICIENS HOSPITALIERS AYANT UNE ACTIVITE LIBERALE A L'HOPITAL PUBLIC (2022)	30
FIGURE 22 – EFFECTIF DE PRATICIENS HOSPITALIERS TEMPS PLEIN AYANT UNE ACTIVITE LIBERALE ET PROPORTION DE SECTEUR 2 – ÉVOLUTION 2005 - 2022	31
FIGURE 23 – TAUX DE DEPASSEMENT DES MEDECINS LIBERAUX DE SECTEUR 2 ET DES MEDECINS HOSPITALIERS AYANT UNE ACTIVITE LIBERALE EN SECTEUR 2.....	32

Table des tableaux

TABLEAU 1 – PROPORTION DE SECTEUR 2 PARMIS LES MEDECINS EN EXERCICE EN 2024 ET PARMIS CEUX INSTALLES SUR LES TROIS DERNIERES ANNEES (2022-2023-2024).....	15
TABLEAU 2 – DISPERSION DES TAUX DE DEPASSEMENT POUR QUELQUES SPECIALITES – 2023	18
TABLEAU 3 - EFFECTIFS, HONORAIRES, DEPASSEMENTS DES SPECIALISTES LIBERAUX ET DES SPECIALISTES HOSPITALIERS PUBLICS AYANT UNE ACTIVITE LIBERALE EN 2022	30

Table des encadrés

ENCADRE 1 - ÉLARGISSEMENT DES TITRES ET DES FONCTIONS POUR ETRE AUTORISE A PRATIQUER DES HONORAIRES DIFFERENTS LORS DE LA PREMIERE INSTALLATION	10
ENCADRE 2 - LES CONDITIONS ACTUELLES D'ACCES AU SECTEUR 2.....	11

Précision liminaire sur le périmètre

Le champ est circonscrit aux honoraires des médecins en exercice libéral : en ville, en cliniques privées ainsi que dans le cadre de l'activité libérale à l'hôpital public.

Les dépassements analysés sont ceux qui sont facturés dans le cadre de l'activité de secteur 2 et 1 DP. Les dépassements pour exigence particulière du patient (DE) et ceux autorisés pour non-respect du parcours de soins (DA) ne font pas l'objet d'une analyse spécifique¹.

1. La progression du secteur 2 au sein de la médecine libérale spécialisée

1.1. Des évolutions contrastées sur longue période, un secteur 2 aujourd'hui résiduel en médecine générale mais de plus en plus répandu chez les spécialistes

Sur le long terme, la pratique des dépassements d'honoraires a connu des évolutions variables, en lien avec celles des dispositifs juridiques l'encadrant.

La mise en place, avec la Sécurité sociale, d'un système d'assurances sociales pour les soins médicaux a soulevé inévitablement la question de la détermination des honoraires médicaux, jusqu'alors librement fixés par les praticiens². Comme le souligne Pierre-Louis Bras, « *Dès lors que ceux-ci [les honoraires médicaux] sont pris en charge par un assureur, la question de la régulation des tarifs se pose nécessairement. En effet :*

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

A partir de 1960, une régulation des tarifs se met en place, avec des tarifs opposables fixés par l'État dans les départements où les négociations entre caisses et syndicats médicaux n'ont pas abouti. Des possibilités de dépassement sont alors prévues, les justifications pouvant être « *la situation de fortune de l'assuré, les exigences particulières du malade résultant des circonstances de temps et de lieu ainsi que la notoriété [du praticien]* »³. Cette notoriété est constatée par l'inscription sur une liste établie par une commission paritaire comprenant, dans chaque département, des représentants des organisations professionnelles de praticiens et des caisses.

En 1971, la première convention nationale fixe des tarifs opposables pour l'ensemble des médecins et en définit les exceptions. Elle précise la notion de notoriété et institue le « droit permanent à dépassement » (DP) :

« Le médecin s'interdit tout dépassement non justifié par une des situations suivantes :

- Circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade (DE) ;
- Qualité particulière du praticien résultant de titres universitaires ou hospitaliers ;
- Autorité médicale accrue résultant :
 - o Soit de fonctions hospitalières ;
 - o Soit de travaux personnels ;

¹ Pour des raisons de disponibilité des données, ceux-ci sont cependant inclus dans le montant total des dépassements dont l'évolution est analysée en partie 2.

² PL Bras. La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes. Les Tribunes de la santé, 2015/3, n° 48. Pp 73-92.

³ Décret n° 60-451 du 12 mai 1960 relatif aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

- Soit de la durée d'exercice liée à la fréquentation d'un établissement hospitalier ayant un rôle d'enseignement, postérieure à l'obtention du diplôme de docteur en médecine (ou, en ce qui concerne les spécialistes qualifiés, postérieure à l'obtention de certificats d'études spéciales), et dont la durée, l'assiduité et l'adaptation à la discipline du praticien intéressé seront jugées suffisantes, ou à l'appel habituel en consultation par des confrères de même discipline.

En cas de dépassement des tarifs, le praticien en détermine le montant avec tact et mesure et indique le montant des honoraires demandés sur les feuilles de maladie en précisant le motif du dépassement :

- DE : exigence particulière du malade visée en a ci-dessus ;
- DP : droit permanent à dépassement pour qualité particulière ou autorité médicale accrue visée en b et c ci-dessus »⁴.

La liste des praticiens bénéficiant d'un droit permanent à dépassement est dressée par la commission médico-sociale paritaire départementale. Dans certaines spécialités, le DP est fréquent ; les données les plus anciennes disponibles font ainsi apparaître qu'en 1979, il concernait 50 % des chirurgiens, un tiers des pneumologues et des oto-rhino-laryngologistes (ORL).

Au début des années 80, au moment de la négociation de la troisième convention nationale, les revendications de revalorisations tarifaires des médecins se heurtent aux difficultés financières de l'Assurance maladie. Face à cette tension, le gouvernement de Raymond Barre décide la création de deux secteurs conventionnels, qui sont ainsi introduits dans la convention de 1980 : le secteur 1, dans lequel les médecins s'engagent à respecter les tarifs conventionnels, et le secteur 2 dit « à honoraires différents », dans lequel les praticiens peuvent pratiquer des dépassements. Ils peuvent ainsi augmenter leurs tarifs sans conséquences pour les comptes de l'Assurance maladie. En contrepartie, en optant pour ce secteur, ils renoncent aux avantages sociaux dont sont bénéficiaires les médecins de secteur 1⁵.

La possibilité d'adhérer au secteur 2 est ouverte tous les deux ans, et au cours des années 1980 les médecins sont de plus en plus nombreux à faire ce choix. En 1989, 44 % des spécialistes et 23 % des généralistes (66 % pour la petite fraction d'entre eux qui déclarent un mode d'exercice particulier, tel qu'acupuncture, homéopathie...) peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires (secteur 2 ou DP) (Figure 1).

Cette dynamique fait craindre des passages massifs en secteur 2, comme l'exprime la convention entre les caisses et les syndicats médicaux signée en mars 1990 :

« Article 1er bis

1. 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.

L'augmentation continue du pourcentage de praticiens hors honoraires opposables, la multiplication de zones géographiques où il n'existe plus de véritable libre choix et la progression du « taux de dépassement » compromettent l'équilibre et la survie du système conventionnel auquel les parties signataires sont attachées. »

Les parties signataires décident de suspendre l'application du dispositif instauré en 1980 ; si les praticiens installés antérieurement au 1^{er} décembre 1989 et qui ont fait le choix du secteur 2 peuvent

⁴ Arrêté d'approbation de la convention nationale des médecins, JORF du 31 Octobre 1971, pp 10758-10763.

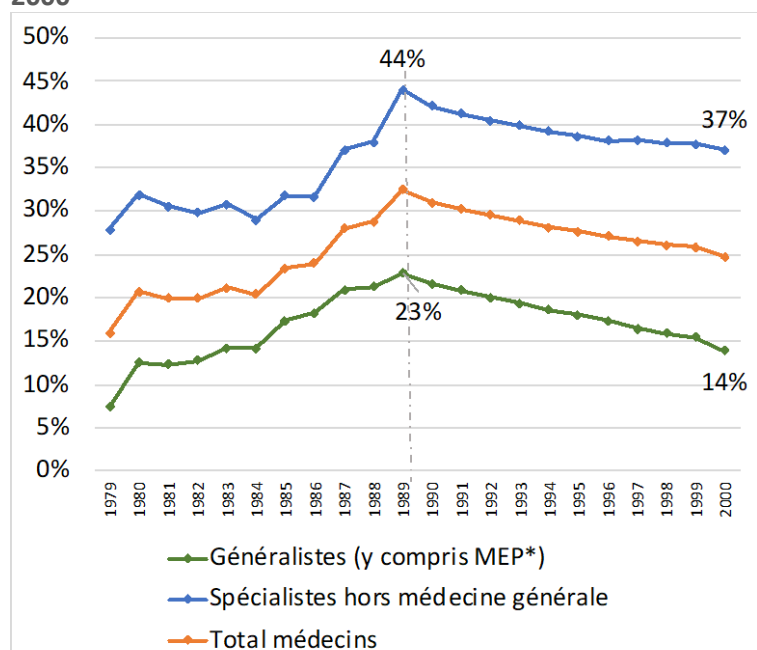
⁵ L'assurance maladie prend en charge une partie des cotisations sociales (maladie, famille et vieillesse) des médecins de secteur 1.

conserver le bénéfice de cette option conventionnelle, celle-ci est désormais restreinte aux praticiens qui s'installent pour la première fois, et uniquement s'ils détiennent certains titres ou ont exercé certaines fonctions : « *Les anciens chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux, les anciens assistants des hôpitaux généraux ou des hôpitaux régionaux ne faisant pas partie de C.H.U. qui s'installent ou se sont installés pour la première fois postérieurement au 1er décembre 1989 peuvent choisir de pratiquer des honoraires conventionnels ou des honoraires différents* ».

La convention prévoit également que « tout médecin exerçant sous le régime des honoraires différents s'engage à effectuer annuellement un quart de ses actes en tarifs opposables ou en actes gratuits », cet engagement étant contrôlé par les commissions conventionnelles paritaires locales.

L'impact des conditions d'accès plus restrictives est sensible : entre 1989 et 2000, la proportion de praticiens autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (au-delà des dépassements pour exigence particulière du malade) baisse de 23 % à 14 % pour les généralistes, de 44 % à 37 % pour les spécialistes hors médecine générale.

FIGURE 1— ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE MEDECINS LIBERAUX EXERÇANT EN SECTEUR 2 ET 1 DP ENTRE 1979 ET 2000



Source : 1979 à 1999 Ecosanté (France métropolitaine), 2000 Cnam (périmètre France entière).

* MEP = mode d'exercice particulier.

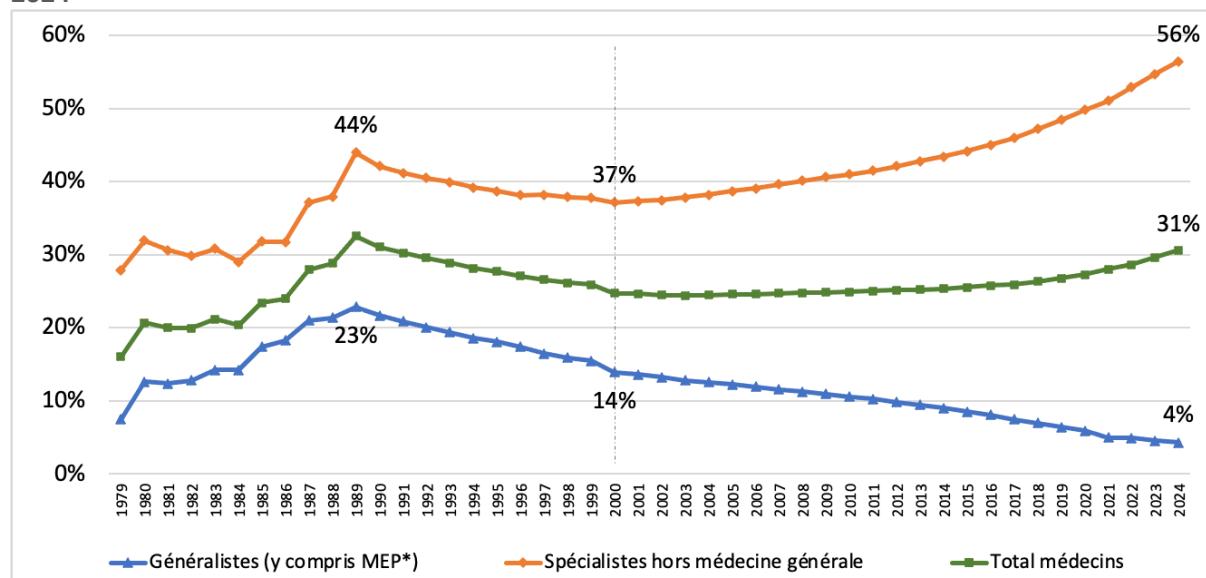
A partir des années 2000, les évolutions sont contrastées entre les généralistes et les spécialistes hors médecine générale.

