

Les dépassements d'honoraires

Pratiques des médecins, part dans leurs revenus
et impacts pour les patients

Renaud Legal, *Irdes*

Roseline Vincent, *Irdes*

Marie Bonal, *Irdes*

En collaboration avec
le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam)



21, rue des Ardennes
75019 Paris
www.irdes.fr
01 53 93 43 06
publications@irdes.fr

INSTITUT DE RECHERCHE
ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Directeur de publication : Denis Raynaud

Éditrice : Anna Marek • **Illustrations et maquette** : Franck-Séverin Clérembault •

Illustrations et mise en page : Desk

Diffusion : Rouguiyatou Ndoye • **Dépôt légal** : octobre 2025 •

ISBN papier : 978-2-87812-644-0

ISBN PDF : 978-2-87812-643-3 • **ISSN** : 2263-5416

Imprimeur : CIA Graphic (58320)

Les dépassements d'honoraires

Pratiques des médecins,
part dans leurs revenus et impacts pour les patients

Renaud Legal, *Irdes*

Roseline Vincent, *Irdes*

Marie Bonal, *Irdes*

En collaboration avec
le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam)

ISBN papier : 978-2-87812-644-0 / ISBN PDF : 978-2-87812-643-3

Les reproductions de textes, graphiques ou tableaux sont autorisées
à condition de mentionner la source et le(s) auteur(s).

Remerciements

Nous remercions le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam) pour le soutien financier apporté à ces travaux.

Nous remercions la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) pour l'accès à l'appariement des données de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) et des données fiscales (appariement Insee-Cnam-DGFiP) mobilisées dans les études des parties 1 et 2 de ce rapport, ainsi que pour son accompagnement dans l'utilisation de ces données.

Sur le plan scientifique, les analyses ont bénéficié des nombreuses remarques et suggestions du secrétariat général du Hcaam, de ses conseillers scientifiques, de la Drees, de la Direction de la Sécurité sociale (DSS), de la Cnam et des collègues de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). Nous remercions vivement toutes les personnes qui ont contribué à ce travail.

Toute erreur ou omission relève de notre seule responsabilité.

Sommaire

Remerciements.....	3
---------------------------	----------

Synthèse du rapport.....	7
---------------------------------	----------

Introduction générale.....	11
-----------------------------------	-----------

Partie 1

Hétérogénéité des pratiques de dépassements d'honoraires au sein d'une même spécialité

1.1. Quelle activité et quels revenus des médecins pratiquant les plus forts taux de dépassements d'honoraires ?.....	15
1.2. Effets d'âge et de génération.....	21
1.3. Conclusion.....	25

Partie 2

Revenus des spécialistes de secteur 2 : quelle part provient des dépassements d'honoraires ?

2.1. Poids des dépassements dans les revenus libéraux des spécialistes de secteur 2	29
2.2. Contribution des dépassements aux écarts de revenus libéraux entre les professionnels de santé de secteur 2 et de secteur 1.....	33
2.3. Contribution des dépassements à l'évolution du revenu d'activité moyen des spécialistes de secteur 2 entre 2005 et 2021.....	38
2.4. Conclusion.....	44

Partie 3

Le cumul des dépassements d'honoraires Une illustration sur quatre épisodes de soins

3.1. Montants et fréquences des dépassements lors des épisodes de soins en 2021	49
3.2. La situation des patients situés dans les communes les moins favorisées, non protégés par la Complémentaire santé solidaire	53
3.3. Dépassements d'honoraires : l'évolution de la situation entre 2005 et 2021, y compris pour les patients bénéficiant de la C2S.....	59
3.4. Conclusion.....	63

Partie 4

Comment les dépassements d'honoraires sont-ils distribués selon les patients ?

Une analyse sur 14 actes techniques fréquents

Champ : une sélection de 14 actes techniques fréquents.....	68
4.1. Analyses générales – France entière	71
4.2. Analyses territorialisées.....	78
4.3. Conclusion.....	84

Partie 5

Variabilité des tarifs et « tact et mesure » :

une analyse exploratoire sur 14 actes techniques

5.1. Combien de tarifs les médecins pratiquent-ils pour le même acte ?.....	90
5.2. Les médecins appliquent-ils des tarifs plus faibles aux patients des communes défavorisées ?.....	96
5.3. Conclusion.....	100

ANNEXES

Annexe 1 L'appariement Insee-Cnam-DGFIP, le revenu libéral et le revenu d'activité.....	105
Annexe 2 Résultats par spécialité des différents indicateurs déclinés selon le décile de taux de dépassements	106
Annexe 3 Taux moyens de dépassements par âge en 2005 et en 2021 pour les différentes spécialités	111
Annexe 4 Champ d'analyse retenu par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) dans ses études sur les revenus des médecins libéraux	117
Annexe 5 Contribution des dépassements d'honoraires aux écarts de revenus entre médecins de secteur 2 et de secteur 1	118
Annexe 6 Poids relatif des composantes d'une variable Y dans l'explication de Y ..	120
Annexe 7 Poids des dépassements d'honoraires dans les revenus (libéraux) sous l'hypothèse de taux de charge uniforme	121
Annexe 8 Du taux de croissance annuel moyen (TCAM) à la progression du revenu moyen entre 2005 et 2021.....	123
Annexe 9 Décomposition de l'évolution relative du revenu d'activité moyen entre 2005 et 2021	124
Annexe 10 Critères retenus pour la définition des épisodes de soins	126
Annexe 11 Dépassements d'honoraires parmi les habitants des communes les moins/les plus favorisées	127

Synthèse du rapport

Le rapport se compose de cinq parties correspondant à cinq études distinctes.

Partie 1 – Hétérogénéité des pratiques de dépassements d'honoraires au sein d'une même spécialité

Quelle est la dispersion du taux de dépassements d'honoraires entre les médecins libéraux de secteur 2 d'une même spécialité ? Les médecins ayant les plus forts taux de dépassements réalisent-ils autant d'actes que leurs confrères ? Font-ils face aux mêmes charges ? Perçoivent-ils en moyenne les mêmes tarifs opposables ? Finalement, comment se situent leurs revenus par rapport à ceux de leurs confrères ? Par ailleurs, existe-t-il des effets d'âge, de période et de génération dans la pratique des dépassements d'honoraires ? Plus particulièrement, comment évolue le taux moyen de dépassements avec l'âge du médecin ? Comment s'est modifié le profil de taux de dépassements par âge entre 2005 et 2021 ? Les évolutions constatées suggèrent-elles des comportements particuliers des nouvelles générations dans le niveau des dépassements pratiqués ? Pour répondre à ces différentes questions, les données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) sur les revenus des médecins issues de l'appariement Insee-Cnam-DGFiP (Institut national de la statistique et des études économiques – Caisse nationale de l'Assurance maladie – Direction générale des finances publiques), relatives aux années 2005 et 2021, ont été mobilisées.

Les analyses indiquent que, quelle que soit la spécialité, le nombre d'actes réalisés est plus faible chez les médecins appliquant les plus forts taux de dépassements. Pour de nombreuses spécialités, pratiquer des dépassements plus élevés permet d'avoir des revenus plus importants tout en réalisant moins d'actes. Pour d'autres spécialités, cela permet à tout le moins d'atténuer substantiellement l'effet sur les revenus d'une moindre activité. Les résultats montrent que pour chacune des spécialités, le taux moyen de dépassements augmente fortement avec l'âge du médecin. Pour certaines spécialités, le taux moyen de dépassements par âge a augmenté à tous les âges entre 2005 et 2021. Pour d'autres, il est resté identique. Enfin, pour d'autres encore, il a baissé à certains âges sur la même période. En tout état de cause, les évolutions constatées pour chacune des spécialités ne suggèrent toutefois pas de comportements particuliers des nouvelles générations dans le niveau des dépassements pratiqués.

Partie 2 – Revenu des spécialistes de secteur 2 : quelle part provient des dépassements d'honoraires ?

Pour les spécialistes de secteur 2, quelle est la part du revenu libéral issue des dépassements ? Comment cette part se décline-t-elle selon les spécialités, et selon que le médecin est adhérent ou non à l'Option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) ? Comment se situent en moyenne les revenus des spécialistes de secteur 2 par rapport à ceux de leurs confrères de secteur 1 ? Quelle est la contribution des dépassements aux écarts de revenus entre médecins de secteur 2 et de secteur 1 ? Pour chaque spécialité, quelle a été la contribution des dépassements aux variations de revenus d'activité des spécialistes de secteur 2 entre 2005 et 2021 ? Les données de la Drees sur les revenus des médecins de l'appariement Insee-Cnam-DGFiP relatives aux années 2005 et 2021 ont été à nouveau mobilisées pour répondre à ces questions. Des méthodes originales de décomposition des écarts de revenus ou d'évolution des revenus ont été mises en œuvre.

Les résultats des analyses font état de fortes disparités entre spécialités dans la part du revenu libéral issue des dépassements. Cette part varie aussi significativement selon que le médecin est adhérent ou non à l'Optam, les adhérents ayant des dépassements plus faibles que les non-adhérents, et donc une part moindre du revenu libéral issue des dépassements. Quelle que soit la spécialité analysée, la contribution des dépassements aux écarts de revenus entre médecins de secteur 2 et de secteur 1 est importante, toutes choses égales par ailleurs. Aussi, pour la grande majorité des spécialités, le revenu libéral moyen des médecins de secteur 2 est sensiblement plus élevé que celui des médecins de secteur 1. Néanmoins, pour certaines spécialités, les charges plus importantes, et parfois les volumes d'activité sensiblement plus faibles des médecins de secteur 2, gommant le surcroît de revenu libéral fourni par les dépassements. Pour certaines spécialités, ces effets l'emportent même, de telle sorte que les médecins de secteur 2 ont des revenus plus faibles que leurs confrères de secteur 1.

Quelle que soit la spécialité étudiée, l'augmentation des dépassements entre 2005 et 2021 a tiré à la hausse les revenus d'activité des médecins de secteur 2. Toutefois, pour certaines spécialités, compte tenu de l'évolution des charges à l'œuvre dans le même temps, cette hausse n'a pas suffi à assurer en moyenne une augmentation de leurs revenus d'activité entre 2005 et 2021.

Partie 3 – Le cumul des dépassements d'honoraires : une illustration sur quatre épisodes de soins

Quelle est l'exposition des patients aux dépassements d'honoraires, en fréquence et en montant, lorsqu'on raisonne non pas sur un acte isolé mais sur l'ensemble des soins réalisés lors d'un épisode de soins impliquant plusieurs professionnels de santé ? Comment cette exposition se décline-t-elle selon le secteur d'hospitalisation ? Selon les départements, à quels dépassements sont confrontés les patients des communes socialement défavorisées, non protégés par la Complémentaire santé solidaire (C2S) ? Pour éclairer cette question, quatre épisodes de soins ont été analysés à l'aide des données du Système national des données de santé (SNDS) pour l'année 2021 : l'accouchement par voie basse, la chirurgie du cristallin, la prothèse totale de hanche et la coloscopie. Ces quatre épisodes avaient déjà été étudiés pour l'année 2005 par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) dans son rapport de 2007 sur les dépassements d'honoraires (Aballea *et al.*, 2007). Cette étude permet donc aussi d'observer l'évolution de ces résultats seize ans plus tard.

L'analyse indique que selon l'épisode considéré, cinq à huit patients sur dix sont concernés par des dépassements d'honoraires. Ces derniers sont très fréquents pour les patients hospitalisés dans le secteur privé, mais ils sont également souvent observés en amont et en aval de l'hospitalisation pour les patients hospitalisés dans le secteur public. Les analyses territoriales montrent que dans un certain nombre de départements, les patients des communes défavorisées non protégés par la C2S sont confrontés à des dépassements fréquents et élevés. Enfin, la comparaison avec les résultats de 2005 fait apparaître, pour chacun des quatre épisodes de soins, une augmentation du montant moyen des dépassements cumulés sur l'ensemble de l'épisode de soins. Cette augmentation est majoritairement portée par une hausse du montant des dépassements, et non par une augmentation de la part de patients concernés par des dépassements d'honoraires.

Partie 4 – Comment les dépassements d'honoraires sont-ils distribués selon les patients ? Une analyse sur 14 actes techniques fréquents

Par quelles populations sont supportés les dépassements d'honoraires ? Dans la concentration plus ou moins marquée des dépassements selon le niveau social, quelle est

la part due aux effets de localisation des offreurs dans les départements les plus aisés ? Et quelle est la part due aux différences de recours des patients entre les différents segments d'offre (secteur 1 *versus* secteur 2) ? Pour répondre à ces questions, les tarifs pratiqués sur 14 actes techniques fréquents, et donnant lieu à des dépassements élevés, ont été analysés en mobilisant les données du SNDS relatives à l'année 2021. À défaut d'informations au niveau individuel sur la situation sociale du patient, celle-ci a été approchée au moyen d'un indice écologique – l'indice de déprivation – apprécié au niveau de la commune de résidence. Sur le plan méthodologique, une décomposition originale des indices de concentration des dépassements au sein des différentes catégories de patients a été mise en œuvre pour séparer les effets précités.

Les résultats montrent que l'exposition des patients aux dépassements est très variable selon les actes et que la concentration des dépassements chez les patients des communes les plus favorisées est plus ou moins importante selon les actes, et d'autant plus marquée que l'offre à tarif opposable est élevée. Enfin, si les patients les moins favorisés sont moins confrontés aux dépassements, c'est en premier lieu parce qu'ils résident dans des départements où existe une offre à tarif opposable suffisante, et moins parce qu'ils s'orientent mieux dans le système ou que les médecins ont des pratiques différentes à leur égard.

Partie 5 – Variabilité des tarifs et « tact et mesure » : une analyse exploratoire sur 14 actes techniques

Si la notion n'est pas précisément définie dans les textes juridiques, le « tact et mesure » peut renvoyer à l'idée d'une modulation à la baisse par le médecin du montant de son dépassement pour ses patients les plus défavorisés. Cette question est explorée à partir d'une sélection de 14 actes techniques (les mêmes que dans l'étude précédente). L'étude mobilise les données du SNDS et examine, pour cette sélection d'actes, si la prise en compte des situations des patients dans les tarifs semble ou non avérée. L'existence de plusieurs tarifs étant une condition nécessaire (mais non suffisante) à la prise en compte de la situation des patients, l'étude examine dans un premier temps le nombre de tarifs appliqués par les médecins de secteur 2 pour le même acte. Dans un deuxième temps, le champ d'analyse se restreint aux médecins ayant des patients présentant des caractéristiques sociales différentes, et vise à quantifier quelle fraction d'entre eux appliquent des tarifs plus faibles aux patients les plus défavorisés.

Les résultats indiquent que, sur le champ étudié, les médecins pratiquent fréquemment plusieurs tarifs pour le même acte. Mais, le cas échéant, parmi ces différents tarifs, l'un d'entre eux se distingue comme étant le plus fréquemment pratiqué par le praticien et, pour une très grande majorité de médecins, les pratiques tarifaires se concentrent autour de ce tarif habituel. S'agissant de la potentielle modulation des tarifs pour les patients les plus défavorisés, faute d'information individuelle sur la situation sociale des patients et leur niveau de revenu dans les données mobilisées, il n'est malheureusement pas possible de répondre à cette question de façon suffisamment précise. Mais il est possible de caractériser les communes de résidence des patients et de les hiérarchiser, en distinguant cinq catégories, depuis les communes les plus défavorisées jusqu'aux plus favorisées économiquement et socialement. Seuls 6 % des médecins concernés appliquent plus souvent aux patients des communes défavorisées des tarifs inférieurs au tarif le plus fréquent. Cette proportion paraît faible, mais compte tenu de l'indice écologique utilisé, les pratiques de modulation tarifaires en fonction du niveau social des patients sont a priori sous-estimées par l'approche mobilisée. Des travaux qualitatifs en cours permettront d'approfondir ces questions.

Introduction générale

Les dépassements d'honoraires sont aussi anciens que l'Assurance maladie, mais ils ont pris une acuité particulière à la suite de la convention de 1980 créant le secteur 2. Ces dernières décennies ont été jalonnées par un certain nombre de dispositifs de régulation visant à en freiner le développement : gel du secteur 2 en 1990, secteur optionnel/option de coordination élargie de 2004 à 2012, Contrat d'accès aux soins (CAS) de 2012 à 2016, Option pratique tarifaire maîtrisée¹ (Optam) depuis 2016 – le plus marquant ayant été le gel du secteur 2 de 1990.

D'un côté, les dépassements d'honoraires apportent aux professionnels des revenus plus élevés que ceux assurés par les tarifs conventionnels, sans augmenter la pression sur les financements publics. De l'autre côté, ils ont pu contribuer aux inégalités de répartition des médecins sur le territoire métropolitain (Aballea *et al.*, 2007) et conduire ces derniers à réduire leur activité, et donc la quantité totale de soins délivrés. S'agissant des assurés, les dépassements peuvent alourdir dans des proportions importantes les restes à charge, en particulier pour ceux dont la couverture ne prend pas en charge, ou faiblement, ces dépassements, et occasionner potentiellement du non-recours aux soins.

Ce rapport regroupe plusieurs travaux sur les dépassements d'honoraires réalisés par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), avec le soutien financier du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam). Il se compose de cinq parties correspondant à cinq études distinctes.

Les deux premières parties portent sur les pratiques des médecins et leurs revenus. La première s'intéresse à l'hétérogénéité des pratiques de dépassements d'honoraires entre les médecins d'une même spécialité, et aux effets d'âge et de génération dans ces pratiques. L'étude présentée en partie 2 porte, pour les médecins de secteur 2, sur la part des revenus issue des dépassements. Les deux parties suivantes examinent les impacts des dépassements sur les patients. L'étude présentée en partie 3 analyse, pour quatre épisodes de soins, les montants atteints par les dépassements lorsqu'ils se cumulent sur plusieurs actes et médecins au cours d'un épisode de soins. La partie 4 examine, pour une sélection de 14 actes techniques, par quelles populations sont supportés les dépassements, et comment l'étendue de l'offre de secteur 2 dans l'offre totale – variable selon les actes – affecte les profils des populations concernées. Enfin, la dernière partie consiste en une analyse exploratoire du « tact et mesure » sur le champ des 14 actes techniques étudiés en partie 4, et apporte un éclairage sur la prise en compte éventuelle des caractéristiques sociales des patients dans les pratiques tarifaires des médecins.