La pratique des dépassements d'honoraires continue à diminuer parmi les généralistes : les anciennes générations bénéficiant du droit à dépassement permanent ou ayant pu choisir le secteur 2 dans les années 80 partent progressivement en retraite, et les nouveaux installés sont peu nombreux à détenir les titres pour une installation en secteur 2. Avec seulement 4 % de praticiens en secteur 2 en 2024, et 3 % si l'on exclut les médecins ayant un mode d'exercice particulier, on peut considérer que l'accès à la médecine générale est aujourd'hui facilité sur l'ensemble du territoire par une pratique à tarif opposable largement répandue⁶.

⁶ La proportion de secteur 2 reste néanmoins significative dans certains départements franciliens (30 % à Paris, 20 % dans les Hauts-de-Seine en 2022 – 26 % et 17 % respectivement hors médecins à exercice particulier). Source Cnam.

Pour la médecine spécialisée libérale, à l'inverse, le secteur 2 a repris sa progression à compter de 2000, après une décennie de diminution (Figure 2). Le cap des 50 % a été franchi en 2020. En 2024, 56 % des 56 000 spécialistes libéraux peuvent facturer leurs actes à un tarif supérieur à celui qui sert de base au remboursement de la sécurité sociale.

FIGURE 2— ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE MEDECINS LIBERAUX EXERÇANT EN SECTEUR 2 ET 1 DP ENTRE 1979 ET 2024



Source : Eco-santé de 1979 à 1999 (France métropolitaine), Cnam de 2000 à 2024 (périmètre France entière).

* MEP = mode d'exercice particulier.

Le premier facteur qui explique cette progression est l'élargissement des conditions pour s'installer en secteur 2.

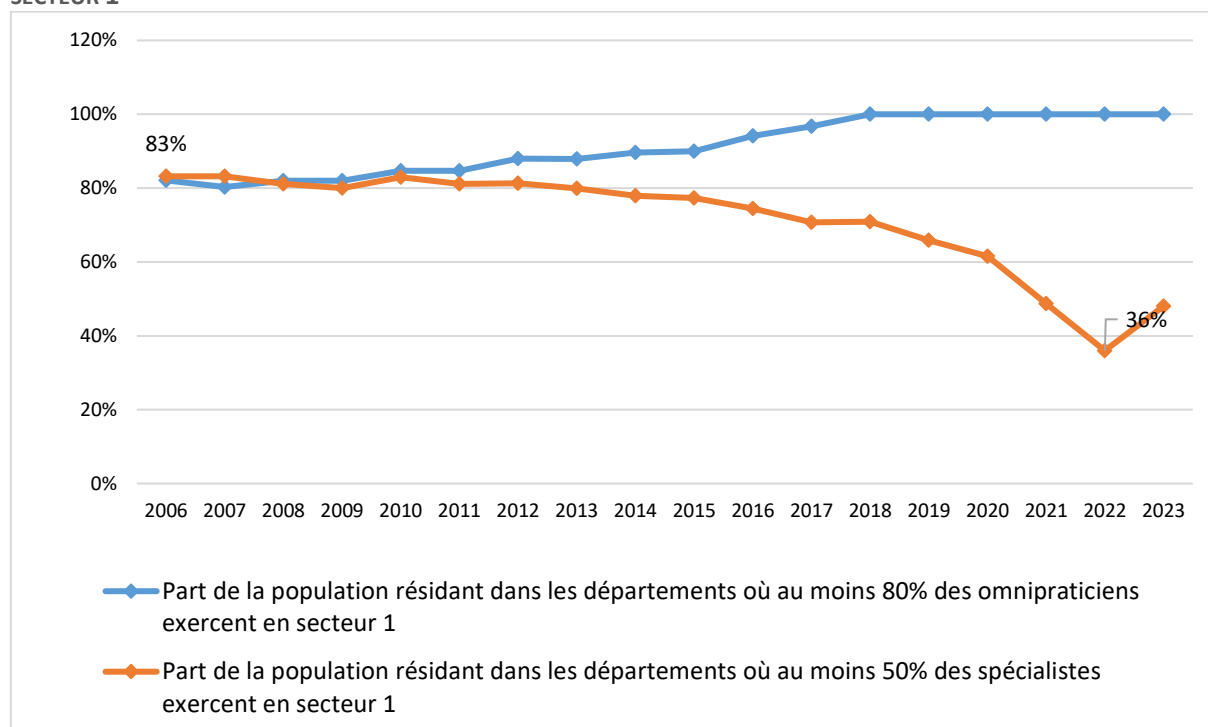
En 1990, les conditions étaient très sélectives : on permettait d'accéder au secteur 2 à un petit nombre de médecins qui devaient en principe aller au bout d'un parcours hospitalo-universitaire et qui, du fait des disponibilités et des postes, avaient finalement une activité différente. Cette sélectivité n'existe plus aujourd'hui, une grande part des médecins spécialistes (hors médecine générale) remplissant les conditions d'accès au secteur 2.

La liste des titres et des fonctions permettant de pratiquer des honoraires différents a été en effet progressivement élargie au fur et à mesure des négociations conventionnelles (Encadré 1). Parallèlement, le post-internat est devenu au fil du temps une étape quasi systématique, inscrite dans les textes en 2018 avec la création du statut de docteur junior. Pour pourvoir les besoins hospitaliers, on a créé des postes d'assistants spécialistes, auxquels le bénéfice du secteur 2 a été ouvert. Toutes ces évolutions ont eu pour résultat une forte augmentation de la proportion de praticiens éligibles au secteur 2 au moment de leur installation.

Un deuxième facteur est la propension à choisir le secteur 2 lorsqu'on est éligible. Il est probable qu'elle a aussi augmenté, même s'il n'existe pas de données permettant d'appréhender cette évolution. En effet, on peut penser que le caractère irréversible d'un choix d'installation en secteur 1 ainsi que la possibilité, avec l'OPTAM, de bénéficier des avantages du secteur 1 quand on pratique les tarifs conventionnels tout en préservant la liberté tarifaire pour l'avenir, font du secteur 2 un choix rationnel.

Un indicateur publié dans le Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) permet d'illustrer la dynamique contrastée entre les généralistes et les spécialistes hors médecine générale : depuis 2018 toute la population réside dans un département où au moins 80 % des généralistes exercent en secteur 1, mais seulement un peu plus d'un tiers réside dans un département où le secteur 1 est majoritaire chez les spécialistes, et cette proportion baisse continûment (Figure 3) ⁷.

FIGURE 3 – PART DE LA POPULATION SUIVANT LA REPARTITION DES MEDECINS, OMNIPRATICIENS ET SPECIALISTES, EN SECTEUR 1



Source : Rapports d'Évaluation des Politiques de Sécurité Sociale (REPSS), 2025.

⁷ Source : Rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale, 2025. [Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - Maladie](#). Il s'agit des généralistes APE (actifs à part entière) actifs sur l'ensemble de l'année et d'âge inférieur à 65 ans, contrairement aux chiffres cités précédemment (30 % de généralistes en secteur 2 à Paris) qui concernent l'ensemble des généralistes en activité.

ENCADRE 1 - ÉLARGISSEMENT DES TITRES ET DES FONCTIONS POUR ÊTRE AUTORISÉ À PRATIQUER DES HONORAIRES DIFFÉRENTS LORS DE LA PREMIÈRE INSTALLATION

La liste des titres et des fonctions qui rend éligible à l'option en faveur d'une pratique d'honoraires différents va être élargie au fur et à mesure des négociations conventionnelles. Aux titres et fonctions listés dans la convention de 1990, la convention de 1993 ajoute les fonctions d'ancien assistant des hôpitaux spécialisés, les praticiens chef de clinique ou assistant des hôpitaux militaires ainsi que les praticiens temps plein hospitalier (dont le statut relève du décret du 24 février 1984). En 1997, il est 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 européenne⁸. A la suite de la signature de la convention de 2005⁹, l'accès à la pratique d'honoraires différents est encore élargi, cette fois-ci aux praticiens temps partiel hospitaliers comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions. La convention de 2011 reconnaît les fonctions et les titres exercés dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif¹⁰. Quant au règlement arbitral du 26 mai 2010, il supprime la référence à la non-appartenance au CHU pour indiquer seulement les établissements suivants : « *anciens assistants des hôpitaux généraux ou régionaux* »¹¹. La convention de 2016 précise 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. Enfin, la dernière convention en date, conclue le 4 juin 2024 et approuvée par un arrêté du 20 juin 2024, n'emporte aucune modification par rapport à la convention précédente en ce qui concerne les conditions d'accès et les critères d'éligibilité au secteur 2.

⁸ Art. 10 des conventions approuvées par arrêté du 28 mars 1997.

⁹ Arrêté du 26 mai 2005.

¹⁰ 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° du II de l'article 1er 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 ».

¹¹ Modification apportée au d) de l'article 4.3 de la convention du 12 janvier 2005.

ENCADRE 2 - LES CONDITIONS ACTUELLES D'ACCÈS AU SECTEUR 2

L'article 12-2 de la convention nationale conclue le 4 juin 2024 fixe les conditions d'accès au secteur 2 :

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

- 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) ;
- Et sont titulaires :
 - o 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) ;
 - o D'un titre ou d'un cursus professionnel pouvant faire l'objet d'une procédure d'équivalence avec les titres hospitaliers publics français visé dans le cadre de la procédure de l'accès direct ».

Titres et/ou cursus requis pour l'accès au secteur 2 (convention de 2024)

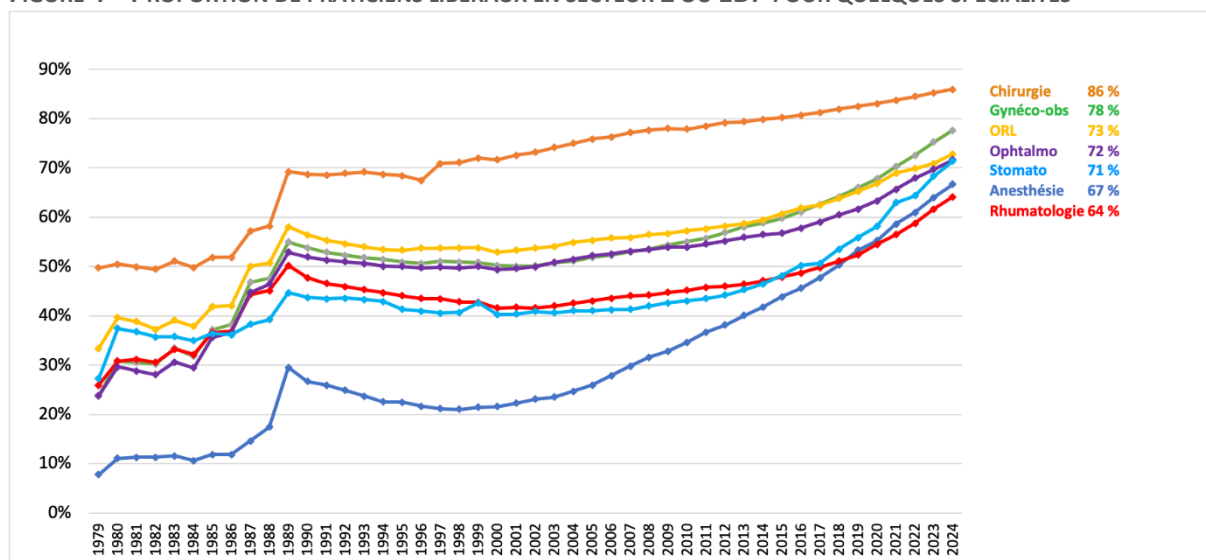
Procédure d'accès direct (art. 13-1)	Procédure d'équivalence des titres (art. 14-1)
Ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux Ancien assistant hospitalier universitaire Ancien chef de clinique des universités de médecine générale	Titres acquis en France dans les ESPIC (en dehors 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 (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)	Titres acquis à l'étranger dans les établissements hospitaliers situés sur un territoire concerné : - 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.
Praticiens hospitaliers dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique : o 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 ; o avec 5 ans d'ancienneté requise dans ces fonctions, lorsqu'ils exercent entre 50 et 90 % au sein de leur établissement	
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	

1.2. Des situations et des dynamiques variables selon les spécialités

Au sein de la médecine spécialisée libérale, les situations et les évolutions sont très différentes d'une spécialité à l'autre.

Le secteur 2 est très majoritaire parmi les spécialités techniques. C'est en chirurgie qu'il est le plus répandu, 85 % des chirurgiens libéraux pouvant aujourd'hui pratiquer des dépassements d'honoraires. C'est aussi le cas pour les trois quarts des gynécologues-obstétriciens, une spécialité où le secteur 2 a fortement progressé dans la période récente : il ne concernait que la moitié des praticiens il y a vingt ans. Cette progression est plus spectaculaire encore pour l'anesthésie, où la part des praticiens autorisés à facturer des dépassements est passée de 24 % à 64 % en deux décennies (Figure 4).

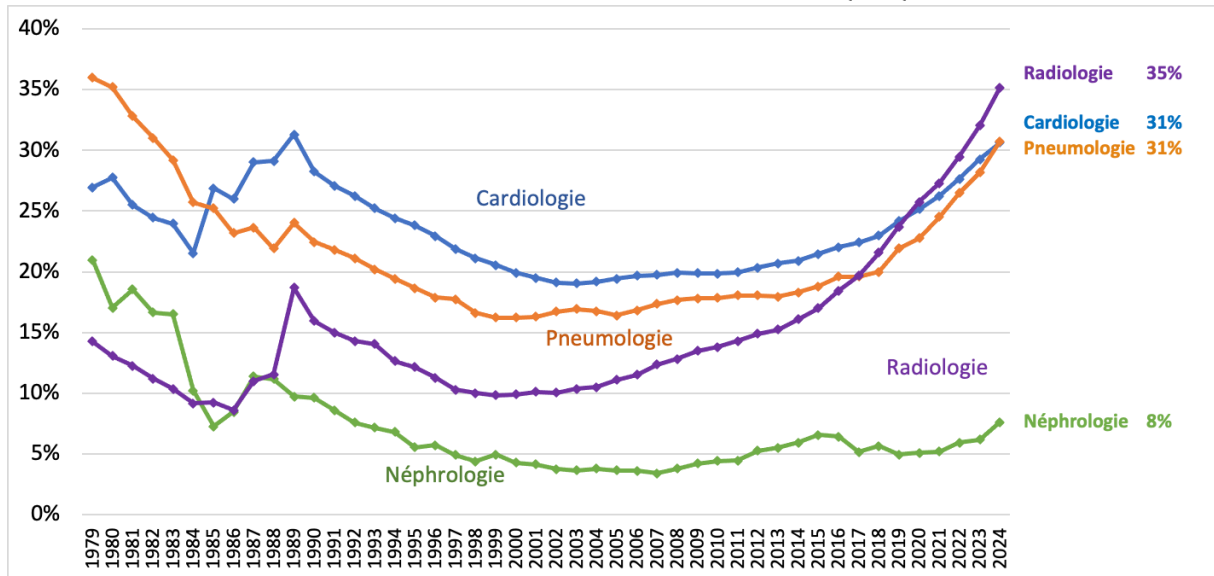
FIGURE 4 – PROPORTION DE PRATICIENS LIBERAUX EN SECTEUR 2 OU 1DP POUR QUELQUES SPECIALITES



Source : Eco-santé de 1979 à 1999 (France métropolitaine), Cnam de 2000 à 2024 (périmètre France entière).

A l'inverse, le secteur 2 est très limité en néphrologie (6 %), et il représente moins d'un tiers des praticiens dans des spécialités telles que la cardiologie, la radiologie, la pneumologie (Figure 5). Cependant là aussi la tendance est à l'augmentation, et à cet égard, l'évolution est particulièrement rapide en imagerie : 10 % des radiologues étaient en secteur 2 au milieu des années 2000, un tiers d'entre eux le sont aujourd'hui.

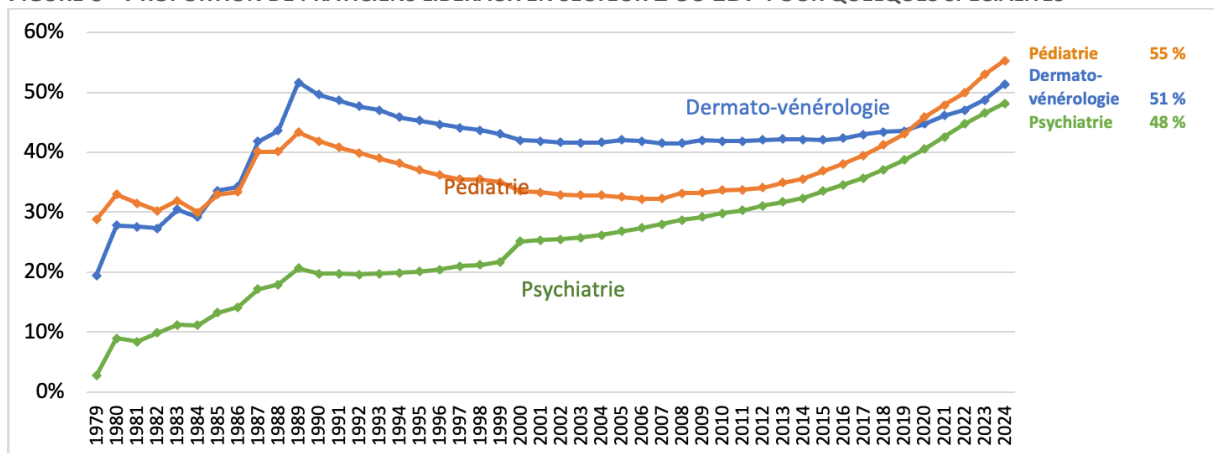
FIGURE 5 - PROPORTION DE PRATICIENS LIBERAUX EN SECTEUR 2 OU 1 DP POUR QUELQUES SPECIALITES



Source : Eco-santé de 1979 à 1999 (France métropolitaine), Cnam de 2000 à 2024 (périmètre France entière).

Des spécialités cliniques telles que la dermatologie, la pédiatrie, la psychiatrie sont intermédiaires entre les deux groupes de spécialités évoquées ci-dessus, avec une proportion de praticiens en secteur 2 de l'ordre de 50 %, voisine de la moyenne toutes spécialités confondues. Comme pour l'anesthésie et la radiologie, la progression du secteur 2 apparaît particulièrement rapide pour la psychiatrie (Figure 6).

FIGURE 6— PROPORTION DE PRATICIENS LIBERAUX EN SECTEUR 2 OU 1DP POUR QUELQUES SPECIALITES



Source : Eco-santé de 1979 à 1999 (France métropolitaine), Cnam de 2000 à 2024 (périmètre France entière).

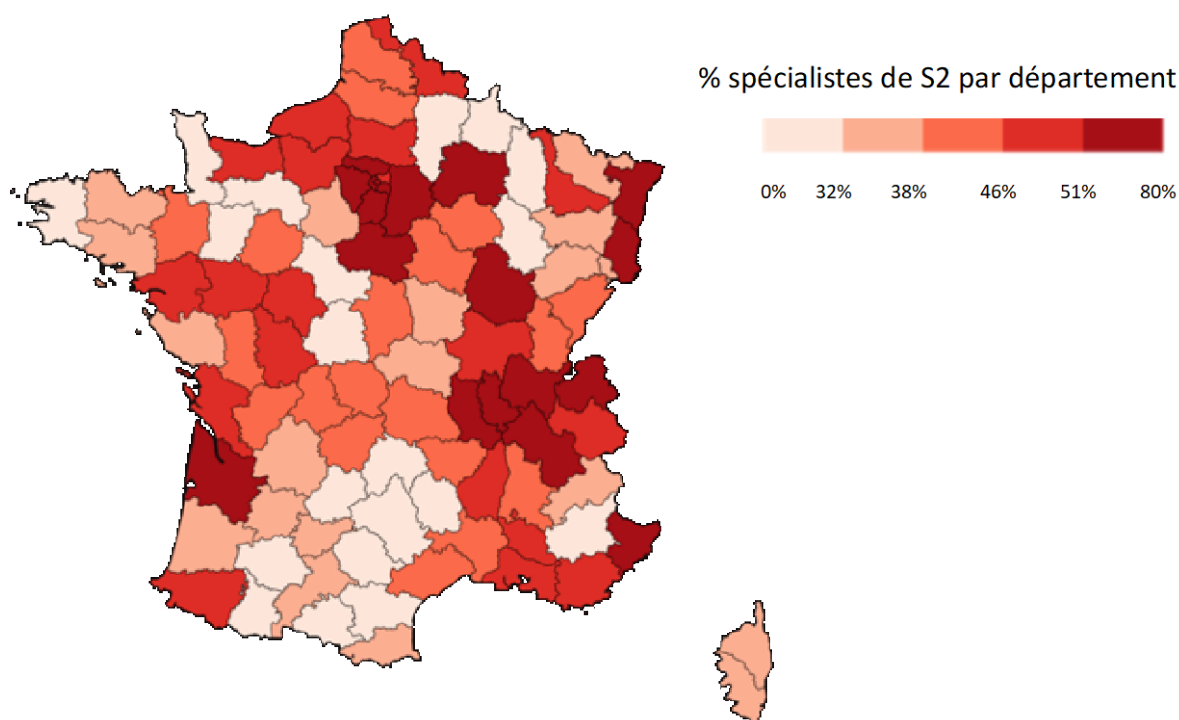
1.3. Une grande variabilité territoriale

S'il est différent d'une spécialité à l'autre, le poids du secteur 2 est également très variable selon les territoires. Quatre spécialistes libéraux sur cinq peuvent fixer librement leurs tarifs à Paris, les trois quarts dans le département du Rhône ou des Hauts de Seine. Le secteur 2 est plus limité dans les départements ruraux, dans lesquels il concerne en général moins d'un tiers des praticiens (Figure 7).

Si une certaine corrélation existe avec le niveau de vie du territoire (forte implantation dans les métropoles où le revenu moyen est plus élevé¹²), la pratique des dépassements d'honoraires n'épargne pas certains départements socialement défavorisés. En Seine-Saint-Denis, un des départements les plus pauvres, les spécialistes libéraux, qui sont globalement peu nombreux (50 praticiens pour 100 000 habitants alors que la moyenne nationale est de 81), exercent pour la moitié d'entre eux en secteur 2.

Le fait que la possibilité de facturer des dépassements d'honoraires soit fonction de la capacité contributive des habitants tend à renforcer les inégalités territoriales d'offre de soins. Les spécialistes en secteur 2 ne sont pas incités à s'installer dans les zones, où la population est en moyenne peu solvable, qui sont aussi en général les plus mal desservies, accélérant la désertification de l'offre médicale dans les territoires socialement défavorisés. Là encore l'exemple de la Seine-Saint-Denis est illustratif.

FIGURE 7 – PROPORTION DE SPECIALISTES (HORS MG) EN SECTEUR 2 OU 1DP PAR DEPARTEMENT - 2022



Source : Cnam, Ameli - Data professionnels de santé libéraux. Données 2022.
Moyenne France entière en 2022 : 53 %.

1.4. Une progression accélérée du secteur 2 à prévoir compte tenu des choix d'installation des nouvelles générations

La tendance à l'expansion de l'exercice en secteur 2 dans la médecine spécialisée libérale ne peut que se poursuivre, car il est beaucoup plus répandu parmi les nouveaux installés que parmi les médecins déjà en exercice. C'est vrai dans toutes les spécialités, hormis la médecine générale. Ainsi, si la moitié des spécialistes libéraux en exercice était en secteur 2 en 2020, c'était le cas des trois quarts des praticiens installés dans les trois dernières années (2022-2023-2024).

¹² Une part des différences dans l'implantation du secteur 2 et dans les niveaux de dépassements peut être aussi liée aux différences dans le coût de la pratique, les charges professionnelles (charges locatives, coûts salariaux...) étant plus élevées dans certains territoires, ce qui n'est pas pris en compte dans les tarifs opposables qui sont nationaux.

Les raisons en ont été évoquées ci-dessus : d’une part, la proportion des praticiens éligibles au secteur 2 a augmenté avec le développement du post-internat et l’élargissement des titres et fonctions permettant d’accéder à ce secteur conventionnel, et d’autre part, parmi les éligibles, il est probable que la propension à choisir le secteur 2 augmente également.

Dans certaines spécialités, l’ampleur de l’écart entre le *stock* des praticiens en exercice et le *flux* des nouveaux installés laisse présager une progression très forte du secteur 2. La tendance déjà observée en anesthésie, en psychiatrie, en radiologie - disciplines dans lesquelles la montée du secteur à honoraires libres a été très rapide sur les vingt dernières années – est amenée à se poursuivre. Une forte progression est à attendre également, compte tenu des comportements des nouveaux installés, en gynécologie-obstétrique, en stomatologie et en rhumatologie (Tableau 1).

TABLEAU 1 – PROPORTION DE SECTEUR 2 PARMIS LES MEDECINS EN EXERCICE EN 2024 ET PARMIS CEUX INSTALLES SUR LES TROIS DERNIERES ANNEES (2022-2023-2024)

	Nouveaux installés en 2022 – 2023 – 2024	Ensemble des médecins en exercice
Stomatologues	95%	71%
Rhumatologues	94%	64%
Gynécologues-obstétriciens	90%	78%
Chirurgiens	87%	86%
ORL	86%	73%
Anesthésistes	84%	67%
Ophtalmologues	84%	72%
Endocrinologues	81%	66%
Dermatologues	81%	51%
Neurologues	81%	50%
Gastro-entérologues	79%	54%
Pédiatres	77%	55%
Psychiatres et neuro-psychiatres	72%	48%
Méd. physique et de réadaptation	68%	50%
Radiologues	66%	35%
Pneumologues	57%	31%
Cardiologues	49%	31%
Internistes	44%	45%
Gériatres	31%	29%
Radiothérapeutes	19%	17%
Néphrologues	19%	8%

Source : CNAM, calculs HCAAM.

La financiarisation croissante de certains domaines du système de santé peut également favoriser le développement du secteur 2, dès lors que les logiques financières prennent le pas sur les préoccupations d’accès aux soins.