¹ L'Option pratique tarifaire maîtrisée (Optam), mise en place en 2017 pour remplacer le Contrat d'accès aux soins (CAS), est un dispositif conventionnel destiné aux médecins exerçant en secteur 2 (et à certains praticiens de secteur 1 autorisés à pratiquer des dépassements), visant à encadrer les dépassements d'honoraires afin d'améliorer l'accès financier aux soins. En adhérant à l'Optam, le médecin s'engage à limiter ses dépassements et à réaliser une part significative de ses actes au tarif opposable, en contrepartie d'une meilleure valorisation de ses actes et d'un remboursement plus avantageux pour ses patients. L'adhésion est volontaire, annuelle, et soumise à des critères d'éligibilité, notamment un volume minimal d'activité ; le non-respect des engagements peut entraîner une exclusion temporaire du dispositif. L'Optam a été renforcée par la convention médicale 2024-2029, avec des ajustements entrés en vigueur au 1^{er} janvier 2025.

PARTIE 1

Hétérogénéité des pratiques de dépassements d'honoraires au sein d'une même spécialité

Renaud Legal (Irdes)

Introduction

En théorie, plusieurs raisons – non exclusives – peuvent conduire les médecins de secteur 2 d'une même spécialité à appliquer des niveaux de dépassements d'honoraires différents d'un praticien à l'autre. Cette différence peut renvoyer à des prestations distinctes, qu'il s'agisse par exemple des durées de consultation, de l'expertise liée à l'expérience ou de la notoriété du médecin. Elle peut également résulter de contextes diversifiés, qu'il s'agisse par exemple de charges, de dispositions à payer différentes selon les patients ou d'environnements concurrentiels différents. Elle peut, enfin, traduire des préférences différentes des médecins, qu'il s'agisse d'objectifs de revenu-cible, d'arbitrages travail-loisir, ou d'appréciations du « tact et mesure ».

Cette partie est divisée en deux sections : la première vise à analyser l'hétérogénéité de l'ampleur des dépassements d'honoraires pratiqués à l'intérieur d'une même spécialité, ainsi que le lien entre niveaux de dépassements, d'activité et de revenu, et à examiner notamment si des taux de dépassements plus élevés sont associés à des revenus plus élevés. La seconde s'intéresse aux effets d'âge et de génération à l'intérieur de chaque spécialité. L'évolution des pratiques de dépassements au fil de la carrière est analysée pour chaque spécialité. Les « déformations » du profil des taux de dépassements moyens par âge entre 2005 et 2021 sont également examinées, avec une attention particulière aux comportements des dernières générations de médecins installés en secteur 2, afin d'observer si celles-ci se distinguent par des pratiques spécifiques en termes de dépassements d'honoraires.

Les analyses s'appuient sur les données de l'appariement Insee-Cnam-DGFIP (Institut national de la statistique et des études économiques – Caisse nationale de l'Assurance maladie – Direction générale des finances publiques) réalisé tous les trois ans par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) avec le concours de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) pour les travaux de la Drees sur les professionnels de santé. Il s'agit d'une source exhaustive de données associant, pour chaque médecin libéral, des données relatives à son activité – fournies par la Cnam – et des données relatives à ses différents types de revenus, issues de la déclaration d'imposition sur le revenu et fournies par la DGFIP. Cette source est présentée en détail en annexe 1.

1.1. Quelle activité et quels revenus des médecins pratiquant les plus forts taux de dépassements d'honoraires ?

1.1.1. Objectifs, source et champ

Cette section vise à analyser la façon dont sont liés niveaux de dépassements, d'activité et de revenu, et à examiner notamment si des taux de dépassements plus élevés sont associés à des revenus plus élevés. Formellement, le revenu libéral est lié au taux de charge, au volume d'activité (approché par le nombre total d'actes) et au taux de dépassements moyen par la relation suivante :

$$\text{Revenu} = (1 - \tau_{\text{charges}}) \cdot N_{\text{actes}} \cdot \overline{TO} \cdot (1 + \text{Taux}_{\text{dépassements d'honoraires}})$$

Où τ_{charges} désigne le taux de charge (s'appliquant à l'ensemble des honoraires), N_{actes} le nombre total d'actes réalisés (somme des actes techniques et actes cliniques), \overline{TO} le tarif opposable moyen des actes réalisés¹ et $\text{Taux}_{\text{dépassements d'honoraires}}$ le taux de dépassements moyen.

¹ Pour la simplicité de l'analyse, la prime Optam a été intégrée dans le calcul du tarif opposable moyen des médecins de secteur 2 adhérent à l'Optam, ce qui a pour effet d'augmenter mécaniquement leur tarif opposable moyen.

Aussi, en théorie, un taux de dépassements plus élevé permet potentiellement de :

- gagner plus à activité donnée
- gagner autant, voire plus, en réalisant moins d'actes²
- maintenir un revenu en compensant des charges plus élevées, toutes choses égales par ailleurs

Finalement, la nature du lien entre taux de dépassements, niveau d'activité et revenu n'est pas évidente, ce qui justifie de l'étudier.

L'approche retenue consiste, pour chaque spécialité, à classer les médecins de secteur 2 en dixièmes en fonction de leur taux moyen de dépassements. Les médecins du premier dixième rassemblent ainsi les 10 % de médecins de secteur 2 de la spécialité avec les taux de dépassements moyens les plus faibles, jusqu'au dernier dixième qui rassemble ceux avec les taux de dépassements moyens les plus élevés. Ensuite, pour chacune des dix catégories (dixièmes) ainsi construites ont été calculés : le taux de dépassements moyen sur l'ensemble des médecins du dixième, le taux de charge moyen, le tarif opposable moyen, le nombre d'actes moyen et le revenu libéral moyen.

L'analyse porte uniquement sur les médecins de secteur 2, sans établir de distinction entre les médecins adhérant ou non à l'Option pratique tarifaire maîtrisée (Optam). Le champ d'analyse est celui retenu par la Drees dans ses analyses sur les revenus des médecins (Annexe 4), à ceci près que l'analyse est restreinte aux libéraux stricts. Les médecins ayant une activité mixte, c'est-à-dire une activité libérale et salariée – comme les praticiens hospitaliers à temps partiel ou à temps plein avec une activité privée à l'hôpital –, sont donc exclus du champ de l'analyse.

1.1.2. Selon le niveau de revenu des médecins ayant les taux de dépassements les plus élevés, deux groupes de spécialités se distinguent

Les résultats exhaustifs pour chacune des spécialités sont présentés en annexe 2. Ils font apparaître que, quelle que soit la spécialité analysée, le nombre d'actes réalisés est plus faible chez les médecins pratiquant les plus forts taux de dépassements. Sur ce point, les spécialités ne se distinguent pas entre elles. En revanche, au regard du niveau de revenu des médecins pratiquant de forts taux de dépassements, deux groupes de spécialités peuvent être distingués :

- Premier groupe : les spécialités pour lesquelles les médecins ayant les taux de dépassements les plus élevés sont aussi ceux ayant les revenus libéraux les plus importants.
- Deuxième groupe : les spécialités pour lesquelles les médecins pratiquant les dépassements les plus élevés ont des revenus identiques, voire plus faibles, que ceux pratiquant des taux de dépassements moins élevés.

Pour les médecins libéraux de secteur 2 appartenant au premier groupe de spécialités, des taux de dépassements plus élevés font plus que compenser la baisse du nombre d'actes réalisés. D'une certaine manière, pour ces spécialités, l'« effet prix » l'emporte sur l'« effet volume »³, de sorte que les médecins pratiquant les taux de dépassements les plus

² Cela ne signifie pas nécessairement moins d'heures pour autant, et peut représenter des heures aux intensités différentes.

³ L'« effet prix » désigne ici le surcroît de revenu dû à des tarifs plus élevés, à volumes inchangés : il est par construction positif. Au contraire, l'« effet volume » désigne ici la baisse de revenu due à des volumes plus faibles, à tarifs inchangés : il est par construction négatif. Finalement, les deux effets s'additionnent et le solde peut être positif ou négatif, selon que l'effet prix l'emporte ou non sur l'effet volume.

élevés sont aussi ceux dont les revenus libéraux sont les plus importants. Ce premier groupe est composé des spécialités suivantes : anesthésistes-réanimateurs, dermatologues, gastro-entérologues, ORL, pédiatres, pneumologues, psychiatres et radiologues.

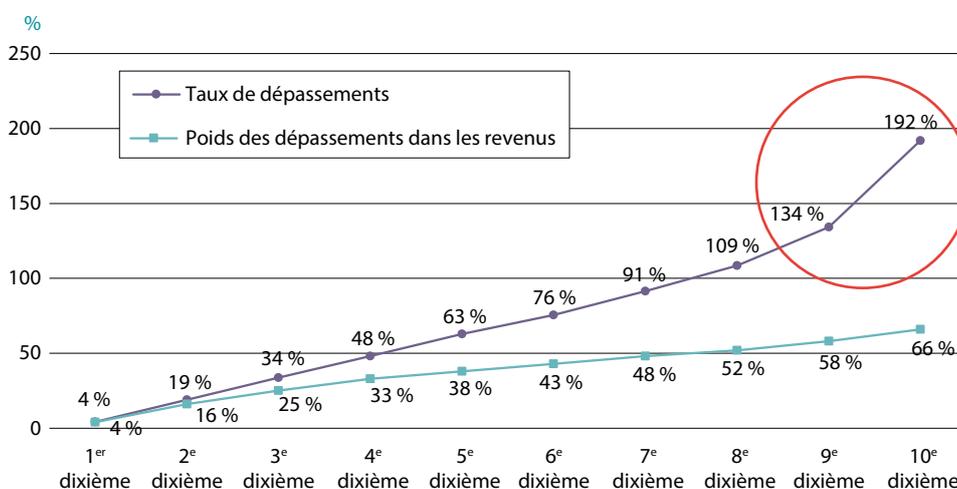
À l'inverse, pour les médecins libéraux de secteur 2 appartenant au deuxième groupe de spécialités, des taux de dépassements plus élevés ne compensent pas la baisse du nombre d'actes réalisés. D'une certaine manière, pour ces spécialités, l'« effet volume » l'emporte cette fois sur l'« effet prix », de sorte que les médecins ayant les taux de dépassements les plus élevés ont des revenus libéraux plus faibles que leurs confrères ayant des taux de dépassements plus faibles. Ce deuxième groupe est composé des spécialités suivantes : cardiologues, chirurgiens, ophtalmologues et rhumatologues.

1.1.3. Spécialité du premier groupe : l'exemple des psychiatres et neuropsychiatres

Pour illustrer les spécialités du premier groupe, considérons le cas des psychiatres et neuropsychiatres.

Les psychiatres et neuropsychiatres libéraux en secteur 2 des derniers dixièmes ont des taux de dépassements élevés : 134 % en moyenne pour ceux du 9^e dixième et 192 % pour ceux du 10^e dixième (Graphique 1).

Graphique 1 Taux de dépassements moyen (%) par dixième de taux de dépassements – Psychiatres et neuropsychiatres



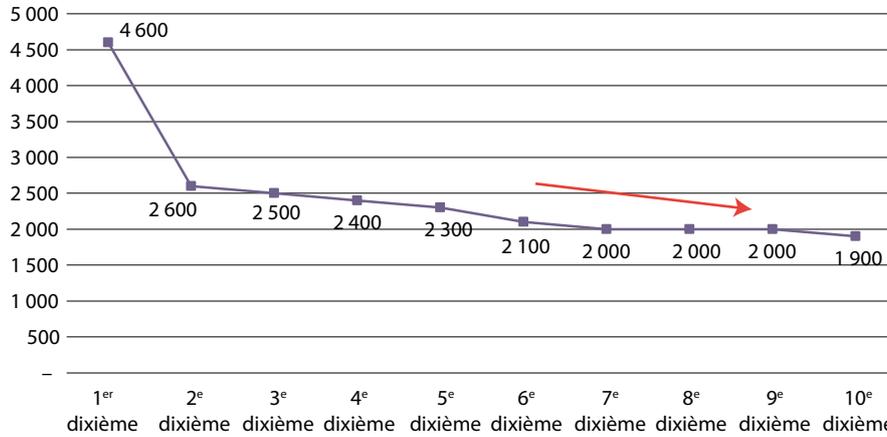
Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2, libéraux stricts uniquement, c'est-à-dire hors médecins ayant une activité mixte (libérale + salariée).

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Pour cette spécialité, comme pour les autres (Annexe 2), le nombre moyen d'actes (en l'occurrence de consultations) est plus faible à mesure que l'on considère des catégories de déciles aux taux de dépassements plus élevés. Ainsi, les médecins du 2^e dixième réalisent en moyenne 2 600 actes, et ce nombre baisse continûment pour atteindre 1 900 actes en moyenne pour les médecins du dernier dixième (Graphique 2).

Graphique 2 Nombre moyen d'actes par dixième de taux de dépassements – Psychiatres et neuropsychiatres

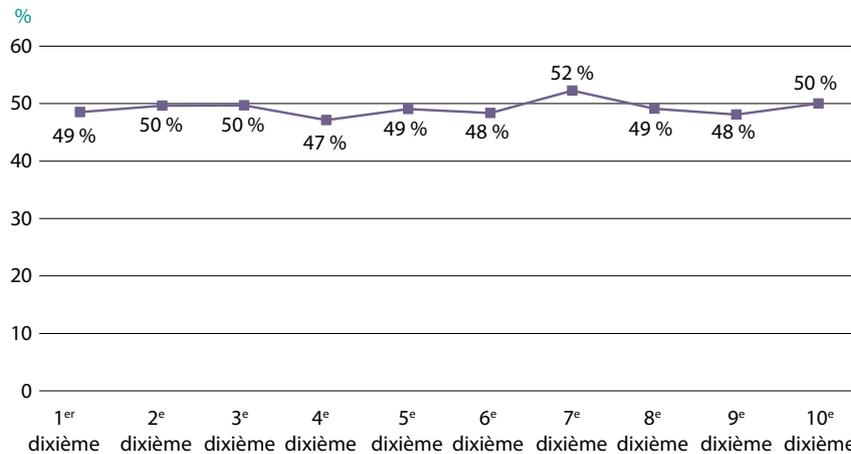


Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2, libéraux stricts uniquement, c'est-à-dire hors médecins ayant une activité mixte (libérale + salariée).

Le taux de charge moyen est sensiblement identique d'un décile à l'autre, autour de 50 % (Graphique 3).

Graphique 3 Taux de charge moyen (%) par dixième de taux de dépassements – Psychiatres et neuropsychiatres

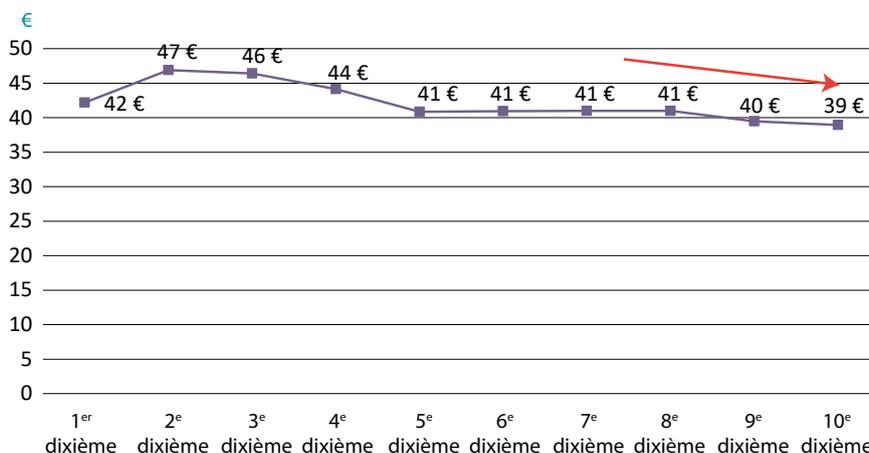


Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2, libéraux stricts uniquement, c'est-à-dire hors médecins ayant une activité mixte (libérale + salariée).

En revanche, le tarif de convention moyen baisse légèrement, à mesure qu'on l'élève dans l'échelle des déciles (Graphique 5), du fait notamment d'une proportion plus faible (voire nulle) de médecins adhérant à l'Optam dans les dixièmes élevés, et donc des tarifs conventionnels plus faibles également (Graphique 4).

Graphique 4 Tarif de convention moyen (€) par dixième de taux de dépassements – Psychiatres et neuropsychiatres

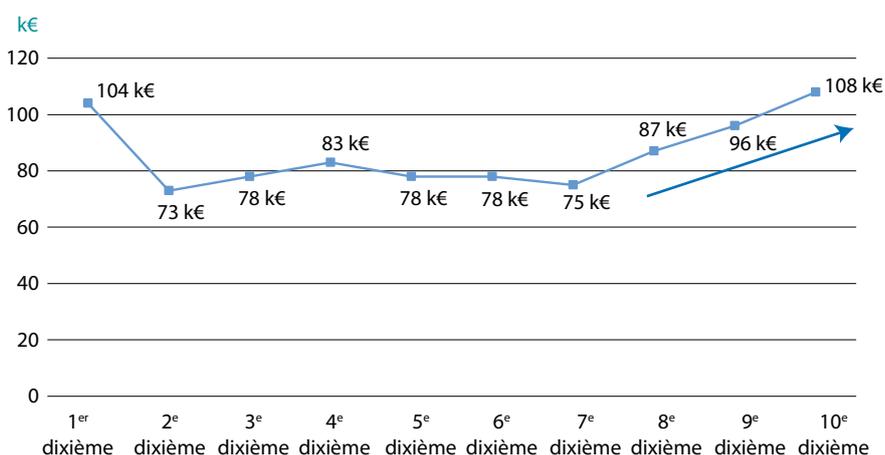


Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2, libéraux stricts uniquement, c'est-à-dire hors médecins ayant une activité mixte (libérale + salariée).

Pour cette spécialité, que l'on classe de fait dans le premier groupe de spécialités, le revenu libéral moyen (net de charges et avant impôts) progresse sensiblement avec le taux de dépassements pour les derniers déciles : il est de 75 000 euros pour les médecins du 7^e dixième, de 87 000 euros pour ceux du 8^e, 96 000 euros pour ceux du 9^e et 108 000 euros pour ceux du 10^e dixième (Graphique 5).

Graphique 5 Revenu libéral annuel moyen (k€) par dixième de taux de dépassements – Psychiatres et neuropsychiatres



Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2, libéraux stricts uniquement, c'est-à-dire hors médecins ayant une activité mixte (libérale + salariée).

1.1.4. Spécialité du deuxième groupe : l'exemple des ophtalmologues

Pour illustrer les spécialités du deuxième groupe, considérons le cas des ophtalmologues.

L'ensemble de leurs résultats sont consignés dans le tableau 1 ci-dessous.

Comme pour les psychiatres et neuropsychiatres, et plus généralement comme pour l'ensemble des spécialités (Annexe 2), le taux moyen de dépassements augmente (par construction) quand on s'élève dans les déciles, mais avec un décrochage marqué pour les médecins des 9^e et 10^e dixièmes (Tableau 1).

Le taux de charge est quant à lui sensiblement identique entre les différents déciles de médecins (Tableau 1), et le tarif de convention moyen baisse légèrement.

Pour cette spécialité, la baisse marquée du nombre moyen d'actes réalisés à mesure qu'on s'élève dans les derniers déciles est notable : ce nombre, par médecin et par an, est respectivement de 10 700, 8 900, 6 900 pour les 8^e, 9^e et 10^e dixièmes (Tableau 1).

Pour cette spécialité, que l'on classe de fait dans le deuxième groupe de spécialités, le revenu libéral moyen (net de charges et avant impôts) baisse sensiblement avec le taux de dépassements pour les derniers déciles : il est de 255 000 euros pour ceux du 8^e, 211 000 euros pour ceux du 9^e et 191 000 euros pour ceux du 10^e dixièmes (Tableau 1).

Tableau 1 Taux de dépassements, nombre d'actes, taux de charge, tarif de convention et revenu libéral annuel moyens par dixième de taux de dépassements – Ophtalmologues

	Taux de dépassements	Revenu libéral	Nombre d'actes	Taux de charge	Tarif de convention moyen
1 ^{er} dixième	14 %	181 k€	10 200	64 %	43 €
2 ^e dixième	26 %	233 k€	14 500	65 %	37 €
3 ^e dixième	33 %	220 k€	14 700	70 %	38 €
4 ^e dixième	40 %	224 k€	13 300	67 %	36 €
5 ^e dixième	47 %	224 k€	12 700	67 %	36 €
6 ^e dixième	54 %	230 k€	12 900	66 %	34 €
7 ^e dixième	63 %	229 k€	12 300	67 %	34 €
8 ^e dixième	75 %	255 k€	10 700	62 %	35 €
9 ^e dixième	92 %	211 k€	8 900	64 %	35 €
10 ^e dixième	140 %	191 k€	6 000	59 %	32 €

Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2, libéraux stricts uniquement, c'est-à-dire hors médecins ayant une activité mixte (libérale + salariée).

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

1.2. Effets d'âge et de génération

1.2.1. Objectifs, source et champ

Concernant l'analyse des effets d'âge, il convient d'examiner pour chaque spécialité comment les pratiques de dépassements évoluent au fil de la carrière d'un médecin, et donc de dresser les profils par âge des taux de dépassements pour chaque spécialité. Une fois ces profils dressés, l'analyse consiste à identifier si ces taux sont semblables entre toutes les spécialités.

Concernant l'analyse des effets de génération, il s'agit de regarder pour chacune des spécialités comment s'est « déformé » le profil des taux de dépassements moyens par âge entre 2005 et 2021, puis, quand le profil s'est effectivement modifié, de caractériser le type de modification. Une hausse (ou une baisse) des taux à tous âges, se traduisant par « translation » du profil des taux de dépassements par âge, indique plutôt des effets de période. Des déformations plus complexes (hausse du taux à certains âges, baisse à d'autres) sont plutôt le signe d'effets de génération. Enfin, l'analyse identifie s'il existe des comportements spécifiques en matière de dépassements d'honoraires pour les dernières générations de médecins installés.

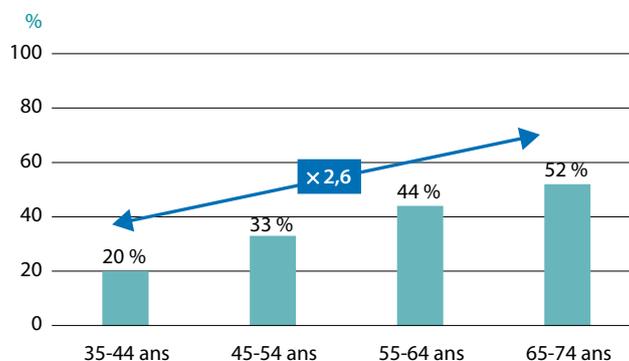
Les analyses mobilisent l'appariement Insee-Cnam-DGFiP 2021 produit par la Drees, relatif à l'année 2021. Elles portent uniquement sur les médecins de secteur 2, sans déclinaison selon qu'ils sont ou non adhérents à l'Optam. À noter que cette analyse porte sur un champ légèrement différent de la précédente : sont analysés ici les niveaux de dépassements d'honoraires de l'ensemble des libéraux de secteur 2, y compris ceux qui ont une activité mixte. Par ailleurs, tous les médecins de moins de 75 ans sont retenus dans l'analyse, et non uniquement ceux de moins de 70 ans. Enfin, pour être sur le même champ en 2005 et 2021, les chiffres relatifs à l'année 2021 ont été calculés en excluant les médecins exerçant dans les départements et régions d'outre-mer (Drom)⁴.

1.2.2. Pour chacune des spécialités, le taux moyen de dépassements augmente avec l'âge du médecin

Les résultats exhaustifs des taux moyens de dépassements par âge en 2005 et en 2021 pour chacune des spécialités sont détaillés dans l'annexe 3. Quelle que soit la spécialité et l'année considérée, ils font apparaître des profils de taux de dépassements croissants en fonction de l'âge.

À titre illustratif, le graphique 6 ci-dessous présente le profil du taux de dépassements moyen par âge des radiologues de secteur 2, en 2021. Le taux augmente régulièrement avec l'âge, si bien que le taux moyen de dépassements des radiologues de 65-75 ans est 2,6 fois plus élevé que celui des 35-45 ans : 52 % pour les premiers contre 20 % pour les derniers (Graphique 6).

⁴ En effet, l'appariement Insee-Cnam-DGFiP de 2005 n'incluait pas les médecins des Drom.

Graphique 6 Taux moyen de dépassements (%) des médecins de secteur 2 par âge en 2021 – Radiologues

Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2 uniquement.

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

1.2.3. Une progression du taux de dépassements d'honoraires moyen avec l'âge plus ou moins forte selon les spécialités

La progression du taux de dépassements d'honoraires moyen avec l'âge est plus ou moins forte selon les spécialités. Ainsi, le ratio entre le taux de dépassements des 65-75 ans et celui des 35-45 ans en 2021 varie de 1,4 pour les psychiatres, les ORL et les anesthésistes à 2,6 pour les radiologues, spécialité pour laquelle le ratio est le plus élevé (Tableau 2).

Tableau 2 Ratio entre le taux moyen de dépassements des 65-74 ans et celui des 35-44 ans des médecins de secteur 2

Spécialités	Ratio entre le taux moyen de dépassements des 65-74 ans et celui des 35-44 ans
Radiologues	2,6
Cardiologues	2,5
Gastro-entérologues	2
Pédiatres	1,8
Dermatologues	1,7
Gynécologues	1,7
Pneumologues	1,7
Rhumatologues	1,7
Stomatologues	1,6
Chirurgiens	1,5
Ophtalmologues	1,5
Anesthésistes	1,4
ORL	1,4
Psychiatres	1,4

Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2005- 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2 uniquement.

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

1.2.4. Évolution du profil par âge des taux de dépassements entre 2005 et 2021 : trois catégories de spécialités se distinguent

L'évolution du profil par âge des taux de dépassements entre 2005 et 2021 pour chaque spécialité (Annexe 3) permet de distinguer trois catégories de spécialités : celles pour lesquelles le taux de dépassements a augmenté entre 2005 et 2021 à tous les âges, celles pour lesquelles est constatée à chaque âge une relative stabilité de ce taux entre 2005 et 2021 et, enfin, celles pour lesquelles à certains âges (le cas échéant à tous les âges), est observée une baisse du taux de dépassements entre 2005 et 2021 (Tableau 3).

Tableau 3 Les trois catégories de spécialités au regard de la nature de l'évolution du profil des taux de dépassements par âge entre 2005 et 2021

Spécialités	Taux de dépassements moyen en 2005 (A)	Taux de dépassements moyen en 2021 (B)	Évolution (B)-(A)	Évolution du profil de taux de dépassements par âge
Anesthésistes-réanimateurs	48 %	50 %	+ 2 pp	Augmentation du taux de dépassements à tous les âges entre 2005 et 2021
Gastro-entérologues	28 %	33 %	+ 5 pp	
Psychiatres et neuropsychiatres	56 %	62 %	+ 6 pp	
Chirurgiens	48 %	56 %	+ 8 pp	
Radiologues	22 %	36 %	+ 14 pp	
Pédiatres	47 %	46 %	0 pp	À chaque âge, taux moyen de dépassements de 2005 semblable à celui de 2021
Oto-rhino-laryngologistes	43 %	43 %	0 pp	
Ophthalmologues	52 %	53 %	1 pp	
Rhumatologues	52 %	43 %	- 9 pp	Baisse du taux de dépassements à certains âges entre 2005 et 2021
Pneumologues	26 %	21 %	- 5 pp	
Gynécologues	60 %	55 %	- 5 pp	
Cardiologues	22 %	18 %	- 3 pp	
Dermatologues	54 %	55 %	0 pp	

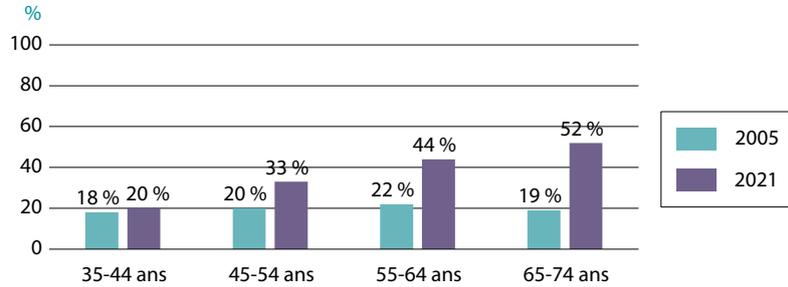
Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2 uniquement.

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Les radiologues peuvent illustrer une spécialité de la première catégorie. Le taux de dépassements moyen des radiologues de secteur 2 est en effet passé de 22 % en 2005 à 36 % en 2021, soit + 14 points de pourcentage d'augmentation du taux de dépassements en l'espace de seize ans (Tableau 3). Le taux de dépassements moyen a augmenté pour tous les âges, surtout aux âges les plus élevés (Graphique 7).

Graphique 7 Taux moyens de dépassements (%) des médecins de secteur 2 par âge en 2005 et en 2021 – Radiologues



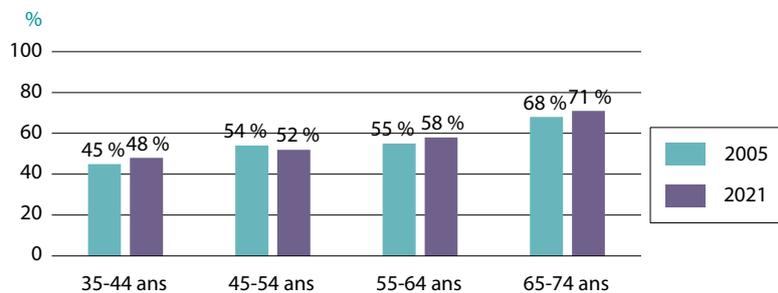
Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2 uniquement.

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Les ophtalmologues peuvent illustrer une spécialité de la seconde catégorie. Le taux de dépassements moyen des ophtalmologues de secteur 2 est en effet passé de 52 % en 2005 à 53 % en 2021 (Tableau 3). À noter que cela n'est pas incompatible avec des valeurs du taux moyen différentes à des dates intermédiaires entre 2005 et 2021. Cette stabilité du taux moyen tous âges confondus se retrouve à tous les âges (Graphique 8).

Graphique 8 Taux moyens de dépassements (%) des médecins de secteur 2 par âge en 2005 et en 2021 – Ophtalmologues



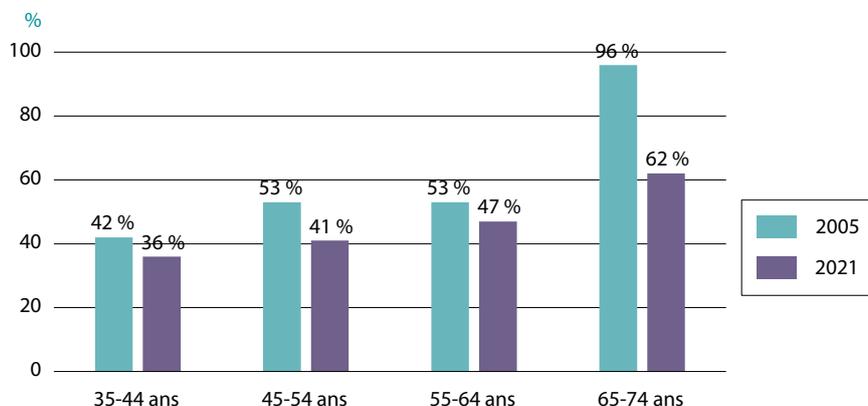
Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2 uniquement.

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Enfin, les rhumatologues peuvent illustrer une spécialité de la troisième catégorie. Le taux de dépassements moyen des rhumatologues de secteur 2 est en effet passé de 52 % en 2005 à 43 % en 2021, soit une baisse de 9 points de pourcentage du taux moyen de dépassements en l'espace de seize ans (Tableau 2). Cette baisse du taux moyen tous âges confondus est constatée à tous les âges, surtout les plus élevés (Graphique 9).

Graphique 9 Taux moyens de dépassements (%) des médecins de secteur 2 par âge en 2005 et en 2021 – Rhumatologues



Source : Appariement Insee-Cnam-DGFip 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2 uniquement.

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

1.2.5. Les résultats ne montrent pas de comportements spécifiques des nouvelles générations de médecins en matière de dépassements

Si la propension à choisir le secteur 2 lors de l'installation est plus importante chez les nouvelles générations, l'analyse systématique de l'évolution du profil des taux de dépassements par âge entre 2005 et 2021 pour chaque spécialité (Annexe 3) ne fait pas apparaître de comportements particuliers des nouvelles générations de médecins installés en secteur 2 en matière d'ampleur du taux de dépassements.

1.3. Conclusion

Notre analyse montre qu'il existe des traits communs à l'ensemble des spécialités. Les taux de dépassements présentent une forte hétérogénéité entre les médecins de secteur 2, avec des taux particulièrement élevés pour 10 à 20 % d'entre eux. On constate également des volumes d'activité plus faibles chez les médecins ayant les taux de dépassements les plus élevés. Quelle que soit la spécialité considérée, les dépassements d'honoraires permettent à tout le moins de compenser partiellement l'effet sur les revenus d'une moindre activité. Pour de nombreuses spécialités, les dépassements permettent d'obtenir des revenus plus élevés tout en réalisant moins d'actes.

En outre, quelle que soit la spécialité considérée, le taux de dépassements pratiqué augmente en moyenne avec l'âge, et donc l'expérience du médecin. Toutefois, cette augmentation est plus ou moins marquée selon les spécialités. S'agissant de l'évolution du profil par âge des taux de dépassements entre 2005 et 2021, trois catégories de spécialités se distinguent : celles pour lesquelles le taux de dépassements a augmenté entre 2005 et 2021 à tous les âges, celles pour lesquelles a été constatée à tous âges une relative stabilité du taux de dépassements entre 2005 et 2021 et, enfin, celles pour lesquelles, à certains âges, a été observée une baisse de ce taux entre 2005 et 2021. *A priori*, l'analyse de l'évolution du profil des taux de dépassements par âge entre 2005 et 2021 ne suggère pas de comportements particuliers des nouvelles générations de secteur 2 dans le niveau des dépassements pratiqués.

PARTIE 2

Revenus des spécialistes de secteur 2 : quelle part provient des dépassements d'honoraires ?

Renaud Legal (Irdes)

Introduction

Pour les spécialistes de secteur 2, quelle est la part du revenu libéral issue des dépassements ? Comment cette part se décline-t-elle selon les spécialités, et selon que le médecin est adhérent ou non à l'Option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) ? Comment se situent en moyenne les revenus des spécialistes de secteur 2 par rapport à ceux de leurs confrères de secteur 1 ? Quelle est la contribution des dépassements aux écarts de revenus entre médecins de secteur 2 et de secteur 1 ? Pour chaque spécialité, quelle a été la contribution des dépassements aux variations de revenus d'activité des spécialistes de secteur 2 entre 2005 et 2021 ?

Pour répondre à ces questions, les données de l'appariement Insee-Cnam-DGFIP (Institut national de la statistique et des études économiques – Caisse nationale de l'Assurance maladie – Direction générale des finances publiques) ont été mobilisées. Il s'agit d'un appariement réalisé tous les trois ans par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), avec le concours de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) pour les travaux de la Drees sur les professionnels de santé. Il s'agit d'une source exhaustive de données associant, pour chaque médecin libéral, des données relatives à son activité – fournies par la Cnam – et à ses différents types de revenus, issues de la déclaration d'imposition sur le revenu et fournies par la DGFIP. Cette source est présentée en détail en annexe 1.

Dans cette partie, les médecins ayant une activité mixte, c'est-à-dire une activité libérale et salariée, sont inclus dans le champ. Par conséquent, les revenus libéraux des spécialistes qui ont une activité mixte sont pris en compte dans les analyses des deux premières sections.

Cette partie comporte trois sections :

- La première vise à appréhender le poids des dépassements dans les revenus libéraux des médecins de secteur 2.
- La seconde s'intéresse à la contribution des dépassements aux écarts de revenus entre médecins de secteur 2 et de secteur 1.
- Enfin, la troisième section cherche à estimer la contribution des dépassements aux variations du revenu d'activité moyen des médecins de secteur 2 entre 2005 et 2021.