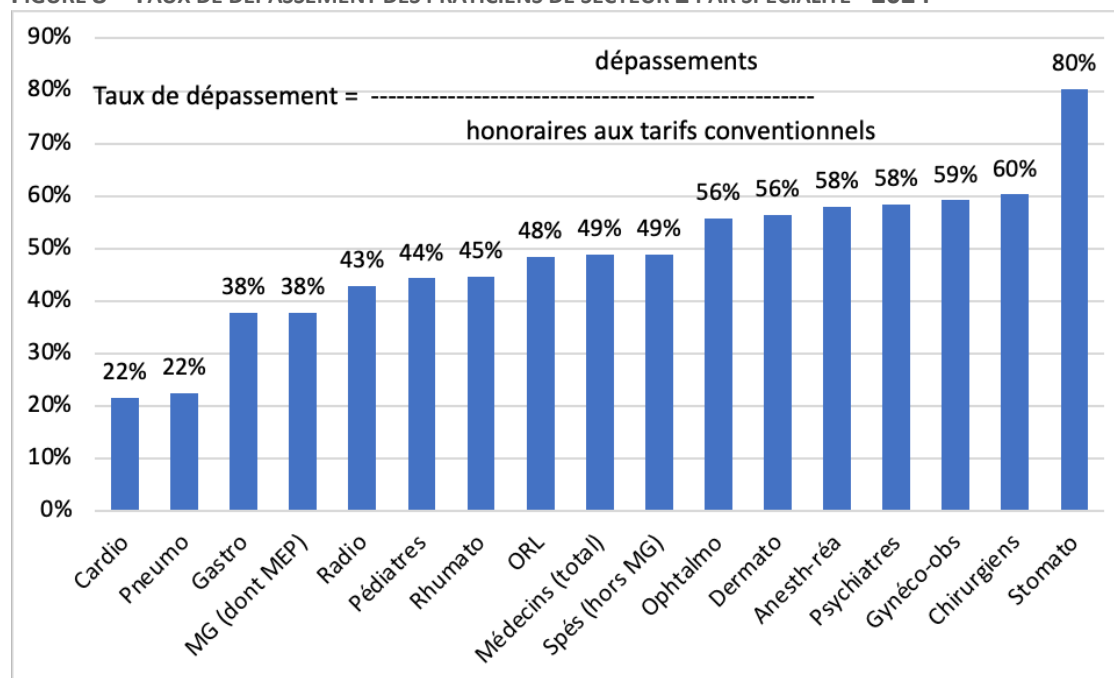
2. Des taux de dépassements en repli entre 2012 et 2020, mais qui repartent à la hausse sur les années récentes

2.1 Des dépassements représentant en moyenne la moitié du tarif conventionnel, avec une grande hétérogénéité selon les spécialités, les territoires et les praticiens

En 2024, le taux moyen de dépassement, pour l’ensemble des médecins éligibles à la pratique des dépassements d’honoraires, s’élève à 49 %. Cela signifie qu’en moyenne, un acte dont le tarif conventionnel est de 100 € est facturé 149 €.

Ce taux moyen recouvre des niveaux de dépassements très variables en fonction des spécialités, des territoires et des praticiens. Ainsi les montants facturés par des cardiologues de secteur 2 dépassent les tarifs conventionnels de 20 % environ, ceux des chirurgiens ou des gynécologues-obstétriciens de près de 60 %, ceux des stomatologues de 80 %¹³ (Figure 8).

FIGURE 8 – TAUX DE DÉPASSEMENT DES PRATICIENS DE SECTEUR 2 PAR SPECIALITE - 2024¹⁴



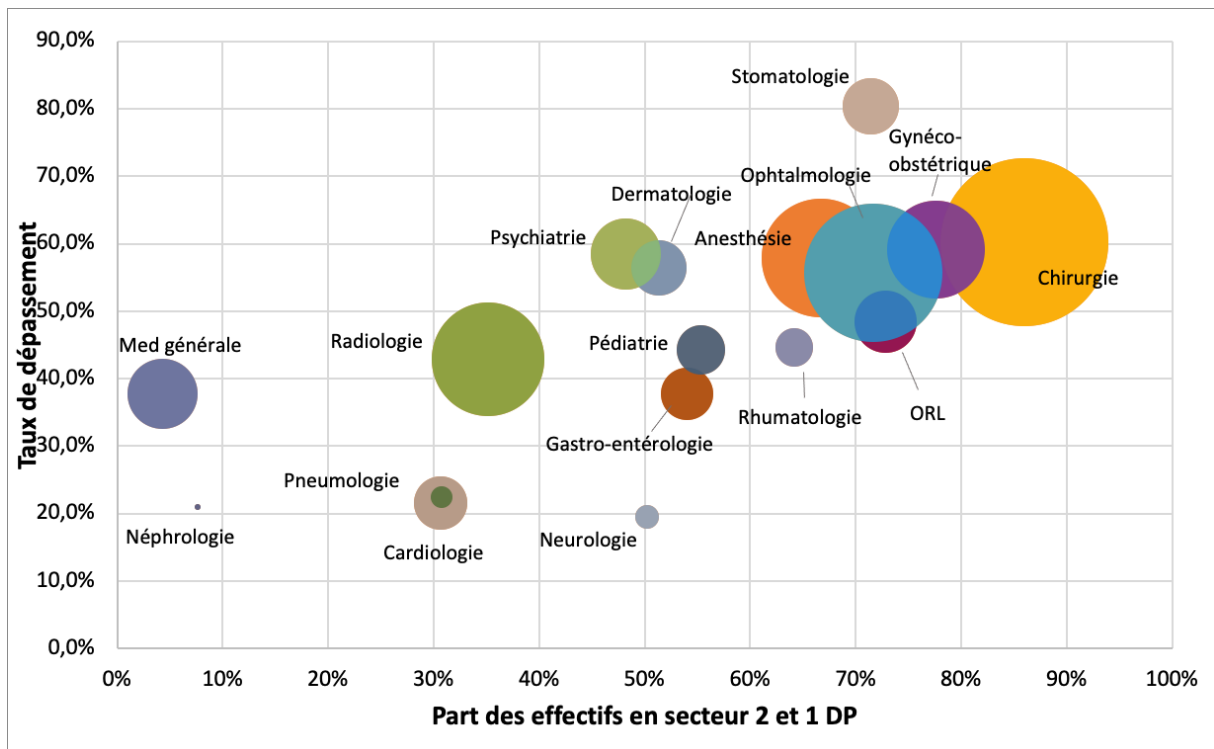
Source : Données Cnam.

On peut noter que les spécialités pour lesquelles la part du secteur 2 est importante sont aussi des spécialités dont les taux de dépassement sont plutôt élevés. Ainsi les pneumologues, cardiologues et neurologues sont majoritairement en secteur 1, et lorsqu'ils sont en secteur 2 ils pratiquent des dépassements à hauteur de 20 % environ. A l'inverse, la part du secteur 2 est élevée pour les chirurgiens (85 %) ou les gynécologues et obstétriciens (75 %), et les taux de dépassement également (de l'ordre de 60 %) (Figure 9).

FIGURE 9 – REPARTITION DES SPECIALITES EN FONCTION DE LA PART DES EFFECTIFS EN SECTEUR 2 ET DU TAUX DE DEPASSEMENT (2024)

¹³ Pour les stomatologues, ces chiffres incluent les prothèses (qui représentent, en 2022, 3,5 % des honoraires sans dépassements des stomatologues libéraux et 2,7 % de leurs actes d'après l'Assurance maladie) et l'orthodontie faciale (4,4 % de leurs actes), pour lesquels les tarifs sont libres.

¹⁴ Le taux de dépassement est égal au rapport entre les dépassements et les honoraires valorisés aux tarifs conventionnels. Il faut rappeler que ces tarifs conventionnels, qui servent de base au remboursement des soins par l'assurance maladie, sont différents selon que le médecin de secteur 2 adhère ou non à l'OPTAM. Le taux de dépassement sera donc différent pour un même prix total. A titre d'exemple, la base de remboursement d'une consultation de spécialiste est de 31,50 € pour les médecins de secteur 2 OPTAM, de 23 € pour les médecins de secteur 2 non OPTAM : une consultation facturée 40 € a donc un taux de dépassement de 27 % dans le premier cas, de 74 % dans le second. Les données présentées ici indiquent la situation moyenne sur l'ensemble de la spécialité.



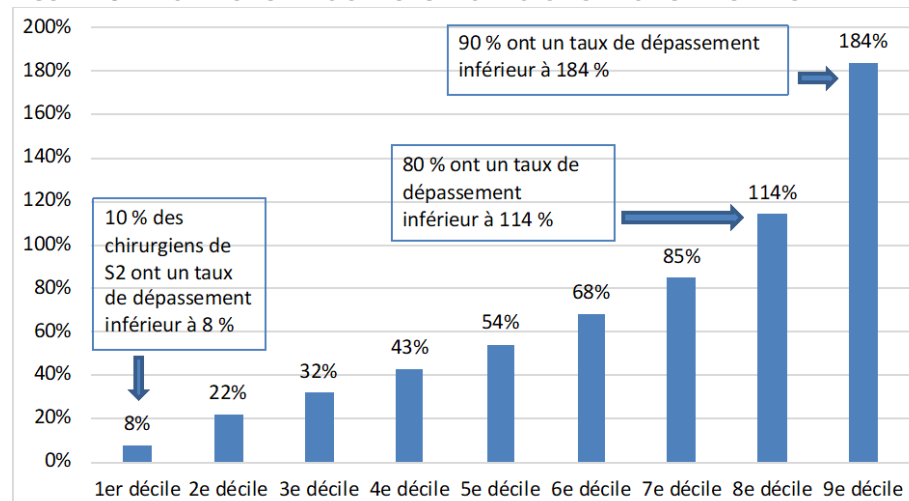
Source : CNAM, Ameli - Data professionnels de santé libéraux.

Guide de lecture : chaque spécialité est positionnée en fonction de la proportion de praticiens exerçant en secteur 2 ou 1 DP (en abscisse) et du taux moyen de dépassement pratiqué (en ordonnée). La taille des bulles est proportionnelle au montant total des dépassements, qui dépend également des effectifs globaux de la spécialité.

Si les pratiques tarifaires sont différentes en moyenne d'une spécialité à l'autre, elles sont aussi très hétérogènes au sein d'une même spécialité.

A titre d'exemple, les 6 700 chirurgiens qui exercent en secteur 2 facturent en moyenne des dépassements à hauteur de 58 % des tarifs de convention. Mais ce taux moyen recouvre des pratiques très variables d'un chirurgien à l'autre : pour 10 % d'entre eux il est en-dessous de 8 %, alors que pour les 10 % à l'autre extrémité de la distribution il est supérieur à 184 %, c'est-à-dire que le tarif facturé représente trois fois le tarif conventionnel ou plus (Figure 10).

FIGURE 10 – DISTRIBUTION DES CHIRURGIENS DE SECTEUR 2 SELON LEUR TAUX DE DEPASSEMENT - 2023



Source : données Cnam.

Cette variabilité entre praticiens d’une même spécialité se retrouve dans toutes les spécialités : l’écart est très important entre les 10 % de praticiens qui ont les taux de dépassements les plus faibles et les 10 % qui facturent les dépassements les plus élevés (Tableau 2). La dispersion au sein de chaque spécialité est beaucoup plus importante que la dispersion des taux moyens de dépassement entre spécialités.

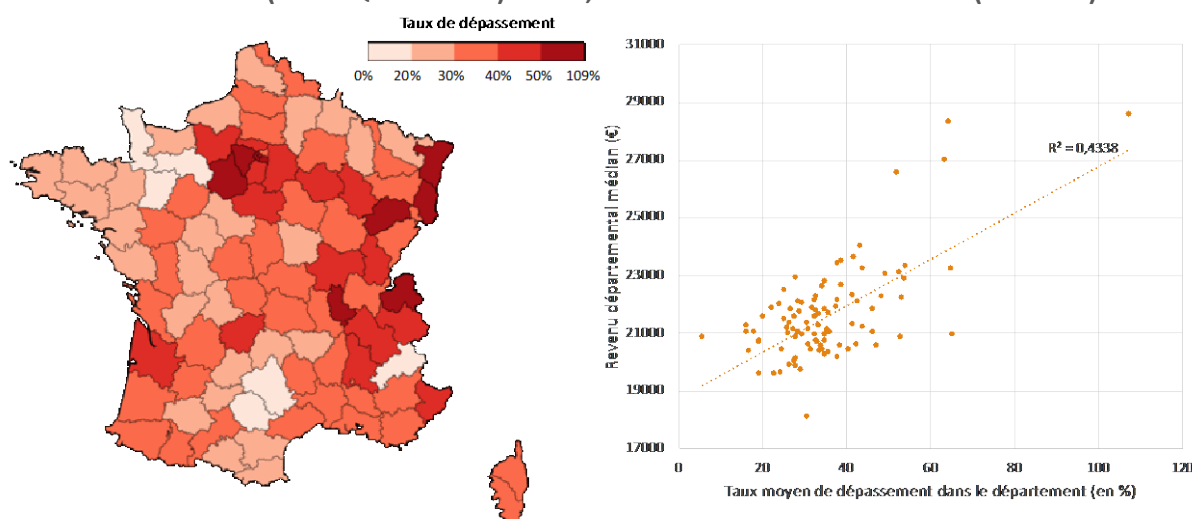
TABLEAU 2 – DISPERSION DES TAUX DE DEPASSEMENT POUR QUELQUES SPECIALITES – 2023

	Pour les 10 % des praticiens qui ont les taux de dépassements les plus faibles, ceux-ci sont inférieurs à	Pour les 10 % des praticiens qui ont les taux de dépassements les plus élevés, ceux-ci sont supérieurs à
Anesthésistes	9%	124%
Cardiologues	0%	67%
Chirurgiens	8%	184%
Dermatologues	17%	159%
Gastro-entérologues	0%	87%
Gynécologues-obstétriciens et mixtes	18%	161%
Généralistes (y compris MEP)	5%	158%
Neurologues	0%	78%
ORL	12%	111%
Ophtalmologues	23%	125%
Pneumologues	0%	65%
Psychiatres	10%	152%
Pédiatres	9%	122%
Radiologues	1%	101%
Rhumatologues	14%	115%
Stomatologues	24%	138%
Total Médecins éligibles à la pratique des dépassements d’honoraires	6%	141%
Total Spécialistes éligibles hors médecine générale	6%	139%

Source : données Cnam.