2.1. Poids des dépassements dans les revenus libéraux des spécialistes de secteur 2

2.1.1. Quelle approche du poids des dépassements dans les revenus libéraux ?

Le revenu libéral d'un médecin de secteur 2 est la somme de deux composantes : un revenu tiré des honoraires opposables et un revenu tiré des dépassements : $R_{lib} = R_{HO} + R_{DH}$, où R_{lib} désigne le revenu libéral, R_{HO} le revenu tiré des honoraires opposables et R_{DH} le revenu tiré des dépassements.

Estimer le poids des dépassements dans le revenu libéral revient à estimer le ratio $\frac{R_{DH}}{R_{lib}}$, ce qui suppose donc d'estimer le montant du revenu tiré des dépassements R_{DH} . Cela suppose d'estimer la fraction de l'ensemble des charges que l'on fait supporter aux dépassements.

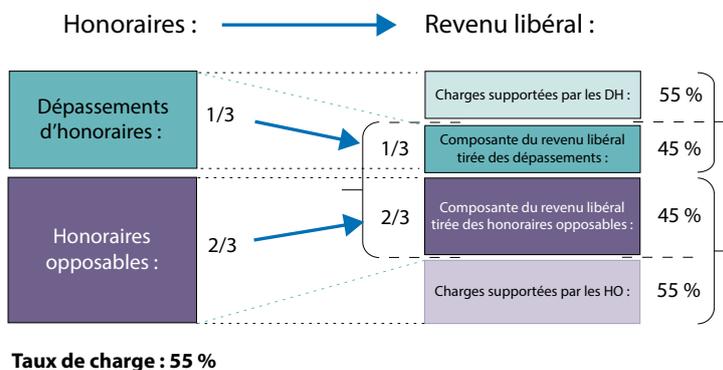
Dans cette étude, on suppose de manière conventionnelle que les dépassements supportent les charges au *prorata* de leur poids dans l'ensemble des honoraires. Cela revient à considérer un taux de charge uniforme qui s'applique à l'ensemble des honoraires, indépendamment de leur nature (honoraires opposables ou dépassements)¹.

On montre aisément (Annexe 7) que, sous cette hypothèse, la part du revenu libéral tirée des dépassements est tout simplement donnée par la part des dépassements dans l'ensemble des honoraires :

$$\text{Poids des dépassements dans le revenu libéral} = \frac{\text{Montant des dépassements}}{\text{Total des honoraires}}$$

L'intuition est donnée par le cas fictif illustré dans le schéma 1 ci-dessous. Dans cet exemple, on considère un médecin dont les dépassements représentent un tiers de l'ensemble des honoraires et dont les charges représentent 55 % des honoraires (partie gauche du schéma). Sous l'hypothèse d'un taux de charge uniforme, les charges viennent réduire homothétiquement chacune des deux composantes des honoraires (dépassements et honoraires opposables), si bien qu'*in fine*, dans cet exemple, le revenu libéral tiré des dépassements représente également un tiers de l'ensemble du revenu libéral du médecin (partie droite du schéma).

Schéma 1 Une illustration sur un cas fictif du poids des dépassements dans le revenu sous l'hypothèse d'un taux de charge uniforme



Source : Irdes.

¹ Cette hypothèse est évidemment contestable :
 – D'un côté, on pourrait considérer qu'une partie au moins des charges fixes est déjà absorbée par les honoraires sans dépassement, et que donc le taux de charge qui s'applique au supplément de chiffre d'affaires que constituent les dépassements est plus faible ; une hypothèse extrême pourrait même être qu'ils ne supportent que les charges variables, c'est-à-dire les cotisations sociales.
 – D'un autre côté, on peut soutenir à l'inverse que les dépassements permettent de financer des équipements supplémentaires et de renouveler le matériel plus rapidement, la question étant de savoir dans quelle proportion. Une hypothèse extrême, diamétralement opposée à la précédente, serait que tous ces honoraires supplémentaires sont réinvestis.
 En l'absence de données et d'analyses permettant de construire un modèle économique plausible, l'hypothèse qui paraît raisonnable est d'appliquer un taux de charge uniforme aux honoraires opposables et aux dépassements.

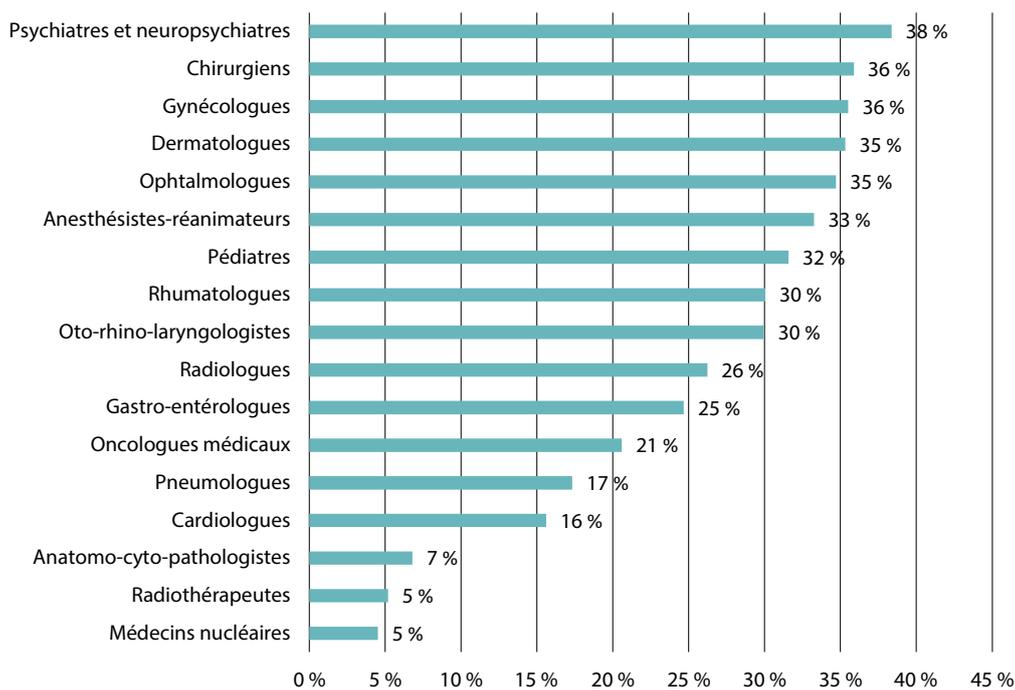
2.1.2. Les revenus tirés des dépassements représentent un poids du revenu libéral très variable selon les spécialités

Sous l'hypothèse où les dépassements supportent les charges au *pro rata* de leur poids dans l'ensemble des honoraires, chez les spécialistes de secteur 2, les revenus tirés des dépassements représentent un poids du revenu libéral très variable selon les spécialités (Graphique 1).

Ainsi, les dépassements représentent :

- près de 40 % du revenu libéral pour les psychiatres et neuropsychiatres
- près d'un tiers pour les chirurgiens, gynécologues, dermatologues, ophtalmologues, anesthésistes-réanimateurs, pédiatres, rhumatologues et radiologues
- un quart pour les radiologues et les gastro-entérologues
- 16 % pour les cardiologues
- 5 % pour les radiothérapeutes

Graphique 1 Poids des dépassements dans les revenus libéraux des médecins de secteur 2 en 2021 sous l'hypothèse d'un taux de charge uniforme

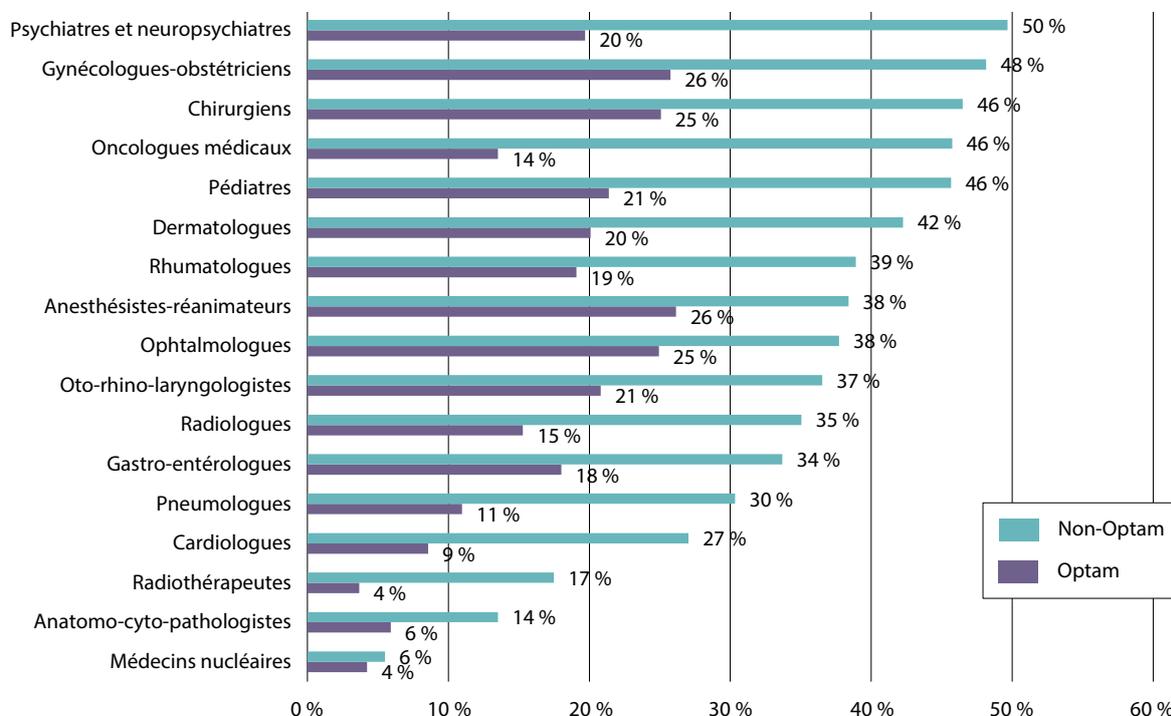


Source : Insee-DGFIP-Cnam 2021. Exploitations Irdes.

Champ : France métropolitaine et Drom, médecins conventionnés de secteur 2, âgés de 70 ans ou moins, installés avant 2021, ayant déclaré au moins 1 euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2021, hors remplacements. Les revenus ne sont calculés que pour les professionnels identifiés dans les fichiers fiscaux et ayant déclaré au moins 1 euro de revenu libéral ; les effectifs tiennent compte des professionnels non appariés avec les données fiscales.

Évidemment, les écarts sont marqués entre les médecins adhérents à l'Optam et les non-Optam, le poids des dépassements dans le revenu libéral étant sensiblement plus élevé pour les non-Optam, et ce, quelle que soit la spécialité (Graphique 2).

Graphique 2 Poids des dépassements dans les revenus libéraux des médecins de secteur 2 en 2021 sous l'hypothèse d'un taux de charge uniforme selon que les professionnels de santé sont adhérents ou non à l'Optam



Sources : Insee-DGFIP-Cnam 2021. Exploitations Irdes.

Champ : France métropolitaine et Drom, médecins conventionnés de secteur 2, âgés de 70 ans ou moins, installés avant 2021, ayant déclaré au moins 1 euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2021, hors remplacements. Les revenus ne sont calculés que pour les professionnels identifiés dans les fichiers fiscaux et ayant déclaré au moins 1 euro de revenu libéral ; les effectifs tiennent compte des professionnels non appariés avec les données fiscales.

Finalement, on résume les résultats des deux graphiques précédents dans le tableau de synthèse suivant :

Tableau 1 Synthèse des résultats relatifs au poids des dépassements dans les revenus libéraux des médecins de secteur 2

Spécialité	Poids des dépassements dans les revenus libéraux		
	Optam	Non-Optam	Ensemble des professionnels de santé
Psychiatres	20 %	50 %	38 %
Chirurgiens, gynécologues, dermatologues, ophtalmologues, anesthésistes, pédiatres, rhumatologues	15-25 %	40-50 %	30-36 %
Radiologues et les gastro-entérologues	15-18 %	35 %	25-26 %
Cardiologues	9 %	27 %	16 %
Radiothérapeutes	4 %	17 %	5 %

Source : Insee-DGFIP-Cnam 2021. Exploitations Irdes.

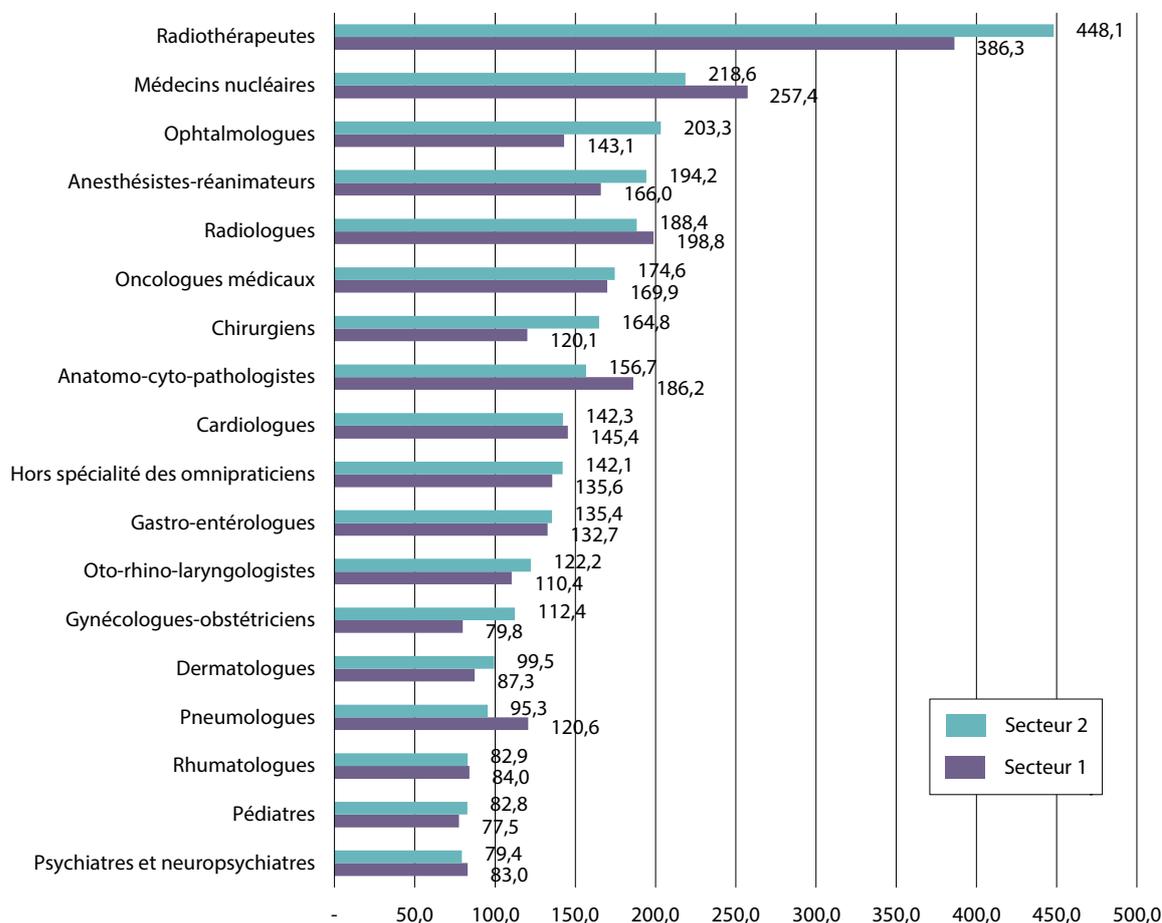
Champ : France métropolitaine et Drom, médecins conventionnés de secteur 2, âgés de 70 ans ou moins, installés avant 2021, ayant déclaré au moins 1 euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2021, hors remplacements. Les revenus ne sont calculés que pour les professionnels identifiés dans les fichiers fiscaux et ayant déclaré au moins 1 euro de revenu libéral ; les effectifs tiennent compte des professionnels non appariés avec les données fiscales.

2.2. Contribution des dépassements aux écarts de revenus libéraux entre les professionnels de santé de secteur 2 et de secteur 1

2.2.1. Des écarts du revenu libéral moyen entre les médecins de secteur 2 et de secteur 1 variables selon les spécialités

Les résultats de la Drees² font état d'écarts importants du revenu libéral annuel moyen entre les différentes spécialités (Graphique 3), mais aussi d'écarts parfois très substantiels entre les médecins de secteur 2 et de secteur 1 au sein d'une même spécialité, qu'il s'agisse de l'écart en niveau (Graphique 1), ou en écart relatif (Graphique 4).

Graphique 3 Revenu libéral annuel moyen des professionnels de santé (net de charge) selon la spécialité et le secteur d'exercice – en milliers d'euros



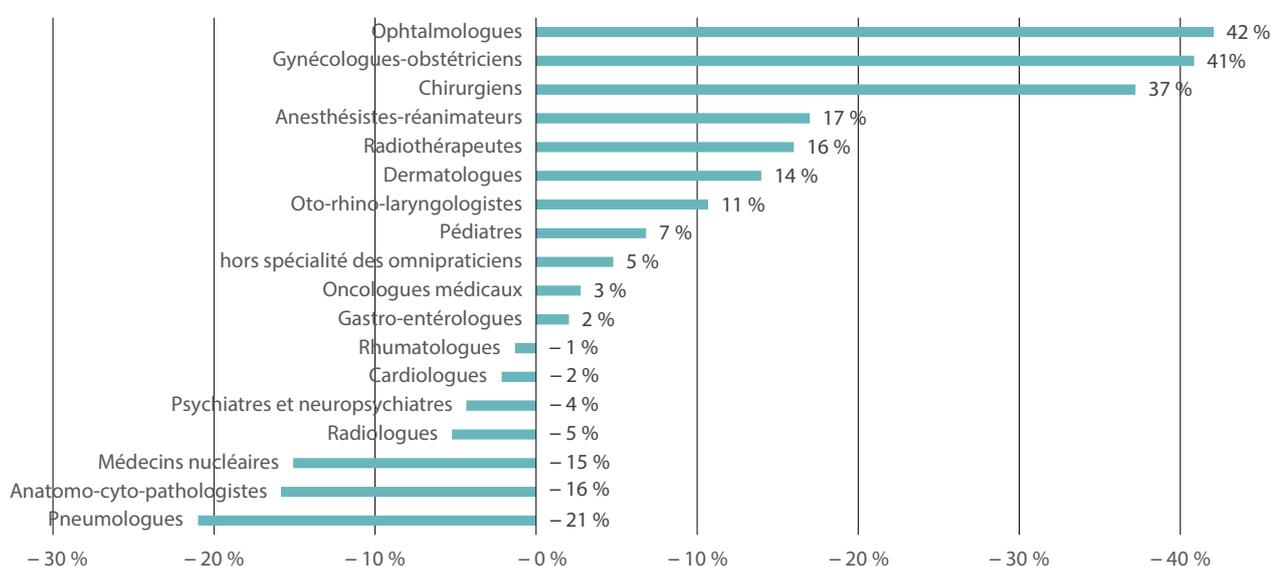
Sources : Insee-DGFIP-Cnam 2021. Exploitations Drees (revenus et activité mixte).