Cette hétérogénéité au sein des spécialités est liée en grande partie à l'implantation territoriale des praticiens. Le niveau des dépassements en secteur 2 est en effet très variable selon le territoire : 10% dans l'Aveyron, 15 % dans l'Orne, 66 % dans le Rhône ou les Yvelines, jusqu'à 109 % à Paris (pour l'ensemble des spécialités hors médecine générale). Une certaine corrélation s'observe avec le niveau de richesse des territoires (Figure 11)¹⁵.

FIGURE 11– TAUX DE DEPASSEMENT MOYEN PAR DEPARTEMENT (CARTE A GAUCHE) - REVENU MEDIAN ET TAUX MOYEN DE DEPASSEMENT (GRAPHIQUE A DROITE) - 2022, POUR L'ENSEMBLE DES SPECIALISTES (HORS MG) DE S2



Source : Données Cnam 2022 pour les taux de dépassement S2. Données Insee pour les revenus médians.

2.2 Des dispositifs conventionnels de régulation des dépassements à partir de 2012

Les dispositions juridiques encadrant la pratique des dépassements d'honoraires ont évolué au cours du temps.

La notion de tact et de mesure dans la fixation des honoraires a toujours été présente dans le Code de déontologie, et cette obligation a été rappelée dans les conventions successives.

La loi du 29 décembre 1999 qui a créé la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) a instauré l'interdiction de facturer des dépassements aux bénéficiaires de ces dispositifs. Cette interdiction a été étendue par la convention de 2011 aux bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé, dispositif qui a été fusionné avec celui de la CMU-C en novembre 2019. L'interdiction des dépassements pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, C2S, sauf en cas d'exigence particulière ou de consultation hors parcours de soins, est ainsi inscrite à l'article L162-5-13 du code de la sécurité sociale : « I - Les tarifs des médecins mentionnés à l'article L. 162-5 ne peuvent donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, sauf en cas d'exigence particulière du patient, notamment en cas de visite médicalement injustifiée, et sauf dans le cas prévu au 18° de l'article L. 162-5 »¹⁶. Le même article prévoit également cette interdiction vaut également vis-à-vis des personnes écrouées affiliées au régime général : « I bis - Les tarifs mentionnés au I ne peuvent pas donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux personnes écrouées affiliées aux assurances maladie et maternité du régime général en application du premier alinéa de l'article L. 381-30 ».

¹⁵ Comme indiqué précédemment (note de bas de page 12), les écarts de taux de dépassement selon les territoires peuvent être liés pour partie aux différences de coût de la pratique, qui ne sont pas prises en compte dans les tarifs opposables nationaux.

¹⁶ Article L162-5-13 du code de la sécurité sociale.

Les praticiens doivent également appliquer les tarifs opposables dans les situations d'urgence médicale.

L'année 2012 marque un tournant avec l'émergence d'un statut conventionnel lié à l'adhésion aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Le **Contrat d'accès aux soins (CAS)** est créé en 2012 par l'avenant n° 8 à la convention signée en 2011. Il ouvre la possibilité, 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, d'adhérer à un contrat d'accès aux soins¹⁷. Voulu attractif, 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”*.

Les médecins qui souscrivent à ce contrat s'engagent à stabiliser à la fois leur taux de dépassement et la part de leurs actes qu'ils réalisent à tarif opposable. En contrepartie, l'Assurance maladie s'engage à aligner leurs tarifs de remboursement sur ceux des médecins exerçant en secteur 1, à les faire bénéficier des mêmes revalorisations tarifaires et à prendre en charge leurs cotisations sociales dans les mêmes conditions, sur la partie de leur activité réalisée à tarifs opposables.

La convention de 2016 vient remplacer le CAS par une nouvelle option tarifaire conventionnelle qui autorise tous les médecins titulaires d'autorisations de dépassement (médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents, médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent, médecins titulaires de titres s'installant pour la première fois en libéral et donc éligibles à l'exercice en secteur à honoraires différents) à s'inscrire dans un dispositif de dépassements maîtrisés (OPTAM pour « option pratique tarifaire maîtrisée ») ou, pour les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou une spécialité de gynécologie-obstétrique, et, depuis la convention de 2024, une spécialité d'anesthésie-réanimation, dans un dispositif baptisé initialement OPTAM-CO et désormais OPTAM-ACO.

Dans le sillon du CAS qui avait déjà tracé cette voie, l'OPTAM conforte le bénéfice à toute une série « d'aides » conventionnelles, qui au départ avaient été réservées aux médecins de secteur 1. Ces aides ont depuis 2012 fortement progressé si bien que l'OPTAM est devenu aujourd'hui un véritable statut conventionnel qui rend éligible le médecin qui y adhère à de nombreux avantages conventionnels par ailleurs reconnus aux médecins pratiquant en tarifs opposables. La convention de 2016 et ses nombreux avenants permettent 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. Toutes ces évolutions progressives ont en commun de dessiner un espace conventionnel partagé entre les secteurs d'exercice. La convention de 2024 se situe dans la droite de ligne de cette logique qu'elle prolonge. En effet, une large partie des rémunérations forfaitaires, aides conventionnelles et majorations/valorisations de certaines prises en charge sont prévues sous condition d'éligibilité relative à la pratique tarifaire : exercice en secteur 1 ou en secteur 2 adhérant à l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO.

Implicitement, s'observe la mise en place d'une nouvelle forme de structuration des secteurs conventionnels d'exercice. A côté des médecins exerçant dans le secteur 2, on assiste à l'émergence

¹⁷ Pour tenir compte des situations antérieures, l'avenant ouvrira également cette possibilité d'adhésion aux mêmes médecins, mais qui se sont installés avant le 1er janvier 2013. V. l'art. 4 de l'arrêté du 29 novembre 2012.

d'un statut conventionnel hybride qui est celui des "médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents et ayant adhéré aux options de pratique tarifaire maîtrisée (secteur 2 OPTAM et OPTAM ACO)". 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, était très cloisonnée.

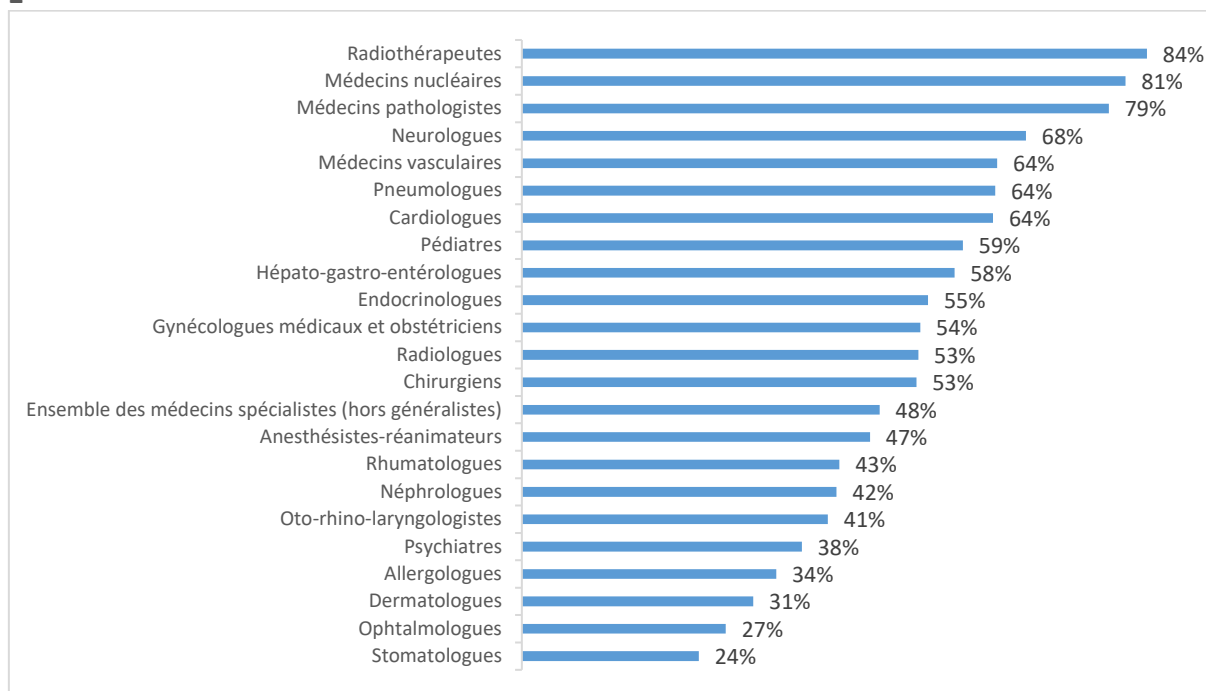
2.3 Une adhésion de plus de la moitié des praticiens de secteur 2 à l'OPTAM-OPTAM-CO

Une très grande partie des praticiens exerçant en secteur 2 (93 %) remplit les conditions pour adhérer au contrat OPTAM – OPTAM-CO. En 2022, 53 % des 29 800 éligibles, soit 15 700 praticiens, étaient adhérents. La proportion augmente régulièrement depuis 2017, où elle était de 47 %. Elle semble plus élevée pour les jeunes générations¹⁸.

Là encore, derrière cette moyenne, la situation est variable selon les spécialités. En 2022, la moitié des chirurgiens, deux tiers des neurologues ou des pneumologues sont adhérents, mais seulement un quart des ophtalmologues (Figure 12). Globalement, les spécialités où le secteur 2 est prédominant ont moins tendance à adhérer (Figure 13).

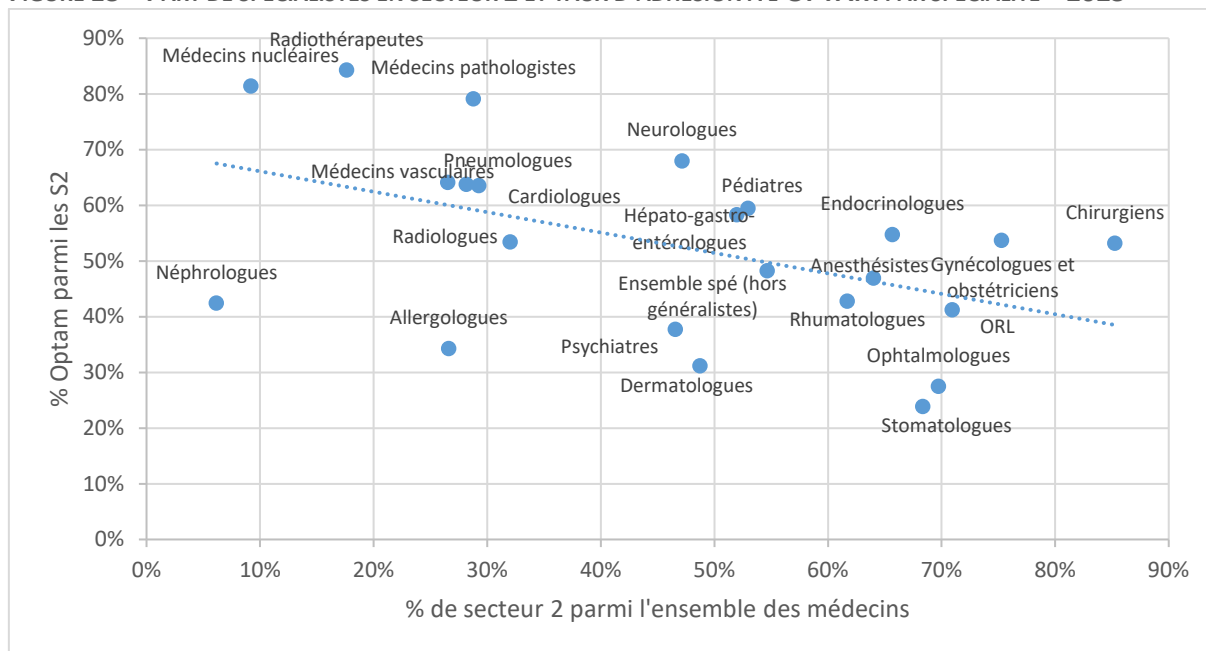
¹⁸ Source : C Dixte, N Vergier. Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017. Études et résultats n°1223, mars 2022. La publication met en évidence un taux d'adhésion plus élevé chez les médecins installés depuis moins de 10 ans. Les données sont cependant un peu anciennes (2017).

FIGURE 12 – PROPORTION D’ADHERENTS A L’OPTAM ET L’OPTAM-CO EN 2023 PARMI LES PRATICIENS DE SECTEUR 2



Source : Cnam, Ameli - Data professionnels de santé libéraux.

FIGURE 13 – PART DE SPECIALISTES EN SECTEUR 2 ET TAUX D’ADHESION A L’OPTAM PAR SPECIALITE – 2023



Source : Cnam, Ameli - Data professionnels de santé libéraux

Si l’on rapproche les différents éléments – importance quantitative du secteur 2, niveau des dépassements, engagement dans les dispositifs de régulation –, on voit ainsi se dessiner un paysage très contrasté selon les spécialités, qui peut amener à des difficultés d’accès aux soins spécialisés plus ou moins prononcées.

Si l’on reprend l’exemple de l’ophtalmologie, on a là une spécialité pratiquée à plus de deux tiers en secteur 2 (aux trois quarts pour les nouveaux installés), avec un engagement limité des praticiens (26 %

d'adhésions à l'OPTAM) à modérer des dépassements qui représentent en moyenne plus de 50 % des tarifs conventionnels.

La situation est très différente, par exemple, pour la cardiologie (28 % de praticiens à honoraires libres, dont les deux tiers adhérents à l'OPTAM, 20 % de taux de dépassement).

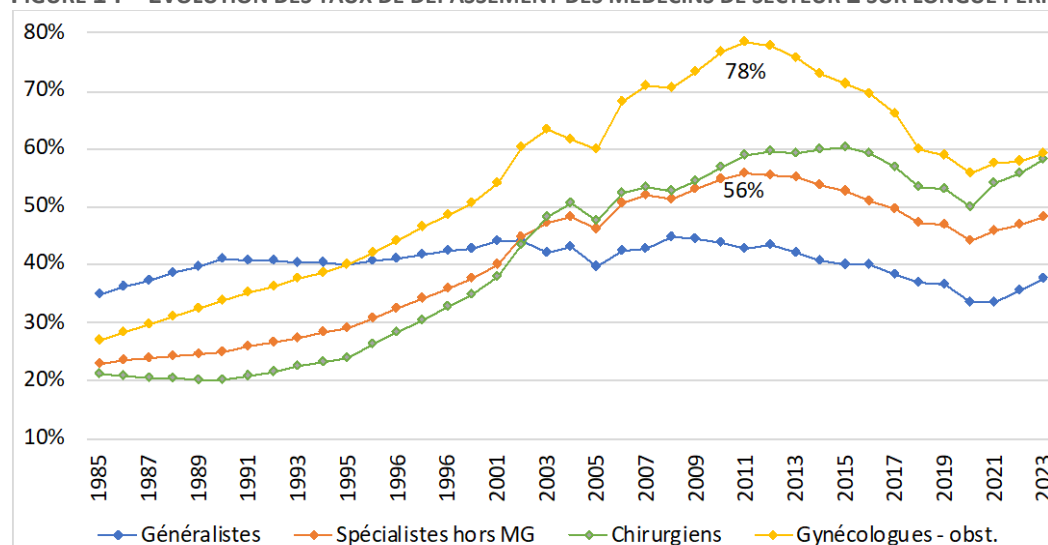
2.4 Un impact sur la maîtrise des taux de dépassement, qui repartent cependant à la hausse depuis 2021

Remarque liminaire : cette analyse de l'évolution des taux de dépassements est complétée par une analyse de l'évolution des revenus, à partir des données appariées entre le système de données de santé (SNDS) et les données fiscales (voir annexe 6).

Sur le long terme, la tendance a été à l'augmentation rapide des taux de dépassements. Pour l'ensemble des spécialistes (hors médecine générale), le taux moyen est passé de 23 % en 1985 à 56 % en 2012. Cette même année, il était de 78 % pour la gynécologie – obstétrique, de 67 % pour la pédiatrie, de 60 % pour la chirurgie.

Depuis 2012 et l'instauration des dispositifs de modération des dépassements (contrats CAS puis OPTAM), on observe un net repli : de 56 %, le taux est descendu à 44 % en 2020 pour l'ensemble des spécialistes (hors MG). Pour certaines spécialités, comme la gynécologie-obstétrique ou la pédiatrie par exemple, la baisse est de plus de 20 points. On note cependant un retournement après 2020, avec à nouveau une tendance à l'augmentation sur les trois dernières années (Figure 14).

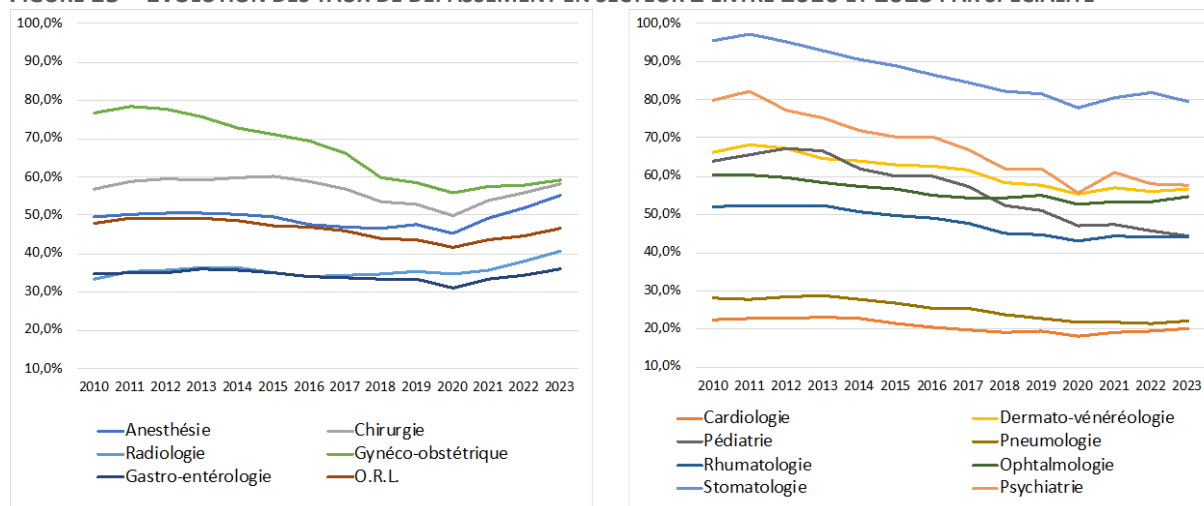
FIGURE 14 – ÉVOLUTION DES TAUX DE DEPASSEMENT DES MEDECINS DE SECTEUR 2 SUR LONGUE PERIODE



Source : Cnam.

En zoomant sur la période plus récente, depuis 2010, on peut noter que l'évolution est différente d'une spécialité à l'autre. La remontée des taux de dépassements est très sensible pour certaines d'entre elles (au rang desquelles la chirurgie, l'anesthésie, la radiologie), moins pour d'autres (Figure 15).

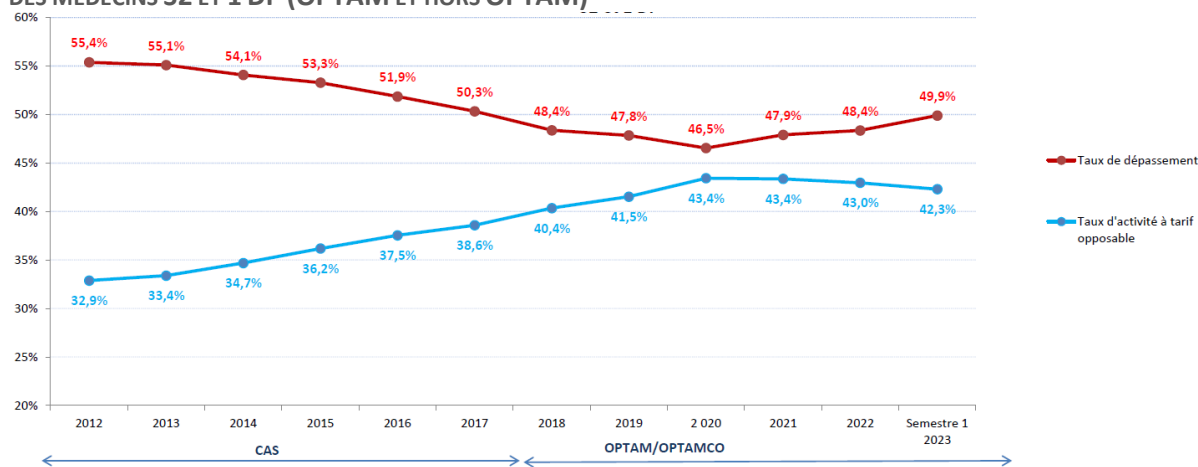
FIGURE 15 – ÉVOLUTION DES TAUX DE DEPASSEMENT EN SECTEUR 2 ENTRE 2010 ET 2023 PAR SPECIALITE



Source : données Cnam.

On observe en miroir la même inflexion sur la part des honoraires facturés aux tarifs opposables, qui constitue l’autre dimension de l’option pratique tarifaire maîtrisée : après avoir régulièrement augmenté de 2012 à 2020, elle diminue en 2021 et 2022. Une analyse plus fine montre que ce retournement concerne les actes techniques (Figure 16 et Figure 17).

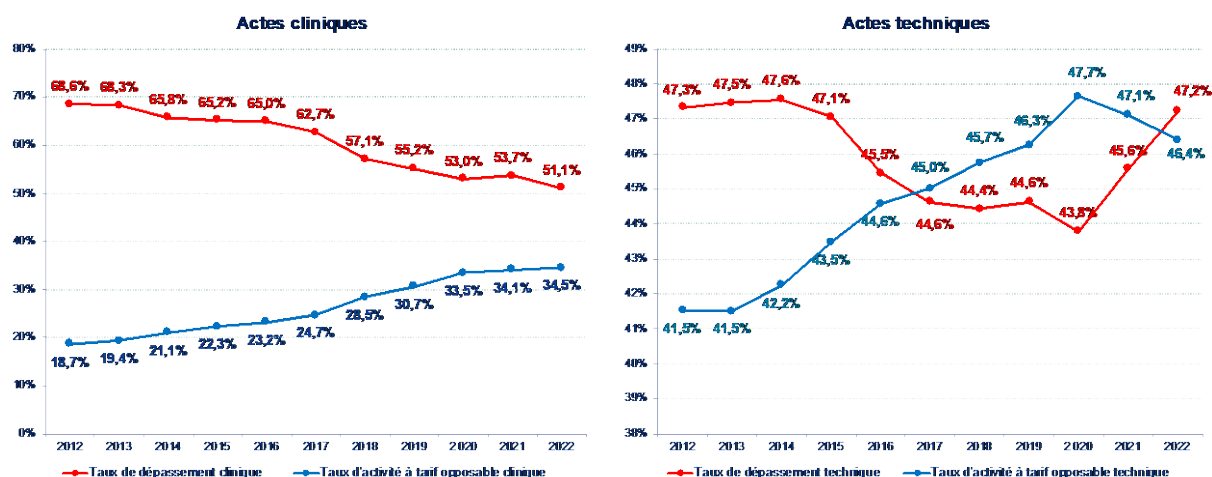
FIGURE 16 – ÉVOLUTION DES TAUX DE DEPASSEMENT ET DES PARTS D’HONORAIRES FACTURES AU TARIF OPPOSABLE DES MEDECINS S2 ET 1 DP (OPTAM ET HORS OPTAM)¹⁹



Source : données Cnam

¹⁹ Taux d’honoraires au tarif opposable = Honoraires réalisés au tarif opposable / Honoraires remboursables.

FIGURE 17 – ÉVOLUTION DES TAUX DE DEPASSEMENT ET DES PARTS D’HONORAIRES FACTURES AU TARIF OPPOSABLE, POUR LES ACTES CLINIQUES ET LES ACTES TECHNIQUES

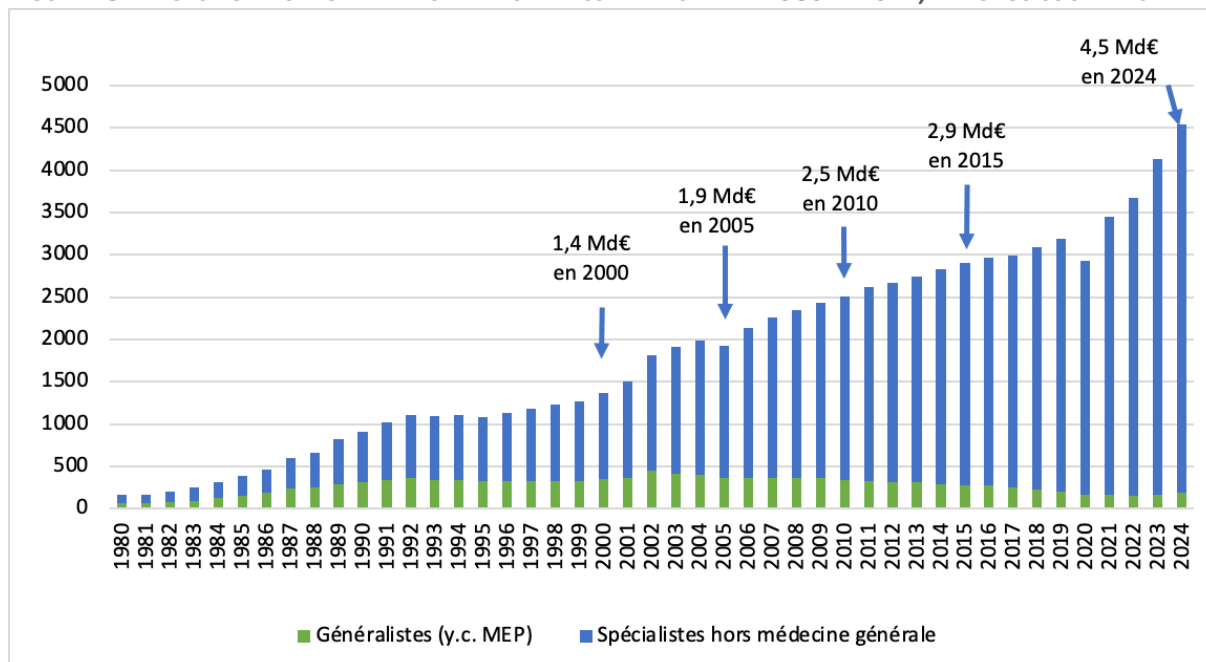


Source : données Cnam.