Champ : France métropolitaine et Drom, médecins conventionnés, âgés de 70 ans ou moins, installés avant 2021, ayant déclaré au moins 1 euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2021, hors remplacements. Les revenus ne sont calculés que pour les professionnels identifiés dans les fichiers fiscaux et ayant déclaré au moins 1 euro de revenu libéral ; les effectifs tiennent compte des professionnels non appariés avec les données fiscales.

² Voir C. Dixte, C. Loussouarn (2024) : « Revenu des médecins libéraux : une légère hausse entre 2017 et 2021, avec de fortes disparités selon la spécialité et l'ancienneté d'installation ». *Études et Résultats, Drees*, n° 1322 – décembre 2024.

Le revenu libéral des médecins de secteur 2 est jusqu'à 40 % plus élevé environ en moyenne que celui des médecins de secteur 1 pour les ophtalmologues, les gynécologues-obstétriciens ou les chirurgiens (Graphique 4). Pour quelques spécialités, l'écart joue en sens inverse. Cela résulte soit d'un moindre volume d'activité des médecins en secteur 2, soit d'un effet de composition générationnel (pour cette spécialité, le secteur 2 est récent, si bien que les médecins en secteur 2 sont beaucoup plus jeunes). Enfin, il existe un certain nombre de spécialités pour lesquelles les revenus sont sensiblement équivalents (à 5 % près). C'est le cas des oncologues médicaux, des gastro-entérologues, des rhumatologues, des cardiologues, des psychiatres et neuropsychiatres, et des radiologues (Graphique 4).

Graphique 4 Écart du revenu libéral moyen (net de charges) entre médecins de secteur 2 et secteur 1



Source : Insee-DGFiP-Cnam 2021. Exploitations Drees (revenus et activité mixte).

Champ : France métropolitaine et Drom, médecins conventionnés, âgés de 70 ans ou moins, installés avant 2021, ayant déclaré au moins 1 euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2021, hors remplacements. Les revenus ne sont calculés que pour les professionnels identifiés dans les fichiers fiscaux et ayant déclaré au moins 1 euro de revenu libéral ; les effectifs tiennent compte des professionnels non appariés avec les données fiscales.

2.2.2. Une décomposition pour estimer la contribution des dépassements à l'écart de revenu libéral moyen entre les médecins de secteur 2 et de secteur 1

Pour estimer la contribution des dépassements à l'écart de revenu libéral moyen entre les médecins de secteur 2 et de secteur 1, nous avons mis en œuvre une décomposition (additive) qui permet de distinguer quatre composantes additives dans l'écart, dont une due aux dépassements. La méthode utilisée est présentée de manière détaillée dans l'annexe 5. Elle permet de décomposer l'écart entre les quatre composantes (additives) suivantes :

- une composante liée à l'écart relatif entre les volumes d'activité (mesurés par le nombre total d'actes)
- une composante liée à l'écart relatif entre les tarifs opposables moyens³

³ Pour la simplicité de la décomposition, la prime Optam a été intégrée dans le calcul du tarif opposable moyen des médecins de secteur 2 adhérents à l'Optam, ce qui augmente mécaniquement leur tarif opposable moyen.

- une composante liée à l'écart relatif des taux de charge
- une composante liée aux dépassements

À noter que l'écart relatif de tarifs opposables moyens tient au fait que les tarifs des médecins de secteur 2 non adhérents à l'Optam sont plus faibles que ceux des médecins de secteur 1 ou de secteur 2 y ayant adhéré, ce qui conduit mécaniquement à des taux de croissance moyens plus faibles pour les médecins de secteur 2, à profil d'actes réalisés identiques entre les deux secteurs. L'écart peut aussi tenir à des différences de structures d'actes réalisés entre les médecins des deux secteurs, si bien qu'au bout du compte, le sens dans lequel joue cette composante n'est pas évident : celle-ci peut être positive ou négative selon les spécialités.

En revanche, si les taux de charge des médecins de secteur 2 sont supérieurs à ceux de secteur 1, la composante liée aux taux de charge sera toujours négative. La composante liée aux dépassements est, quant à elle, toujours positive par construction.

2.2.3. Les dépassements d'honoraires creusent l'écart du revenu libéral moyen entre médecins de secteur 2 et de secteur 1, avec une ampleur plus ou moins forte selon les spécialités

Le tableau 2 p. 37 présente les résultats de la décomposition pour les différentes spécialités.

Pour bien comprendre comment la décomposition opère, considérons le cas des ophtalmologues. Pour cette spécialité, le revenu libéral moyen des médecins du secteur 2 est 42 % plus élevé que celui des secteur 1.

Les résultats de la décomposition indiquent que :

- Les écarts de volumes d'activité (approchés par le nombre d'actes réalisés) sont à la faveur des secteur 2 et augmentent en moyenne de 6 % le revenu libéral moyen des médecins du secteur 2 par rapport à ceux du secteur 1, toutes choses égales par ailleurs.
- Les écarts de tarifs opposables moyens sont à la faveur des médecins du secteur 2 (ce qui signifie une activité davantage orientée vers les actes mieux cotés) et augmentent en moyenne de 7 % le revenu libéral moyen des secteur 2 par rapport à celui des secteur 1, toutes choses égales par ailleurs.
- Les écarts de taux de charge, plus élevés chez les médecins du secteur 2, baissent en revanche leur revenu libéral de 20 % par rapport à celui des secteur 1, toutes choses égales par ailleurs.
- Enfin, les dépassements d'honoraires augmentent leur revenu libéral moyen de 49 % par rapport aux médecins du secteur 1, toutes choses égales par ailleurs.

Finalement, ces quatre effets s'additionnent et la résultante est un revenu libéral moyen 42 % plus élevé chez les médecins du secteur 2 par rapport à ceux du secteur 1.

Le cas des ORL est également intéressant à examiner. Comparé à leurs confrères de secteur 1, les ORL de secteur 2 réalisent en moyenne moins d'actes (ce qui baisse leur revenu libéral de 12 % par rapport à celui des secteur 1, toutes choses égales par ailleurs), leurs tarifs de convention sont globalement identiques en moyenne, tandis que leurs charges sont plus élevées (ce qui baisse leur revenu libéral de 10 % par rapport à celui des secteur 1, toutes choses égales par ailleurs). Toutefois, leurs dépassements font plus que compenser ces effets

baissiers, si bien qu'au bout du compte, ils ont un revenu libéral moyen de 11 % plus élevé que celui des médecins du secteur 1 (Tableau 2).

Examinons, enfin, le cas des pneumologues. Par rapport à leurs confrères de secteur 1, les pneumologues de secteur 2 réalisent en moyenne moins d'actes (ce qui baisse leur revenu libéral de 23 % par rapport à celui des secteur 1, toutes choses égales par ailleurs), leurs tarifs de convention sont globalement identiques en moyenne, tandis que leurs charges sont plus élevées (ce qui baisse leur revenu libéral de 14 % par rapport à celui des secteur 1, toutes choses égales par ailleurs). Pour eux, en revanche, les dépassements ne suffisent pas à compenser les effets baissiers précédents, si bien que les pneumologues de secteur 2 ont finalement un revenu libéral moyen 21 % plus faible que celui des secteur 1 (Tableau 2).

De façon globale, pour l'ensemble des spécialités, on observe, comme attendu, que les charges des médecins du secteur 2 sont toujours plus élevées que celles des secteur 1, quelle que soit la spécialité. Par conséquent, les charges tirent systématiquement à la baisse l'écart de revenus entre les médecins du secteur 2 relativement à ceux du secteur 1.

Les dépassements d'honoraires tirent à la hausse l'écart entre secteur 2 et secteur 1, dans une ampleur toutefois très variable selon les spécialités. Pour les ophtalmologues, les gynécologues ou les chirurgiens, ils permettent toutes choses égales par ailleurs de majorer en moyenne de 50 % les revenus libéraux des médecins du secteur 2 par rapport au secteur 1. Inversement, pour certaines spécialités pour lesquelles les secteur 2 ont des faibles taux de dépassements, comme les radiothérapeutes, les médecins nucléaires ou les anatomo-cytopathologistes, les dépassements contribuent très peu à l'écart de revenus entre secteur 2 et secteur 1, de l'ordre de quelques points de pourcentage seulement.

2.2.4. Pour une spécialité donnée, des écarts de revenus entre secteur 2 et secteur 1 d'autant plus importants que les dépassements sont élevés

Les disparités sont marquées entre les spécialités en termes d'écart du revenu libéral moyen entre secteurs 2 et secteur 1, entre les ophtalmologues (en haut du tableau 2) pour lesquels les secteur 2 ont un revenu libéral 42 % plus élevé en moyenne que celui des secteurs 1, et les pneumologues (en bas du tableau 2), pour lesquels le revenu libéral des secteurs 2 est plus faible de 21 % en moyenne par rapport à celui des secteur 1.

À quoi tiennent ces disparités entre spécialités ? Mathématiquement, cela revient à expliquer la variance de l'écart pour les différentes spécialités à l'aide des différentes composantes de la décomposition. La mise en œuvre d'une méthode adaptée de décomposition de la variance présentée en annexe 6 montre le rôle prépondérant des dépassements d'honoraires dans la variance de cet écart entre les spécialités. En effet, celle-ci tient aux deux tiers à l'ampleur inégale des dépassements selon les spécialités, et à un quart seulement à des différences de volumes d'activité entre secteur 2 et secteur 1, variables selon les spécialités. Le rôle prépondérant des dépassements est confirmé par le lien statistique fort (R^2 de 0,6) entre la composante liée aux dépassements et la valeur de l'écart (Graphique 5).

Finalement, les spécialités pour lesquelles les écarts de revenus entre secteur 2 et secteur 1 sont les plus marqués sont celles pour lesquelles les dépassements sont les plus importants et les écarts de volumes d'activité avec le secteur 1 les plus faibles.

Tableau 2 Décomposition de l'écart du revenu libéral moyen entre secteur 2 et secteur 1 en 2021 entre les différentes composantes

Spécialités	Écart relatif de revenu libéral moyen entre secteur 2 et secteur 1	Décomposition de l'écart entre les composantes liées à...			
		Écart des volumes d'activité	Écart des tarifs opposables moyens	Écart de taux de charge	Dépassements
Ophthalmologues	+ 42 %	+ 6 %	+ 7 %	- 20 %	+ 49 %
Gynécologues	+ 41 %	- 7 %	+ 12 %	- 14 %	+ 50 %
Chirurgiens	+ 37 %	+ 31 %	- 24 %	- 19 %	+ 49 %
Anesthésistes-réanimateurs	+ 17 %	+ 11 %	- 10 %	- 23 %	+ 39 %
Radiothérapeutes	+ 16 %	+ 8 %	+ 13 %	- 11 %	+ 6 %
Dermatologues	+ 14 %	- 6 %	- 2 %	- 18 %	+ 40 %
ORL	+ 11 %	- 12 %	- 1 %	- 10 %	+ 33 %
Pédiatres	+ 7 %	- 8 %	- 1 %	- 17 %	+ 34 %
Gastro-entérologues	+ 2 %	- 3 %	+ 0 %	- 21 %	+ 25 %
Rhumatologues	- 1 %	- 13 %	- 4 %	- 14 %	+ 30 %
Cardiologues	- 2 %	- 7 %	+ 5 %	- 15 %	+ 15 %
Psychiatres et neuropsychiatres	- 4 %	- 28 %	+ 2 %	- 14 %	+ 37 %
Radiologues	- 5 %	+ 2 %	- 2 %	- 30 %	+ 25 %
Médecins nucléaires	- 15 %	+ 17 %	+ 0 %	- 36 %	+ 4 %
Anatomo-cyto-pathologistes	- 16 %	+ 15 %	- 7 %	- 30 %	+ 6 %
Pneumologues	- 21 %	- 23 %	+ 2 %	- 14 %	+ 14 %

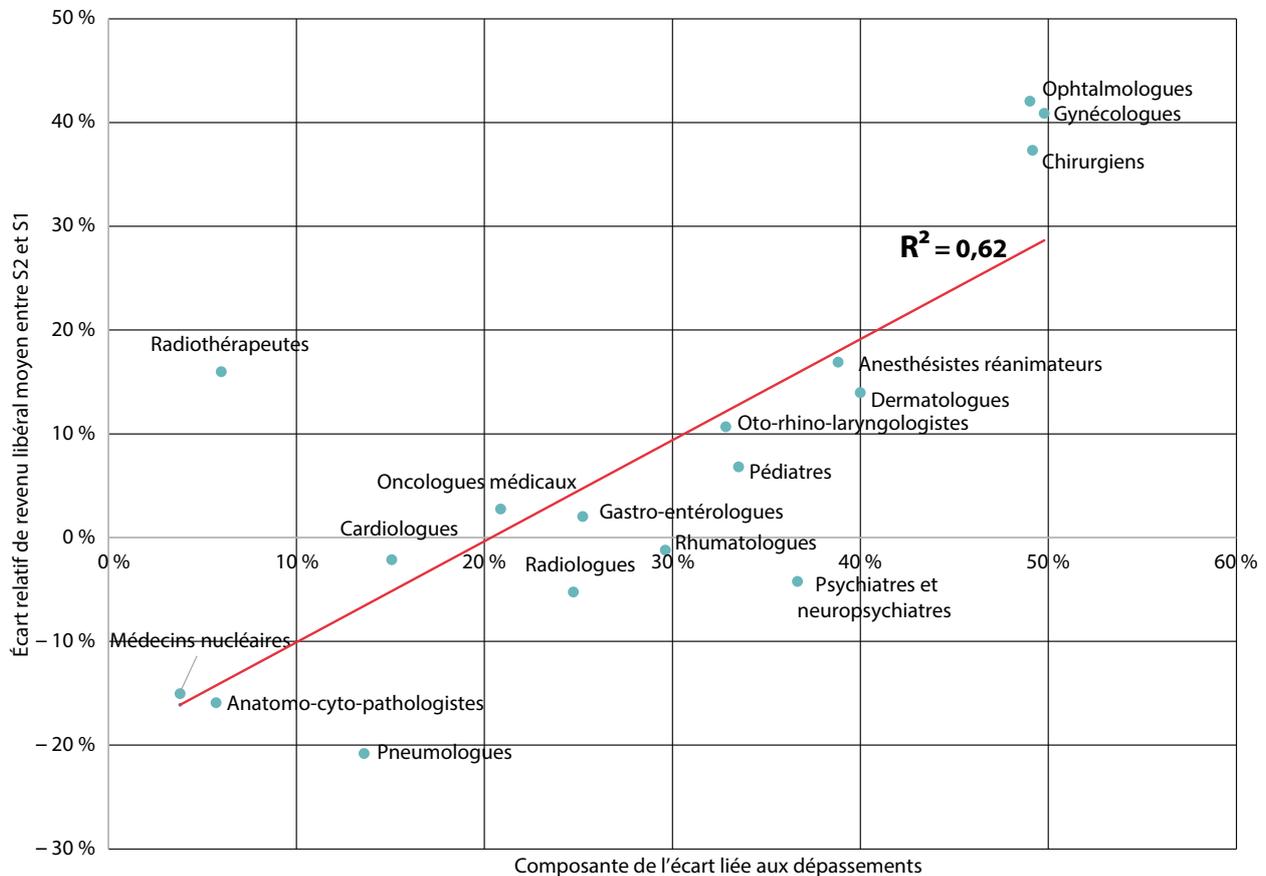
Source : Insee-DGFiP-Cnam 2021. Exploitations Irdes.

Champ : France métropolitaine et Drom, médecins conventionnés, âgés de 70 ans ou moins, installés avant 2021, ayant déclaré au moins 1 euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2021, hors remplacements. Les revenus ne sont calculés que pour les professionnels identifiés dans les fichiers fiscaux et ayant déclaré au moins 1 euro de revenu libéral ; les effectifs tiennent compte des professionnels non appariés avec les données fiscales.

Note : Dans ce tableau, les spécialités ont été ordonnées par ordre décroissant de la valeur de l'écart relatif de revenu libéral moyen entre secteur 2 et secteur 1 (2^e colonne).

Lecture : En 2021, les dépassements d'honoraires des ophtalmologues de secteur 2 ont majoré en moyenne et toutes choses égales par ailleurs leur revenu libéral de 49 % par rapport à celui de leurs confrères de secteur 1, leurs charges plus élevées l'ont minoré en moyenne de 20 %, leurs volumes d'activité (mesurés par le nombre d'actes) légèrement plus élevés, l'ont majoré de 6 %, leur tarifs opposables légèrement plus élevés (du fait d'une activité davantage orientée vers des actes plus cotés) les ont majorés de 7 % toutes choses égales par ailleurs. Finalement, sous l'addition de ces différents effets, en 2021, le revenu libéral des ophtalmologues libéraux de secteur 2 a été en moyenne 42 % plus élevé que celui des ophtalmologues de secteur 1.

Graphique 5 Lien entre l'écart relatif de revenu libéral moyen entre secteur 2 et secteur 1 de chaque spécialité et la composante de l'écart liée aux dépassements



Source : Insee-DGFiP-Cnam 2021. Exploitations Irdes.

Champ : France métropolitaine et Drom, médecins conventionnés, âgés de 70 ans ou moins, installés avant 2021, ayant déclaré au moins 1 euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2021, hors remplacements. Les revenus ne sont calculés que pour les professionnels identifiés dans les fichiers fiscaux et ayant déclaré au moins 1 euro de revenu libéral ; les effectifs tiennent compte des professionnels non appariés avec les données fiscales.

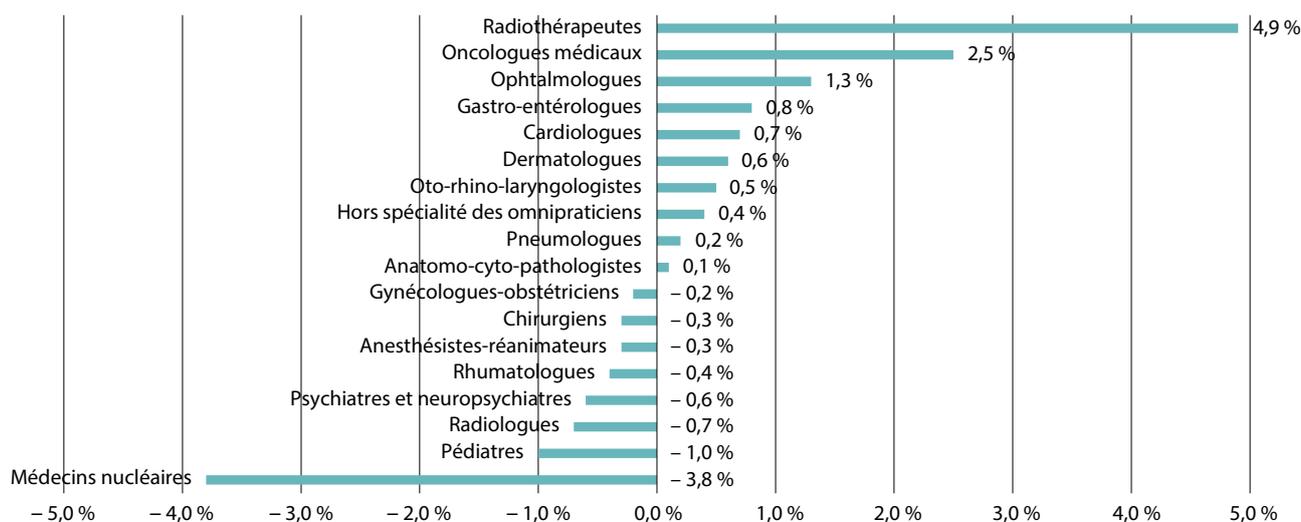
2.3. Contribution des dépassements à l'évolution du revenu d'activité moyen des spécialistes de secteur 2 entre 2005 et 2021

2.3.1. Une évolution du revenu d'activité moyen des médecins de secteur 2 très variable selon les spécialités

L'évolution en euros constants du revenu d'activité moyen entre 2005 et 2021 a été très disparate selon les spécialités. Le graphique 6 ci-dessous présente cette évolution, exprimée en taux de croissance annuel moyen (TCAM), pour les différentes spécialités. Avec un TCAM de 4,9 %/an sur la période, les radiothérapeutes sont ceux dont le revenu moyen a le plus augmenté entre 2005 et 2021. Inversement, le revenu moyen a baissé entre 2005 et 2021 pour certaines spécialités, qui ont donc un TCAM négatif sur la période. C'est le cas des gynécologues-obstétriciens, des chirurgiens, des anesthésistes-réanimateurs, des rhumatologues, des psychiatres et neuropsychiatres, des radiologues, des pédiatres et des médecins nucléaires. Notons cependant qu'il s'agit du revenu moyen des spécialistes en activité l'an-

née considérée. La baisse entre deux dates ne signifie pas une baisse de revenus au niveau individuel des présents en 2005 et 2021, mais tient à des effets de composition (c'est-à-dire à des profils de médecins différents en 2005 *versus* 2021), qui font l'objet de travaux en cours à la Drees.

Graphique 6 Taux de croissance annuel moyen du revenu d'activité des spécialistes de secteur 2 sur la période 2005-2021 (%)



Source : Insee-DGFiP-Cnam 2005 et 2021. Exploitations Drees (revenus et activité mixte).

Champ : France métropolitaine, médecins de secteur 2, âgés de 70 ans ou moins, installés avant 2021, ayant déclaré au moins 1 euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2021, hors remplacements. Les revenus ne sont calculés que pour les professionnels identifiés dans les fichiers fiscaux et ayant déclaré au moins 1 euro de revenu libéral ; les effectifs tiennent compte des professionnels non appariés avec les données fiscales.

2.3.2. Une décomposition pour estimer la contribution des dépassements à l'évolution du revenu d'activité moyen des médecins de secteur 2

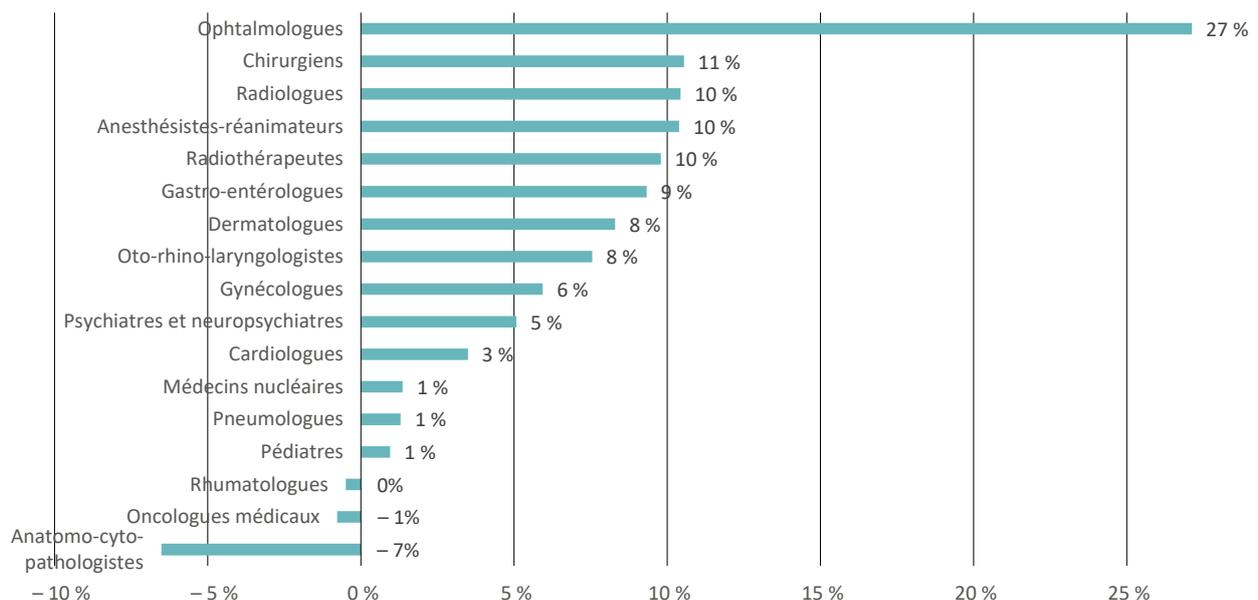
Pour estimer la contribution des dépassements aux évolutions du revenu d'activité moyen des spécialistes de secteur 2 entre 2005 et 2021, une décomposition (additive) permet de distinguer cinq composantes additives dans l'évolution, dont une composante due aux dépassements. La méthode mise en œuvre est présentée de manière détaillée dans l'annexe 9. Elle permet, pour chaque spécialité, de décomposer l'évolution du revenu d'activité moyen des spécialistes de secteur 2 entre 2005 et 2021 entre les cinq composantes (additives) suivantes :

- une composante liée à la variation du taux de charge entre 2005 et 2021
- une composante liée à la variation des honoraires opposables (en euros constants) entre 2005 et 2021
- une composante liée à la variation des dépassements d'honoraires (en euros constants) entre 2005 et 2021
- une composante liée à la variation du revenu salarié entre 2005 et 2021 (en euros constants)
- une dernière composante regroupant l'ensemble des effets croisés

2.3.3. Une hausse des dépassements qui tire à la hausse les revenus d'activité

L'évolution des dépassements (en euros constants) a eu un impact sur l'évolution du revenu d'activité moyen entre 2005 et 2021, d'une ampleur variable selon les spécialités (Graphique 7). Pour de nombreuses spécialités, l'évolution du revenu d'activité moyen entre 2005 et 2021 induite par la seule évolution du montant moyen des dépassements (et donc toutes choses égales par ailleurs) est de l'ordre de +10 points de pourcentage d'augmentation entre 2005 et 2021, en euros constants. C'est le cas des chirurgiens, des radiologues, des anesthésistes-réanimateurs, des radiothérapeutes, des gastro-entérologues, des dermatologues ou des ORL. Les ophtalmologues se distinguent avec une contribution des dépassements à l'évolution du revenu d'activité moyen, entre 2005 et 2021 en euros constants, de près de 30 points de pourcentage. Pour un certain nombre de spécialités, la contribution des dépassements à l'évolution du revenu d'activité est quasi nulle. C'est le cas des cardiologues, des médecins nucléaires, des pneumologues, des pédiatres, des rhumatologues et des oncologues médicaux. Enfin, les anatomo-cyto-pathologistes se distinguent des autres spécialités avec une contribution significativement négative (- 7 points de pourcentage toutes choses égales par ailleurs) des dépassements à l'évolution du revenu moyen d'activité.

Graphique 7 Évolution du revenu d'activité des spécialistes de secteur 2 entre 2005 et 2021 induite par l'évolution des dépassements d'honoraires (toutes choses égales par ailleurs)



Source : Appariement Cnam-DGFIP 2005 et 2021. Exploitations Irdes.

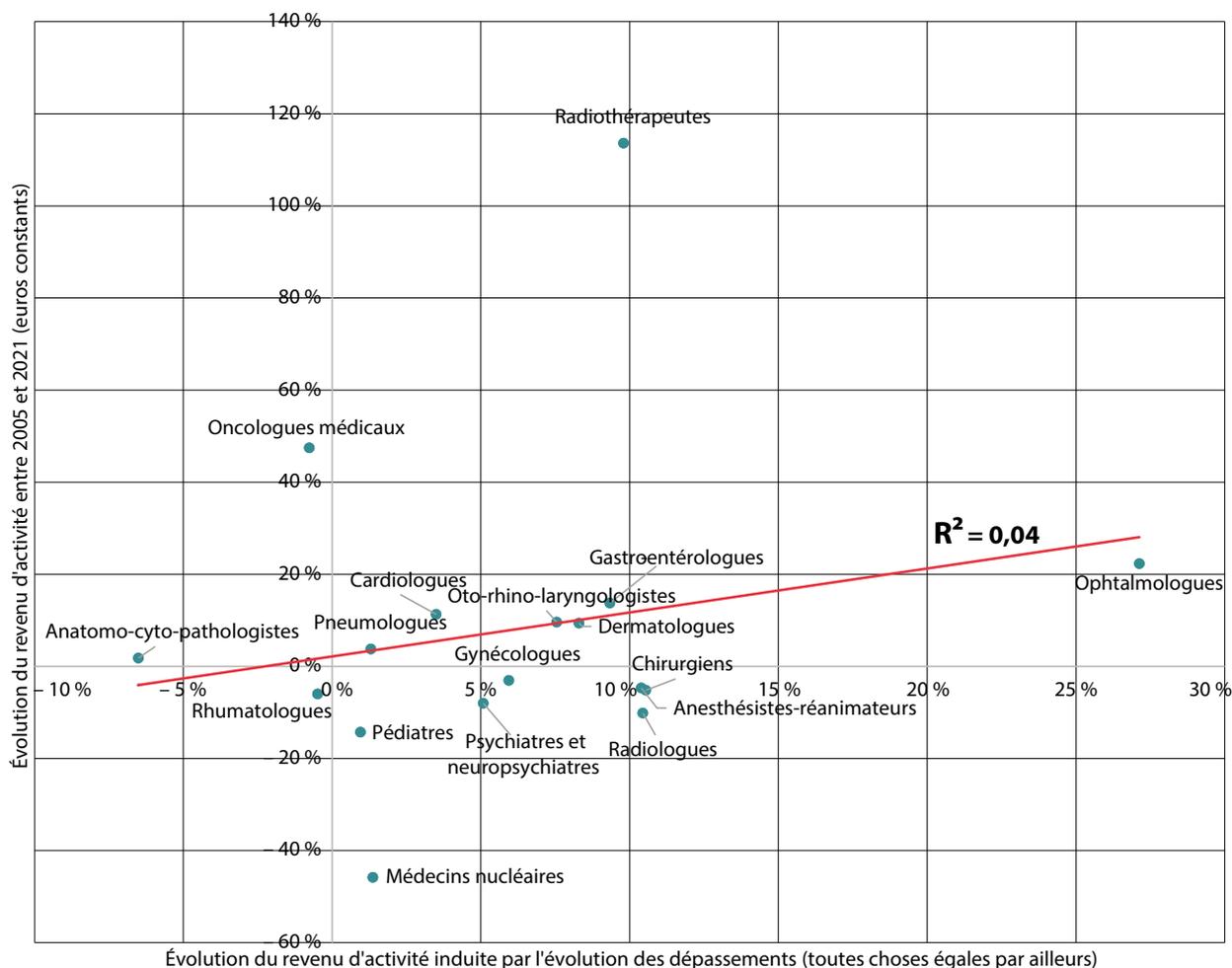
Champ : France métropolitaine, médecins conventionnés de secteur 2, âgés de 70 ans ou moins, installés avant 2021, ayant déclaré au moins 1 euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2021, hors remplacements. Les revenus ne sont calculés que pour les professionnels identifiés dans les fichiers fiscaux et ayant déclaré au moins 1 euro de revenu libéral ; les effectifs tiennent compte des professionnels non appariés avec les données fiscales.

2.3.4. ... mais qui ne suffit pas toujours à assurer une augmentation du revenu d'activité moyen entre 2005 et 2021

Si, pour de nombreuses spécialités, la progression des dépassements a, toutes choses égales par ailleurs, tiré à la hausse le revenu d'activité moyen entre 2005 et 2021 en euros constants (Graphique 7), cela ne signifie pas nécessairement que ce revenu a augmenté.

Par exemple, le revenu d'activité moyen des chirurgiens, des radiologues, des anesthésistes-réanimateurs, des psychiatres et neuropsychiatres a baissé en euros constants entre 2005 et 2021, alors que l'évolution des dépassements a eu une contribution positive à l'évolution du revenu d'activité entre ces deux dates (Graphique 8).

Graphique 8 Évolution du revenu d'activité des spécialistes de secteur 2 entre 2005 et 2021 induite par la seule évolution des dépassements (toutes chose égales par ailleurs) mise en regard de l'évolution du revenu d'activité dans son ensemble entre les deux dates



Source : Appariement Cnam-DGFIP 2005 et 2021. Exploitations Irdes.

Champ : France métropolitaine, médecins conventionnés de secteur 2, âgés de 70 ans ou moins, installés avant 2021, ayant déclaré au moins 1 euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2021, hors remplacements. Les revenus ne sont calculés que pour les professionnels identifiés dans les fichiers fiscaux et ayant déclaré au moins 1 euro de revenu libéral ; les effectifs tiennent compte des professionnels non appariés avec les données fiscales.

2.3.5. Pour certaines spécialités, l'augmentation des charges entre 2005 et 2021 l'a emporté sur l'augmentation des dépassements

Le tableau 3 présente les résultats détaillés de la décomposition pour chaque spécialité. Les spécialités y sont classées par ordre croissant de la valeur de la contribution des dépassements à l'évolution du revenu moyen d'activité entre 2005 et 2021, des anatomo-cyto-pathologistes (en haut du tableau) aux ophtalmologues (en bas du tableau).

Pour comprendre comment opère la décomposition, considérons le cas des psychiatres et neuropsychiatres. Pour cette spécialité, le montant moyen des dépassements par médecin de secteur 2 a augmenté en euros constants entre 2005 et 2021, contribuant à augmenter le revenu moyen d'activité de ces médecins de 5 points de pourcentage, toutes choses égales par ailleurs. Les honoraires opposables ont aussi augmenté, contribuant à accroître le revenu moyen d'activité de 3 points de pourcentage entre les deux dates, toutes choses égales par ailleurs. Mais ces effets haussiers n'ont pas suffi à compenser les effets baissiers sur le revenu induits par la baisse du revenu moyen d'activité⁴ et l'augmentation des charges sur la période⁵. Par conséquent, le revenu d'activité moyen des psychiatres et neuropsychiatres de secteur 2 est plus faible de 8 % (en euros constants) en 2021 par rapport à 2005.

La contribution de l'évolution des honoraires opposables (en euros constants) à l'évolution du revenu d'activité moyen entre 2005 et 2021 est toujours positive, quelle que soit la spécialité considérée. Pour une spécialité donnée, une augmentation du montant moyen des honoraires opposables en euros constants peut tenir à plusieurs facteurs éventuellement cumulables : une augmentation de l'activité, une orientation de l'activité vers des actes mieux rémunérés, l'apparition de nouveaux actes plus rémunérateurs, et une augmentation des tarifs conventionnels. L'effet haussier sur le revenu moyen d'activité de l'augmentation des honoraires opposables est toutefois d'ampleur très inégale selon les spécialités : nul pour les radiologues et très élevé pour les radiothérapeutes⁶.

La contribution de l'évolution des charges à l'évolution du revenu d'activité moyen entre 2005 et 2021 est toujours négative, quelle que soit la spécialité considérée. L'effet baissier sur le revenu moyen d'activité de l'augmentation des charges est toutefois d'ampleur très inégale selon les spécialités : de - 6 points de pourcentage environ pour les pneumologues ou les dermatologues, à 30 points pour les ophtalmologues, les radiothérapeutes ou les anatomo-cyto-pathologistes.

Pour les chirurgiens, les radiologues, les anesthésistes-réanimateurs et les psychiatres et neuropsychiatres, les résultats indiquent que l'augmentation des charges entre 2005 et 2021 l'a emporté sur l'augmentation des dépassements, si bien que pour ces spécialités, le revenu d'activité moyen a baissé sur cette période.

⁴ Cette baisse a entraîné une réduction de 7 points de pourcentage du revenu d'activité moyen des psychiatres et neuropsychiatres de secteur 2 entre 2005 et 2021, toutes choses égales par ailleurs.

⁵ Cette augmentation a entraîné une baisse de 10 points de pourcentage du revenu d'activité moyen des psychiatres et neuropsychiatres de secteur 2 entre 2005 et 2021, toutes choses égales par ailleurs.

⁶ Pour les radiothérapeutes de secteur 2, la progression de leurs honoraires opposables a entraîné une augmentation de + 210 points de pourcentage de leur revenu d'activité moyen entre 2005 et 2021, toutes choses égales par ailleurs.