2.5 Un montant total de dépassements qui atteint 4,1 milliards d’euros en 2023²⁰

A l’exception de l’année 2020, au cours de laquelle l’activité des médecins libéraux a été fortement impactée par l’épidémie de Covid19, le montant total des dépassements d’honoraires a progressé continûment depuis 1980, pour atteindre 4,5 Md€ en 2024 (Figure 18).

FIGURE 18– ÉVOLUTION DU MONTANT TOTAL DES DEPASSEMENTS ENTRE 1980 ET 2024, EN EUROS COURANTS

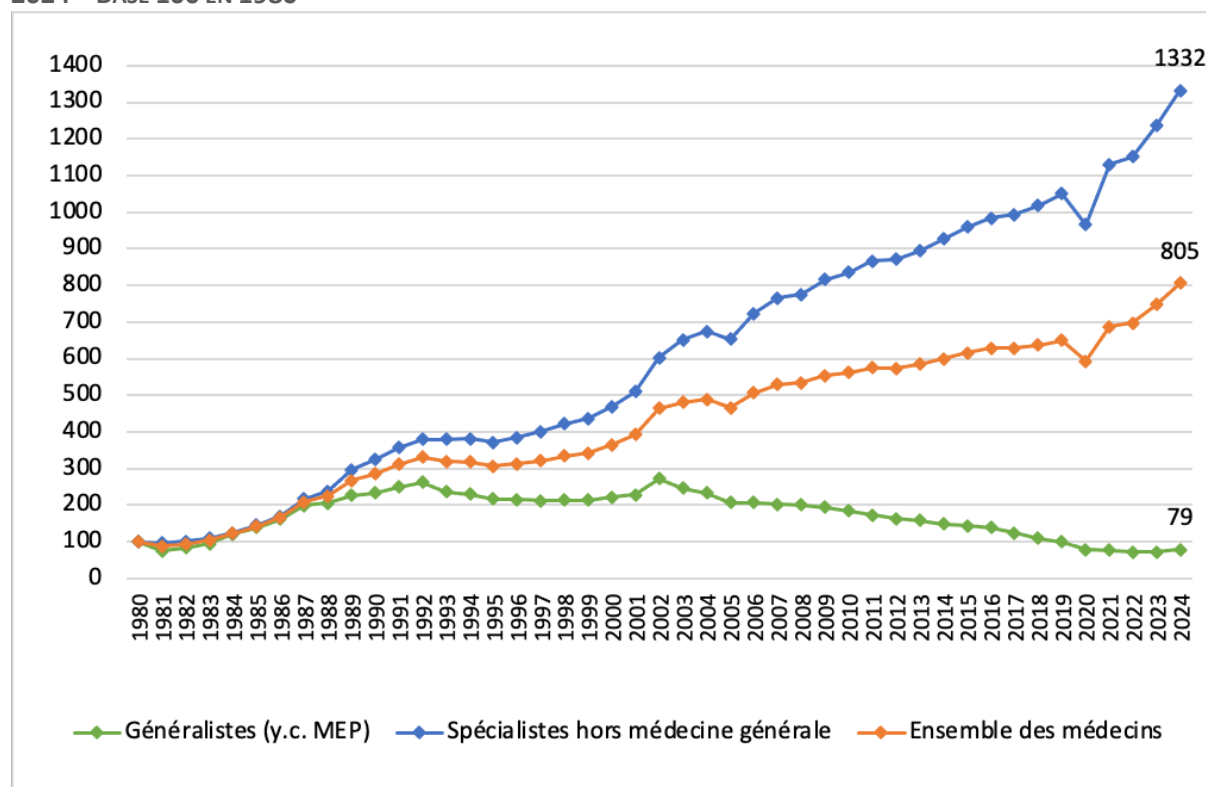


Sources : 1979 à 1999 : Ecosanté, France métropolitaine. 2000 à 2024 : Cnam, France entière.

²⁰ Pour des raisons de disponibilité de données, les chiffres présentés dans cette partie incluent la totalité des dépassements, y compris DE et DA, qui concernent essentiellement les praticiens de secteur 1. Ils représentent cependant une faible part dans le montant total.

Pour les spécialistes, en valeur réelle (c'est-à-dire en enlevant l'inflation), le montant total des dépassements a été multiplié par 13 entre 1980 et 2024. Entre 2000 et 2023, il a été multiplié par 2,5, tandis qu'il était divisé par trois pour les généralistes (Figure 19).

FIGURE 19 – ÉVOLUTION DU MONTANT TOTAL DES DEPASSEMENTS EN VALEUR REELLE (HORS INFLATION) DE 1980 A 2024 – BASE 100 EN 1980



Sources : 1979 à 1999 : Ecosanté, France métropolitaine. 2000 à 2024 : Cnam, France entière. Insee pour l'indice des prix.

Même si le taux moyen de dépassement des spécialistes de secteur 2 (hors médecine générale) a globalement baissé depuis la mise en place des dispositifs optionnels de modération tarifaire (56 % en 2012, 49 % en 2024), le montant global des dépassements a, lui, continué à progresser, car la base à laquelle ces taux s'appliquent, c'est-à-dire la masse des honoraires aux tarifs conventionnels des professionnels en secteur 2, a fortement augmenté sur la même période :

- du fait de la croissance des effectifs de praticiens en secteur 2 : + 35 % entre 2012 et 2024 (cette croissance ne tient pas à la démographie globale des spécialistes libéraux, qui est stable, mais à la part croissante qui exerce dans ce secteur conventionnel),

- mais aussi de l'augmentation des honoraires sans dépassement (HSD) par tête : + 57 %.²¹

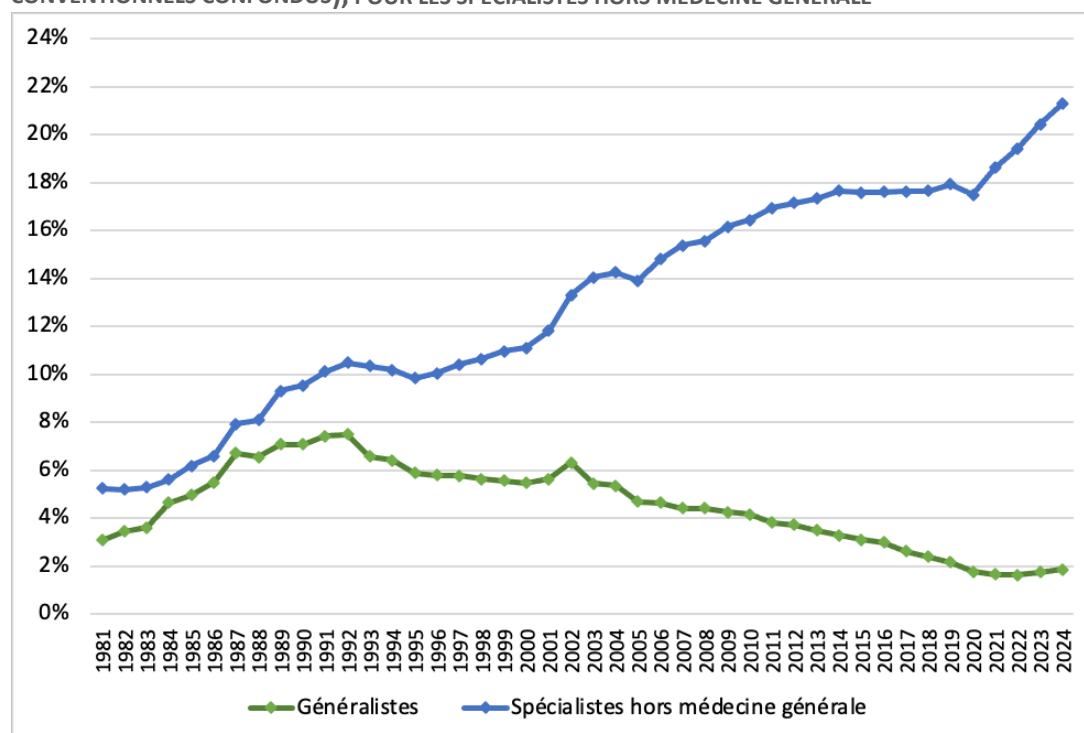
Ces deux évolutions ont joué à la hausse sur le montant global des honoraires sans dépassements des professionnels en secteur 2 qui a plus que doublé entre 2012 et 2024 (+112%). C'est pourquoi, malgré la baisse des taux moyens, le montant total des dépassements des spécialistes (hors médecine générale) a augmenté de 86 % entre 2012 et 2023.

²¹ Deux approximations sont à signaler dans ce calcul, pour pallier la non-disponibilité de certaines données : on a fait l'hypothèse d'une stabilité des effectifs totaux en 2024, et les honoraires sans dépassements ont été calculés en appliquant le taux de dépassement du secteur 2 aux dépassements totaux, secteur 1 compris. Il faut donc prendre ces estimations comme des ordres de grandeur.

Dans la décennie 2010, cette croissance a ralenti par rapport à la décennie précédente : en valeur réelle²², elle a été de moins de 3% par an entre 2010 et 2019, contre +6% par an entre 2000 et 2010. On observe cependant une accélération sur la période récente : entre 2019 et 2024, l'augmentation est de 8 % par an en moyenne en euros courants. Même si l'on tient compte de la forte inflation des années 2022-2023, la hausse sur ces quatre années reste élevée en valeur réelle (+5 % par an en moyenne) et marque une accélération par rapport à la décennie précédente.

Corrélativement, la part que représentent les dépassements dans l'ensemble des honoraires des spécialistes hors médecine générale (tous secteurs confondus), qui s'était stabilisée pendant plusieurs années autour de 18 %, repart à la hausse depuis 2021 (Figure 20).

FIGURE 20 – ÉVOLUTION DE LA PART DES DEPASSEMENTS DANS LES HONORAIRES TOTAUX (TOUS SECTEURS CONVENTIONNELS CONFONDUS), POUR LES SPECIALISTES HORS MEDECINE GENERALE



Sources : 1979 à 1999 : Ecosanté, France métropolitaine. 2000 à 2024 : Cnam, France entière.

3. L'activité libérale à l'hôpital public représente 2 % des dépassements

3.1 Un cadre juridique qui a évolué

L'ordonnance de 1958 qui a créé les centres hospitaliers et universitaires (CHU) a fixé un principe d'exercice hospitalier et universitaire à temps plein, avec une dérogation pour activité libérale à l'hôpital, facteur d'attractivité.

La loi 28 octobre 1982, qui a supprimé le secteur privé à l'hôpital, n'a jamais été mise en œuvre faute de décret d'application. Il a été officiellement rétabli par en 1987, par une loi qui a précisé ses conditions d'application.

L'éligibilité à l'activité libérale à l'hôpital public

²² Hors inflation

Jusqu'à l'ordonnance du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières, seuls les praticiens à temps plein pouvaient avoir une activité libérale au sein des établissements publics de santé.

Le Décret n° 2022-134 du 5 février 2022 a réformé le statut des praticiens hospitaliers, fusionnant les deux anciens statuts de praticien hospitalier à temps plein (exercice à temps plein avec possibilité d'une activité réduite entre 50 % et 90 %) et de praticien des hôpitaux à temps partiel (exercice entre 40 % et 60 %). La quotité d'exercice du PH est désormais comprise entre cinq demi-journées par semaine (50 %) et dix demi-journées par semaine (100 %) pour un temps plein.

L'ordonnance du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières a ouvert la possibilité d'une activité libérale au sein de l'hôpital public aux praticiens « exerçant au minimum huit demi-journées par semaine dans les établissements publics de santé » (donc les PH ayant une quotité d'exercice de 80 % ou 90 %).

Elle a également ouvert ce droit aux praticiens hospitaliers en période probatoire, et prévu que l'activité libérale peut s'exercer « au sein de l'établissement dans lequel le praticien a été nommé ou, dans le cas d'une activité partagée, dans les établissements du groupement hospitalier de territoire dans lesquels il exerce ».

Les conditions de cet exercice libéral

Elles ont été précisées par la loi du 27 janvier 1987 :

« L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation ; elle s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique, à la triple condition :

1° Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;

2° Que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;

3° Que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale ».

La loi du 26 janvier 2016 a apporté plusieurs évolutions :

Elle a ajouté l'obligation, pour les praticiens exerçant une activité libérale, d'adhérer à la convention avec l'Assurance maladie. Elle n'a pas modifié la triple condition, mais a ajouté un principe d'information des patients et de neutralité de leur orientation entre activité libérale et activité publique.

Elle a introduit une clause de non-concurrence, pour les praticiens quittant l'hôpital définitivement ou temporairement (sauf départ en retraite) :

« Le contrat mentionné à l'article L. 6154-4 prévoit une clause engageant le praticien, en cas de départ temporaire ou définitif, excepté lorsqu'il cesse ses fonctions pour faire valoir ses droits à la retraite, à ne pas s'installer, pendant une période au minimum égale à six mois et au maximum égale à vingt-quatre mois, et dans un rayon au minimum égal à trois kilomètres et au maximum égal à dix kilomètres, à proximité de l'établissement public de santé qu'il quitte ».