Tableau 3 Décomposition de l'évolution du revenu d'activité moyen des spécialistes de secteur 2 entre 2005 et 2021 entre les différentes composantes

Spécialités	Évolution du revenu d'activité (en euros constants)	Décomposition				
		Salaire	Charges	Honoraires opposables	Dépassements d'honoraires	Effets croisés
Anatomo-cyto-pathologistes	+ 2 %	+ 4 %	- 30 %	+ 47 %	- 7 %	- 12 %
Rhumatologues	- 6 %	- 5 %	- 10 %	+ 10 %	+ 0 %	- 1 %
Pédiatres	- 14 %	- 6 %	- 12 %	+ 2 %	+ 1 %	+ 0 %
Pneumologues	+ 4 %	- 10 %	- 6 %	+ 21 %	+ 1 %	- 2 %
Médecins nucléaires	- 46 %	+ 0 %	+ 3 %	- 50 %	+ 1 %	- 1 %
Cardiologues	+ 11 %	- 3 %	- 15 %	+ 33 %	+ 3 %	- 6 %
Psychiatres et neuropsychiatres	- 8 %	- 7 %	- 10 %	+ 3 %	+ 5 %	- 1 %
Gynécologues	- 3 %	- 3 %	- 17 %	+ 16 %	+ 6 %	- 5 %
Oto-rhino-laryngologistes	+ 10 %	- 6 %	- 9 %	+ 18 %	+ 8 %	- 2 %
Dermatologues	+ 9 %	- 2 %	- 7 %	+ 16 %	+ 8 %	- 2 %
Gastro-entérologues	+ 14 %	- 3 %	- 9 %	+ 19 %	+ 9 %	- 3 %
Radiothérapeutes	+ 114 %	+ 4 %	- 31 %	+ 210 %	+ 10 %	- 78 %
Anesthésistes-réanimateurs	- 5 %	+ 0 %	- 26 %	+ 18 %	+ 10 %	- 8 %
Radiologues	- 10 %	- 1 %	- 18 %	+ 0 %	+ 10 %	- 2 %
Chirurgiens	- 5 %	- 4 %	- 18 %	+ 10 %	+ 11 %	- 4 %
Ophthalmologues	+ 22 %	+ 0 %	- 30 %	+ 49 %	+ 27 %	- 25 %

Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2005 et 2021. Exploitations Irdes.

Champ : France métropolitaine, médecins conventionnés de secteur 2, âgés de 70 ans ou moins, installés avant 2021, ayant déclaré au moins 1 euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2021, hors remplacements. Les revenus ne sont calculés que pour les professionnels identifiés dans les fichiers fiscaux et ayant déclaré au moins 1 euro de revenu libéral ; les effectifs tiennent compte des professionnels non appariés avec les données fiscales.

Note : Les spécialités ont été ordonnées par contribution croissante des dépassements d'honoraires à la progression du revenu d'activité (avant-dernière colonne).

Lecture : Entre 2005 et 2021, toutes choses égales par ailleurs et en euros constants, la hausse des dépassements d'honoraires et des honoraires opposables des ORL ont respectivement augmenté leur revenu d'activité de + 8 % et de + 18 % en moyenne. Inversement, la hausse de leurs charges et la diminution de leur éventuel revenu salarial ont respectivement baissé leur revenu d'activité de - 9 % et de - 6 % en moyenne. Finalement, sous l'addition de ces effets et de leurs interactions, le revenu d'activité moyen des ORL libéraux de secteur 2 a augmenté en moyenne de 10 % en euros constants entre 2005 et 2021.

2.3.6. L'évolution contrastée selon les spécialités du revenu d'activité moyen des médecins de secteur 2 s'explique avant tout par l'évolution contrastée des honoraires opposables entre ces deux dates

Comme nous l'avons vu, les disparités sont marquées entre les spécialités en termes d'évolution du revenu d'activité moyen entre 2005 et 2021.

À quoi tiennent ces disparités entre spécialités ? Mathématiquement, cela revient à expliquer la variance de l'évolution du revenu d'activité moyen pour les différentes spécialités à l'aide des différentes composantes de notre décomposition.

La mise en œuvre d'une méthode adaptée de décomposition de la variance présentée en annexe 6 (et déjà utilisée dans son principe dans la partie 1), montre le rôle prépondérant des honoraires opposables dans la variance entre les spécialités de cette évolution. En effet, la variance tient aux deux tiers à l'ampleur inégale des honoraires opposables selon les spécialités, et pour seulement 2 %, aux inégales évolutions des dépassements d'honoraires entre spécialités.

2.4. Conclusion

La part du revenu libéral issue des dépassements varie fortement entre les spécialités et selon que le médecin est adhérent ou non à l'Optam, les adhérents ayant des dépassements plus faibles que les non-adhérents, et donc une part moindre du revenu libéral issue des dépassements.

Quelle que soit la spécialité analysée, la contribution des dépassements aux écarts de revenus entre médecins de secteur 2 et de secteur 1 est importante, toutes choses égales par ailleurs. Aussi, pour la grande majorité des spécialités, le revenu libéral moyen des médecins de secteur 2 est sensiblement plus élevé que celui des médecins de secteur 1. Néanmoins, pour certaines spécialités, les charges plus importantes et parfois les volumes d'activité sensiblement plus faibles des médecins de secteur 2, gommant le surcroît de revenu libéral fourni par les dépassements. Pour certaines spécialités, ces effets l'emportent même, de telle sorte que les médecins de secteur 2 ont alors des revenus plus faibles que leurs confrères de secteur 1.

L'augmentation des dépassements entre 2005 et 2021 a tiré à la hausse les revenus d'activité des médecins de secteur 2, et ce pour chacune des spécialités étudiées. Toutefois, pour certaines d'entre elles, compte tenu de l'évolution des charges à l'œuvre dans le même temps, cette hausse n'a pas suffi à assurer en moyenne une augmentation de leur revenu d'activité entre 2005 et 2021.

PARTIE 3

Le cumul des dépassements d'honoraires Une illustration sur quatre épisodes de soins

Marie Bonal, Renaud Legal, Roseline Vincent (Irdes)

Introduction

Les dépassements d'honoraires peuvent dégrader l'accessibilité financière des soins des patients à qui ils peuvent être facturés, c'est-à-dire potentiellement l'ensemble des patients à l'exception des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S), pour lesquels les dépassements sont interdits. Ce risque peut être accentué pour les moins favorisés d'entre eux ou bien ceux dont le contrat de complémentaire santé ne couvre pas, ou que très partiellement, les dépassements d'honoraires.

Afin d'objectiver les montants que les dépassements d'honoraires peuvent représenter pour les patients, il est pertinent d'analyser leur cumul à l'échelle d'un épisode de soins dans son ensemble, plutôt que d'étudier les seuls dépassements sur des actes isolés. Un épisode de soins (EDS) implique plusieurs contacts avec des médecins différents autour d'un acte spécifique.

Cette approche à l'échelle de l'épisode de soins est celle qui a été retenue par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) dans son rapport, daté de 2007, consacré aux dépassements d'honoraires¹. L'analyse de l'Igas, qui porte sur des données de 2005, se concentre sur quatre épisodes de soins liés à quatre actes hospitaliers : l'accouchement, la chirurgie du cristallin, la prothèse totale de hanche et la coloscopie (la durée des épisodes variant de deux à quatre mois selon les actes). Ces actes hospitaliers présentent plusieurs avantages. D'une part, ils sont réalisés de manière courante et sont relativement simples et « standard », ce qui permet de limiter la dispersion des coûts pouvant résulter d'une trop forte hétérogénéité des prises en charge médicales. D'autre part, ils impliquent des spécialités médico-chirurgicales différentes avec des pratiques de dépassements d'honoraires plus ou moins répandues. Enfin, leur réalisation concerne les secteurs hospitaliers public et privé dans des proportions variables selon les actes.

Les résultats de l'étude menée par l'Igas indiquent que les dépassements d'honoraires sont prédominants dès lors que l'on s'intéresse à l'épisode de soins et non au seul acte hospitalier isolé. Ainsi, un accouchement sur deux, deux tiers des cataractes, et près de trois quarts des prothèses totales de hanche et des coloscopies sont, à l'échelle de l'épisode de soins, concernés par un ou plusieurs dépassements. La probabilité de payer un dépassement est directement liée à la nature du secteur hospitalier, public ou privé, dans lequel l'acte déclencheur de l'épisode de soins a été réalisé. Par exemple, pour la chirurgie de la hanche ou du cristallin, réalisée majoritairement dans le privé, les probabilités de dépassements au cours de l'épisode sont élevées.

Notre étude propose d'actualiser l'analyse de l'Igas, pour l'année 2021, afin de réinterroger le constat établi en 2005. Cette actualisation permet en outre de réaliser des analyses qui n'avaient pas été menées précédemment. Il s'agit notamment d'affiner les catégories d'hospitalisation en distinguant quatre grands types (secteur public « pur », activité libérale des praticiens hospitaliers, établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic) et secteur privé); de décliner les résultats selon trois périodes dans l'épisode de soins (amont de l'hospitalisation, hospitalisation elle-même, et aval de celle-ci) et selon les caractéristiques socio-économiques des patients²; enfin, dans une approche territorialisée, d'analyser les disparités géographiques d'exposition des patients les moins favorisés aux dépassements d'honoraires.

¹ Aballea P., Bartoli F., Esloüs L. et Yeni I. (2007). « Les dépassements d'honoraires médicaux », rapport Igas, avril.

² Approchées par l'indice écologique de déprivation calculé au niveau communal : voir *infra*.

L'étude s'organise en trois parties : la première présente la fréquence et les montants de dépassements en 2021 pour l'ensemble des patients non protégés par la C2S et sur l'ensemble du territoire ; la deuxième analyse pour 2021 la situation des patients qui, parmi ceux non protégés par la C2S, sont les moins favorisés socialement selon les territoires ; enfin, la dernière présente les évolutions entre 2005 et 2021.

ENCADRÉ 1

Une approche à partir de l'épisode de soins pour appréhender les cumuls de dépassements d'honoraires

Pour définir les épisodes de soins, notre étude retient les mêmes périodes que celles qui ont été délimitées par l'Igas, comme le montre le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 Périodes considérées pour la définition des épisodes de soins

	Périodes considérées pour un épisode de soins	
	Début	Fin
Acte principal		
Accouchement	120 jours avant le premier jour du mois de sortie	12 jours après le dernier jour du mois de sortie
Chirurgie du cristallin	1 mois avant l'acte hospitalier	1 mois après l'acte hospitalier
Prothèse totale de hanche	2 mois avant l'acte hospitalier	2 mois après l'acte hospitalier
Coloscopie	3 mois avant l'acte hospitalier	1 mois après l'acte hospitalier

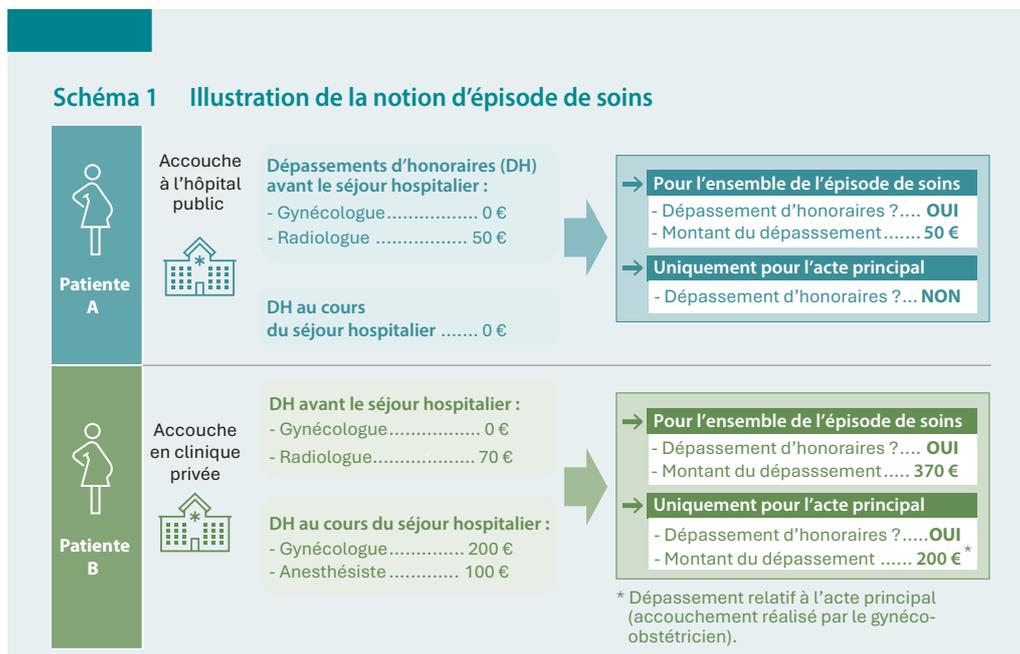
L'approche à partir de l'épisode de soins (EDS) est illustrée à partir de l'exemple de l'accouchement (Schéma 1).

La distinction public/privé est établie en fonction du lieu où a été effectué l'acte principal, c'est-à-dire, pour l'accouchement, le type d'établissement dans lequel la patiente a accouché.

Dans l'exemple développé dans le schéma 1 ci-après, la patiente A a accouché dans le secteur public. De fait, aucun dépassement ne lui a été compté sur son acte principal. En revanche, avant son accouchement, un dépassement de 50 € a été facturé pour une échographie par le radiologue en ville. Par conséquent, bien qu'ayant accouché à l'hôpital public, cette patiente a dû payer un dépassement à l'échelle de son EDS.

La patiente B a accouché dans une clinique privée. Comme la patiente A, en amont de son accouchement, un dépassement de 70 € lui a été facturé par le radiologue pour une échographie. En revanche, contrairement à la patiente A, deux dépassements lui ont été facturés lors de son séjour hospitalier : l'un de 200 € par le gynécologue-obstétricien, l'autre de 100 € par l'anesthésiste. Pour cette patiente, le cumul des dépassements à l'échelle de l'ensemble de l'épisode de soins atteint donc 370 €, dont 200 € au titre de l'acte principal (ici, l'accouchement réalisé par le gynéco-obstétricien).

Ainsi, deux lectures sont possibles concernant les dépassements : la vision extensive dans laquelle sont pris en compte tous les actes réalisés lors de l'épisode de soins, et la vision restrictive où l'on se limite à l'acte principal.



3.1. Montants et fréquences des dépassements lors des épisodes de soins en 2021

Les résultats de cette partie portent sur l'ensemble des patients à l'exception des patients bénéficiaires de la C2S, pour lesquels les dépassements sont interdits.

3.1.1. Selon l'épisode de soins considéré, 5 à 8 patients sur 10 sont concernés par des dépassements d'honoraires

En 2021, un peu plus d'un épisode de soins (EDS) sur deux associé à un accouchement donne lieu à des dépassements, et jusqu'à quatre cinquièmes des EDS associés à une prothèse totale de hanche (Tableau 2). En cas de dépassements, leur montant cumulé moyen sur tout l'EDS est de 160 euros pour une coloscopie et de 700 euros pour une prothèse totale de hanche (Tableau 2, colonne 3). Derrière ces moyennes se cachent de fortes dispersions des montants cumulés, qui peuvent par exemple atteindre des montants supérieurs à 1 410 euros dans 10 % des cas pour la prothèse totale de hanche (Tableau 2, dernière colonne).

Tableau 2 Part de patients concernés par des dépassements d'honoraires (DH) au cours de leur épisode de soins (EDS) et montants associés

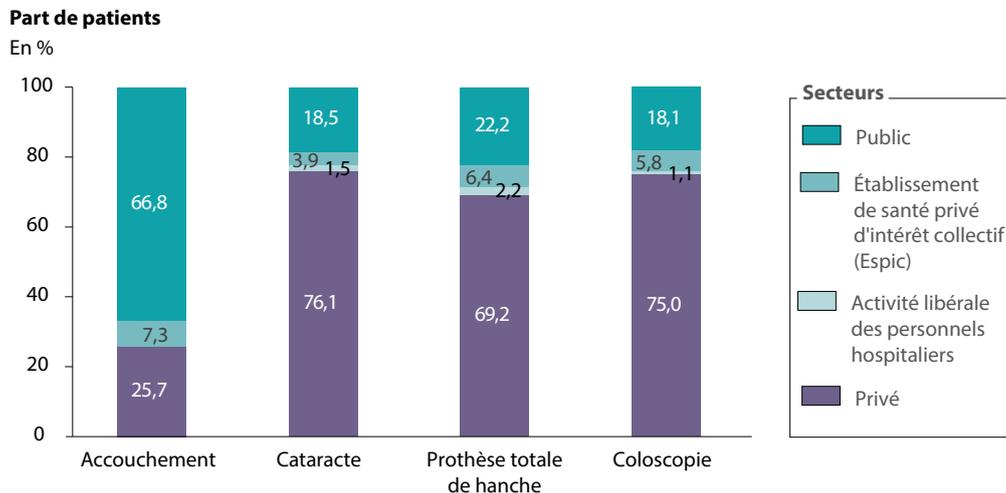
	Accouchement ³	Cataracte	Prothèse totale de hanche	Coloscopie
Nombre de patients	429 407	282 728	72 786	1 143 580
Dont patients C2S au moins une fois au cours de l'EDS	16,2 %	5,5 %	3,5 %	5,4 %
Hors patients C2S	83,8 %	94,5 %	96,5 %	94,6 %
% patients hors C2S avec DH lors de l'EDS	54 %	76 %	79 %	66 %
Montant cumulé des DH en cas de DH	Moyenne	300 €	280 €	700 €
	Premier décile	25 €	25 €	35 €
	Médiane	145 €	235 €	600 €
	Dernier décile	755 €	590 €	1 410 €

Source : SNDS 2021, traitements Irdes.

Champ, à partir de la 4^e ligne : Ensemble des patients, hors patients Complémentaire santé solidaire (C2S), c'est-à-dire hors patients ayant eu au moins un remboursement au titre de la C2S lors de l'épisode de soins. Pour les accouchements, ne sont pris en compte que les accouchements uniques, par voie basse et sans complications.

La plus faible probabilité de payer un dépassement pour l'EDS associé à un accouchement est à mettre en regard avec le faible poids du secteur privé, un quart seulement des accouchements ayant lieu dans des cliniques privées (Graphique 1).