L'ordonnance du 17 mars 2021 ayant ouvert l'activité libérale aux praticiens à temps partiel exerçant à 80 % ou 90 %, la condition de temps consacré à l'activité libérale a été complétée ainsi :

« Les praticiens hospitaliers mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 exerçant à hauteur de huit ou neuf demi-journées par semaine peuvent exercer une activité libérale dans la limite d'une demi-journée

par semaine ; les praticiens hospitaliers exerçant à hauteur de dix demi-journées par semaine peuvent exercer une activité libérale dans la limite de deux demi-journées par semaine ».

En résumé, les possibilités sont aujourd’hui les suivantes :

- Les praticiens qui exercent entre cinq et neuf demi-journées par semaine (soit entre 50 % et 90 %) peuvent avoir une activité privée *en dehors de l’hôpital* ;
- La clause de non-concurrence, prévue initialement pour des praticiens quittant l’hôpital public, a été introduite aussi pour ces activités mixtes ;
- Les praticiens à 80-90 % (huit ou neuf demi-journées par semaine) peuvent avoir une activité libérale *intra hospitalière* (à hauteur d’une demi-journée par semaine) ou *extra hospitalière, mais ne peuvent pas cumuler les deux* ;
- Les praticiens à 100 % (dix demi-journées par semaine) peuvent exercer une *activité libérale au sein de l’hôpital* dans la limite de deux demi-journées par semaine.

Les modalités d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'un contrat de cinq ans entre le praticien et l'établissement public de santé, qui doit être approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé. L'activité libérale donne lieu au versement par le praticien l'exerçant d'une redevance à l'établissement.

Les établissements publics de santé ont l'obligation de constituer une commission de l'activité libérale qui a notamment pour obligation de vérifier la conformité de l'exercice libéral avec les dispositions légales et réglementaires et de produire un rapport annuel sur les activités libérales de l'établissement, destiné au conseil de surveillance et au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS)²³.

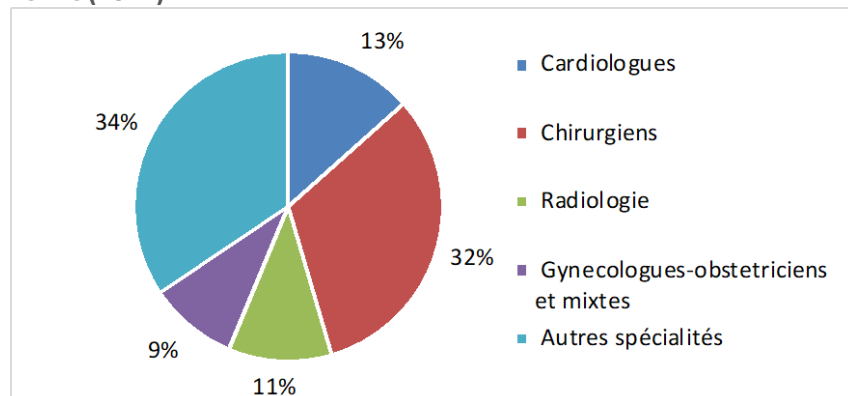
Il faut rappeler que les praticiens qui n'exercent pas d'activité libérale perçoivent une indemnité d'engagement de service public exclusif, dont le montant mensuel est de 1 010 € bruts.

3.2 Un poids faible en termes d'activité, d'honoraires et de dépassements

Sur les 47 000 praticiens hospitaliers, seul 10 % ont une activité libérale en 2022. Près d'un tiers sont chirurgiens, et quatre spécialités forment à elles seules les deux tiers des effectifs (Figure 21). Près de la moitié d'entre eux (2 282) sont en secteur 2.

²³ Néanmoins, selon la Cour des comptes "les contrôles d'établissements de santé réalisés par les juridictions financières depuis 2018 mettent en évidence que les limites posées à l'exercice libéral en établissement public sont aisément contournées, en raison du contrôle insuffisant et de la tolérance vis-à-vis des fréquents abus". Source : Cour des comptes. Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité. Octobre 2023.

FIGURE 21 – REPARTITION PAR SPECIALITES DES PRATICIENS HOSPITALIERS AYANT UNE ACTIVITE LIBERALE A L’HOPITAL PUBLIC (2022)



Source : données Cnam.

Leur activité a représenté 644 millions d’euros d’honoraires, dont 309 millions pour les praticiens exerçant en secteur 2. Sur ces 309 millions, 73 millions sont des dépassements d’honoraires.

Si l’on compare ces ordres de grandeur à ceux, détaillés plus haut, qui concernent les médecins libéraux, le poids de l’activité libérale à l’hôpital public par rapport à l’ensemble de l’offre de soins spécialisée libérale reste très limité. Ainsi les dépassements d’honoraires liés à l’activité libérale à l’hôpital ne représentent qu’environ 2 % de l’ensemble des dépassements (Tableau 3).

TABLEAU 3 - EFFECTIFS, HONORAIRES, DEPASSEMENTS DES SPECIALISTES LIBERAUX ET DES SPECIALISTES HOSPITALIERS PUBLICS AYANT UNE ACTIVITE LIBERALE EN 2022

	Médecins spécialistes hospitaliers ayant une activité libérale (hors MG)	Médecins spécialistes libéraux (hors MG)
Effectifs	4 671	50 707
Dont secteur 2 et 1 DP	2 280	27 012
Honoraires totaux (en millions d’€)	644	17 482
Dont honoraires secteur 2	309	11 059
Dont dépassements	73	3 447

Source : données Cnam.

Néanmoins, même si elle représente une part très minoritaire dans les dépassements d’honoraires, il est logique d’inclure cette activité libérale à l’hôpital public dans le tableau d’ensemble, afin d’avoir une vision exhaustive.

3.3 Des effectifs stables et des taux de dépassement en baisse, mais une forte augmentation de l’activité

Les effectifs de praticiens qui exercent une activité libérale à l’hôpital n’ont pas évolué sensiblement ; leur nombre en 2022 (4 706) est comparable à celui d’il y a une dizaine d’années (Figure 22).

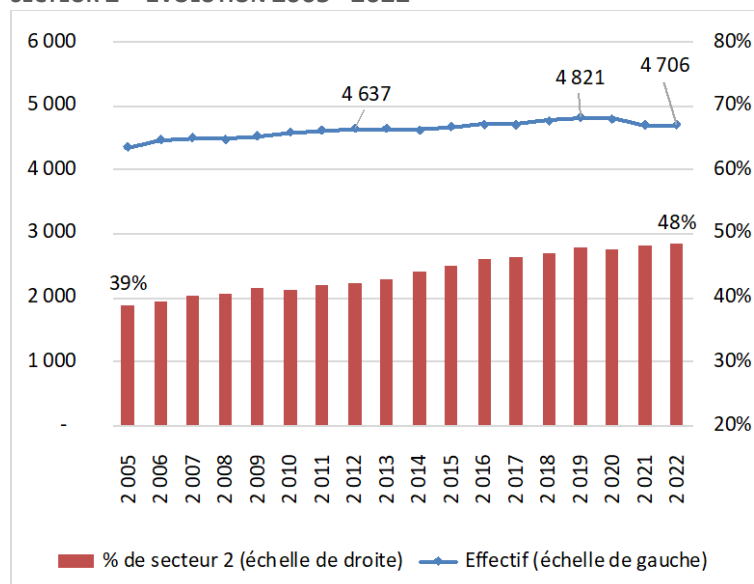
En 2021, le Centre national de gestion dénombre 45 637 postes occupés de PH temps plein, tandis que la même année la Cnam recense 4 694 praticiens avec activité libérale, soit une proportion d’environ 10,3 % par rapport au nombre d’éligibles. Ce ratio est similaire à celui qu’avait estimé Dominique Laurent pour l’année 2011, dans un rapport rédigé à la demande de la Ministre Marisol Touraine²⁴.

²⁴ D Laurent. L’activité libérale dans les établissements publics de santé. Rapport à Madame Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la santé. Mars 2013.

Si l'effectif global est assez stable, en revanche, comme en médecine libérale, la part du secteur à honoraires libres augmente au fil du temps parmi les praticiens ayant une activité privée à l'hôpital : 2 282 sont en secteur 2 en 2022, soit 48 %, alors qu'ils étaient 39 % en 2005 (Figure 22).

Il faut évidemment garder à l'esprit que ce chiffre concerne une petite fraction de l'ensemble des praticiens qui exercent à l'hôpital, et une fraction minoritaire de leur activité. Si l'on rapporte le nombre de praticiens ayant une activité libérale en secteur 2 (2 280) à l'ensemble des praticiens hospitaliers (47 000), la proportion des praticiens de secteur 2 est de 5 %. Si l'on considère l'ensemble des médecins exerçant à l'hôpital (93 200 en 2022²⁵), ce sont 2,4 % de médecins exerçant en établissement public qui facturent des dépassements d'honoraires. En supposant que l'activité libérale de ces médecins représente 20 % de leur activité totale (limite imposée par les textes), l'activité en secteur 2 représenterait 0,5 % à 1 % de l'activité totale des médecins à l'hôpital public.

FIGURE 22 – EFFECTIF DE PRATICIENS HOSPITALIERS TEMPS PLEIN AYANT UNE ACTIVITE LIBERALE ET PROPORTION DE SECTEUR 2 – ÉVOLUTION 2005 - 2022



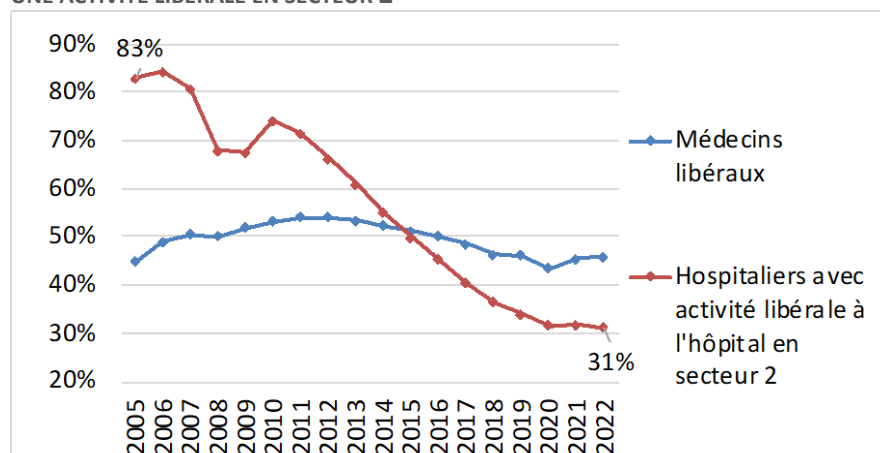
Source : données Cnam.

Si l'on ne considère que les spécialités hors médecine générale, la proportion de secteur 2 (49 %) est voisine de celle des médecins libéraux (53 % en 2022) et les évolutions sont parallèles (la proportion était de 39 % en 2005 pour les libéraux comme pour les hospitaliers).

En revanche, l'évolution des taux de dépassements est très différente dans les deux secteurs : très élevé il y a une quinzaine d'années, le taux moyen de dépassement des hospitaliers exerçant leur activité libérale en secteur 2 a beaucoup diminué. Avec 31 % en 2022, il est sensiblement inférieur à celui des libéraux (46 %) (Figure 23).

²⁵ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-09/ES24MAJ260924.pdf>

FIGURE 23 – TAUX DE DEPASSEMENT DES MEDECINS LIBERAUX DE SECTEUR 2 ET DES MEDECINS HOSPITALIERS AYANT UNE ACTIVITE LIBERALE EN SECTEUR 2



Source : données Cnam.

Si les effectifs de praticiens hospitaliers ayant une activité libérale au sein de l'hôpital ont peu augmenté, en revanche, le volume d'actes réalisés dans le cadre de cette activité a fortement progressé. Elle représentait 644 millions d'euros en 2022, contre 280 millions en 2005 (+130 %). En moyenne, un praticien hospitalier public avec secteur privé a plus que doublé ses honoraires libéraux sur la période. Tous secteurs conventionnels et spécialités confondus, il a perçu en moyenne 137 000 € d'honoraires en 2022 au titre de son activité libérale, dont 12 % de dépassements d'honoraires (16 000 €). Un praticien exerçant cette activité en secteur 2 a perçu un montant similaire d'honoraires (135 000 €), dont 32 000 euros de dépassement. Le montant moyen de dépassement, en valeur absolue, est resté très stable sur les 15 dernières années.

Les honoraires perçus par les praticiens hospitaliers dans le cadre d'une activité libérale au sein de l'hôpital sont soumis à redevance²⁶. Les taux de redevance sont ainsi fixés²⁷ :

1. Consultations : 16 % pour les centres hospitaliers universitaires, 15 % pour les centres hospitaliers ;
2. Actes autres que les actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie : 25 % pour les centres hospitaliers universitaires, 16 % pour les centres hospitaliers ;
3. Actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie : 60 % pour les centres hospitaliers universitaires et pour les centres hospitaliers.

²⁶ Article L6154-3 du code de la santé publique

²⁷ Article D6154-10-3 du code de la santé publique



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*