Graphique 1 Répartition des patients selon le secteur d'hospitalisation



Source : SNDS 2021, traitements Irdes.

Champ : Ensemble des patients, hors patients Complémentaire santé solidaire (C2S), c'est-à-dire hors patients ayant eu au moins un remboursement au titre de la C2S lors de l'épisode de soins. Pour les accouchements, ne sont pris en compte que les accouchements uniques, par voie basse et sans complications.

Note : Un séjour à l'hôpital public est considéré comme relevant de l'activité libérale des praticiens hospitaliers (et classé dans la catégorie « Activité libérale des personnels hospitaliers ») si l'acte principal a été réalisé dans ce cadre.

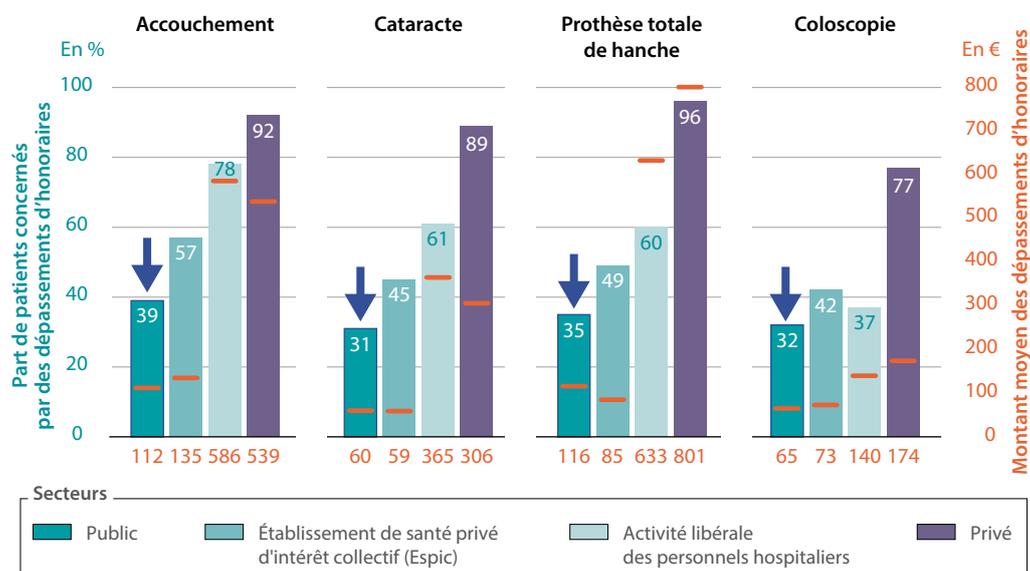
³ Pour l'accouchement, ne sont pris en compte que les accouchements uniques, par voie basse et sans complications.

3.1.2. Des dépassements très fréquents pour les patients hospitalisés dans le secteur privé, mais qui existent aussi en amont et en aval de l'hospitalisation pour les patients hospitalisés dans le secteur public

Les patients hospitalisés dans le secteur public (hors activité libérale des praticiens hospitaliers) ne peuvent pas payer de dépassements au cours de leur hospitalisation. En revanche, dans la mesure où les médecins des cliniques privées sont très majoritairement libéraux, un patient pris en charge par un médecin de secteur 2 dans ce type d'établissements pourra se voir facturer des dépassements d'honoraires. La part de patients confrontés à un dépassement au cours de leur EDS est donc par construction plus importante chez les patients hospitalisés dans le secteur privé : de l'ordre de 80 % pour l'EDS associé à une coloscopie, à 90 % et plus pour les trois autres EDS, contre 30 % à 40 % selon les EDS des patients hospitalisés dans le secteur public (Graphique 2).

Ces écarts de proportions entre secteurs public et privé s'accompagnent d'écarts sur les montants cumulés moyens des dépassements (sachant que dans le public, s'il y a dépassement, celui-ci ne peut intervenir qu'en amont ou en aval de l'hospitalisation). Selon les EDS, ces dépassements varient de 60 à 115 euros pour les patients hospitalisés dans le public, contre 175 à 800 euros pour ceux hospitalisés dans le privé (dans ce cas, les dépassements sont réalisés sur l'ensemble de l'EDS : amont de l'hospitalisation, hospitalisation et aval de l'hospitalisation) [Graphique 2].

Graphique 2 Part de patients concernés par des dépassements au cours de l'épisode de soins (amont/aval de l'hospitalisation et hospitalisation elle-même) et montant cumulé moyen des dépassements lorsqu'un dépassement ou plus ont été facturés



Source : SNDS 2021, traitements Irdes.

Champ : Ensemble des patients, hors patients Complémentaire santé solidaire (C2S), c'est-à-dire hors patients ayant eu au moins un remboursement au titre de la C2S lors de l'épisode de soins. Pour les accouchements, ne sont pris en compte que les accouchements uniques, par voie basse et sans complications.

Note : Un séjour à l'hôpital public est considéré comme relevant de l'activité libérale des praticiens hospitaliers (PH) [et classé dans la catégorie « Activité libérale des praticiens hospitaliers »] si l'acte principal a été réalisé dans ce cadre. De fait, pour les patients dont l'hospitalisation a eu lieu à l'hôpital public hors activité libérale des PH (catégorie « public »), les fréquences et montants de dépassements ne concernent que l'amont et l'aval de l'hospitalisation. Le séjour hospitalier à l'hôpital public (hors activité libérale des PH) ne peut pas donner lieu à des dépassements d'honoraires.

Lecture : Le montant cumulé moyen des dépassements en cas de dépassements au cours de l'EDS figure sous chaque barre verticale, et le niveau de ce montant est représenté par un trait orange qui renvoie à l'échelle de droite (en euros) dans le graphique. La part de patients concernés par un ou plusieurs dépassements au cours de l'EDS figure au-dessus.

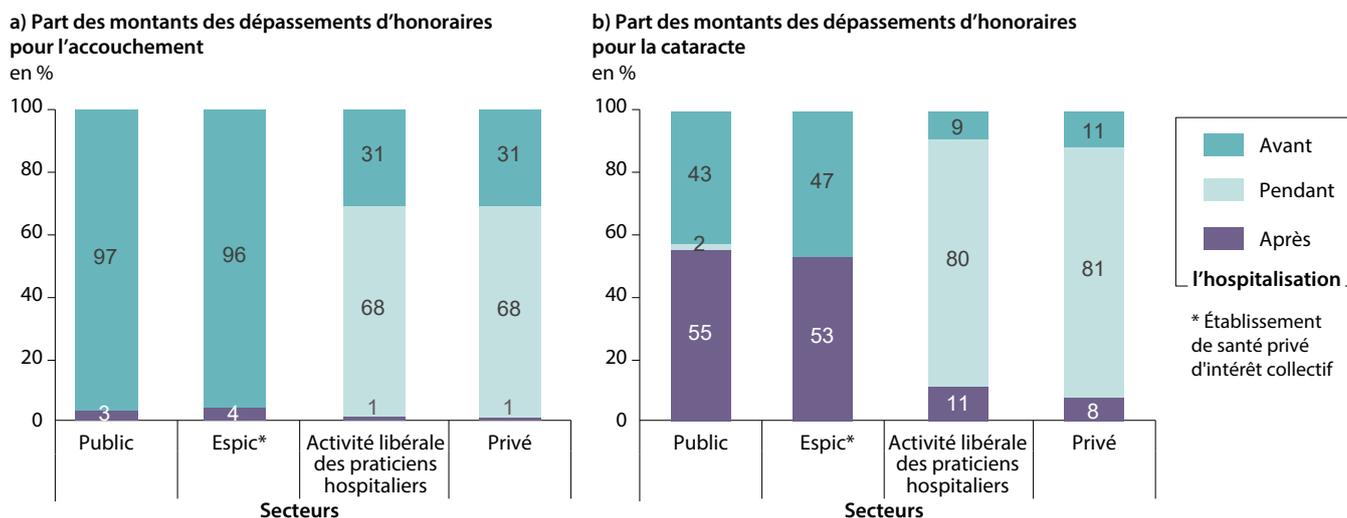
3.1.3. Quand un dépassement est pratiqué sur l'acte principal, il représente alors une part prédominante dans le montant cumulé de dépassements réalisés lors de l'épisode de soins

En cas d'hospitalisation dans le privé, la probabilité de payer un dépassement d'honoraires sur l'acte principal est élevée : 46 % pour l'accouchement, 71 % pour la cataracte, 87 % pour la prothèse totale de hanche et 34 % pour la coloscopie. *A contrario*, cette probabilité est, de fait, nulle dans le public, sauf lorsque la prise en charge relève de l'activité libérale du praticien hospitalier. Dans ce cas, les dépassements sont, à l'exception de l'accouchement (51 %), moins fréquents qu'en clinique privée : 50 % pour la cataracte, 42 % pour la prothèse totale de hanche et 11 % pour la coloscopie. En revanche, leurs montants sont plus élevés qu'en clinique privée : 450 euros contre 425 euros pour l'accouchement, 350 euros contre 235 euros pour la cataracte, 745 euros contre 590 euros pour la prothèse totale de hanche et 210 euros contre 130 euros pour la coloscopie.

Toutefois, compte tenu de la faible part des actes principaux réalisés dans le public, qui relèvent de l'activité libérale, (0,4 % des accouchements, 6,2 % des cataractes, 7,2 % des prothèses totales de hanche et 4,5 % des coloscopies), il convient de nuancer ce constat. Ainsi, sur la totalité des hospitalisations réalisées dans le public, la fréquence des dépassements sur l'acte principal (due à l'activité libérale des praticiens hospitaliers) reste extrêmement faible et concerne 0,2 % des patients pour l'accouchement, 3,1 % pour la cataracte, 3,1 % pour la prothèse totale de hanche et 0,5 % pour la coloscopie.

Lorsqu'il y a possibilité de dépassements sur l'acte principal, c'est ce dernier qui « tire » le montant cumulé des dépassements sur l'ensemble de l'EDS et qui représente, au bout du compte, une part prépondérante du montant cumulé moyen (Graphique 3).

Graphique 3 Ventilation du montant cumulé moyen des dépassements au cours de l'épisode de soins (EDS) entre les soins avant, pendant et après l'hospitalisation



Source : SNDS 2021, traitements Irdes.

Champ : Ensemble des patients, hors patients Complémentaire santé solidaire (C2S), c'est-à-dire hors patients ayant eu au moins un remboursement au titre de la C2S lors de l'EDS. Pour les accouchements, ne sont pris en compte que les accouchements uniques, par voie basse et sans complications.

Note : Lorsque le séjour a été effectué à l'hôpital public mais que l'acte principal a été réalisé dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, l'épisode de soins (EDS) est classé dans la catégorie « Activité libérale des praticiens hospitaliers ». Dans le cas général où l'acte principal n'a pas été réalisé dans le cadre de l'activité libérale des PH, l'EDS est classé dans la catégorie « Public », ce qui n'empêche pas que d'autres actes réalisés au cours de l'hospitalisation, comme l'acte d'anesthésie par exemple, aient été réalisés dans le cadre de l'activité libérale. Cela explique, par exemple, pourquoi en moyenne, 2 % du montant cumulé moyen des dépassements à l'échelle de l'EDS de la catégorie « public » tiennent au séjour hospitalier pour la cataracte.

3.1.4. Un poids prépondérant des dépassements pratiqués par la spécialité principale et par l'anesthésiste

Comme attendu, les dépassements à l'échelle de l'EDS concernent majoritairement ceux pratiqués par les spécialistes intervenant sur l'acte principal, ainsi que par les anesthésistes (Graphique 4, p. 54).

3.2. La situation des patients situés dans les communes les moins favorisées, non protégés par la Complémentaire santé solidaire

Les résultats de cette partie ne tiennent pas compte des patients bénéficiaires de la C2S, pour lesquels les dépassements sont interdits.

3.2.1. Des dépassements d'honoraires plus rares et moins élevés pour les patients des communes les moins favorisées

Dans cette section et les suivantes, nous approchons le niveau social du patient à partir de l'indice de défavorisation calculé au niveau de sa commune de résidence. Il s'agit donc d'une approche écologique dans laquelle la situation sociale individuelle est évaluée à partir de la situation générale des habitants de la commune. Sur cette base, les patients sont répartis en cinq catégories, des moins favorisés aux plus favorisés, en fonction du niveau de l'indice de déprivation de leur commune (Encadré 2).

Les pratiques géographiques des patients (consultent-ils près de chez eux ou pas, selon quels critères ?) ne sont pas analysées ici, mais dans les travaux sur l'accessibilité géographique des soins spécialisés⁴.

ENCADRÉ 2

Comment ces catégories plus ou moins favorisées sont-elles calculées ?

Le Système national des données de santé (SNDS) ne contient pas de données sociales au niveau des patients, hormis l'information concernant l'affiliation éventuelle du patient à la Complémentaire santé solidaire (C2S). À défaut d'information au niveau individuel, nous approchons la situation sociale du patient au moyen de l'indice de déprivation, un indice écologique calculé au niveau de la commune de résidence. Cette approche permet, *in fine*, de classer les patients selon les conditions sociales des territoires dans lesquels ils vivent, et non en fonction de leurs caractéristiques personnelles.

Il s'agit d'un indice synthétique qui agrège quatre dimensions : le revenu par unité de consommation médian, la part des plus de 15 ans ayant au moins le baccalauréat, la part d'habitants en dessous du taux de pauvreté, et la part de chômeurs.

À partir de cet indice, les patients sont classés en cinq catégories (Figure 1) : des moins favorisés (qui appartiennent aux 20 % des habitants vivant dans les communes ayant l'indice de déprivation le plus bas), au plus favorisés (qui appartiennent aux 20 % des habitants vivant dans les communes ayant l'indice de déprivation le plus haut).

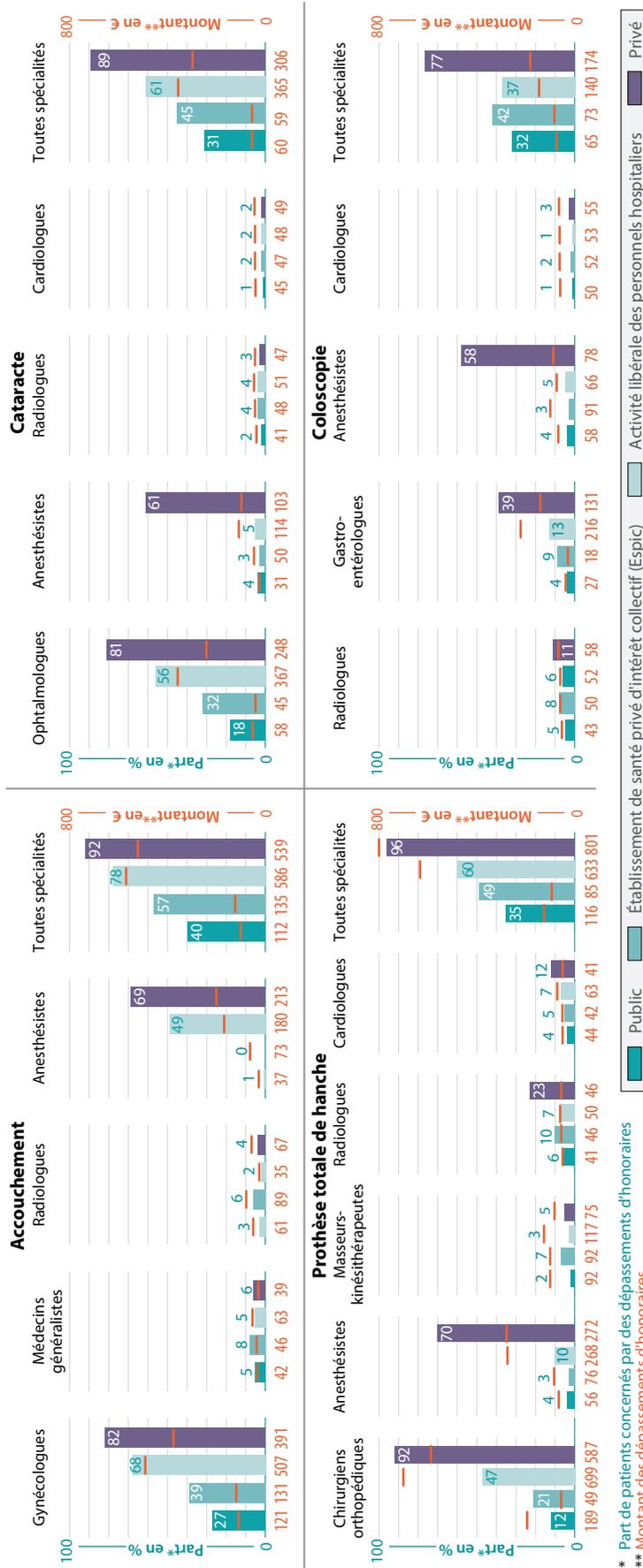
Tableau 3 Les cinq catégories de patients retenues dans l'étude

	Patients les moins favorisés			Patients les plus favorisés	
Catégorie de Patients	1	2	3	4	5
Quintile de FDEP	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5

Source : Irdes.

⁴ *Inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins spécialistes. Proposition d'indicateurs*, Lucas-Gabrielli et al., Rapport de l'Irdes, n° 597, 2025.

Graphique 4 Part de patients confrontés à des dépassements pour les principales spécialités intervenant lors de l'épisode de soins (EDS) et montants moyens associés



* Part de patients concernés par des dépassements d'honoraires

** Montant des dépassements d'honoraires

Source : SNDS 2021, traitements Irdes.

Champ : ensemble des patients, hors patients Complémentaire santé solidaire (C2S), c'est-à-dire hors patients ayant eu au moins un remboursement au titre de la C2S lors de l'épisode de soins (EDS).

Note : Seuls sont indiqués les chiffres relatifs aux principales spécialités intervenant durant l'EDS. Pour chaque EDS, les spécialités apparaissent de gauche à droite en fonction du montant total de dépassements d'honoraires décroissant.

De fait, pour les patients dont l'hospitalisation a eu lieu à l'hôpital public hors activité libérale des praticiens hospitaliers (PH) [catégorie « public »], les fréquences et montants de dépassements sur l'EDS ne concernent que l'amont et l'aval de l'hospitalisation. Le séjour hospitalier à l'hôpital public (hors activité libérale des PH) ne peut pas donner lieu à des dépassements d'honoraires.

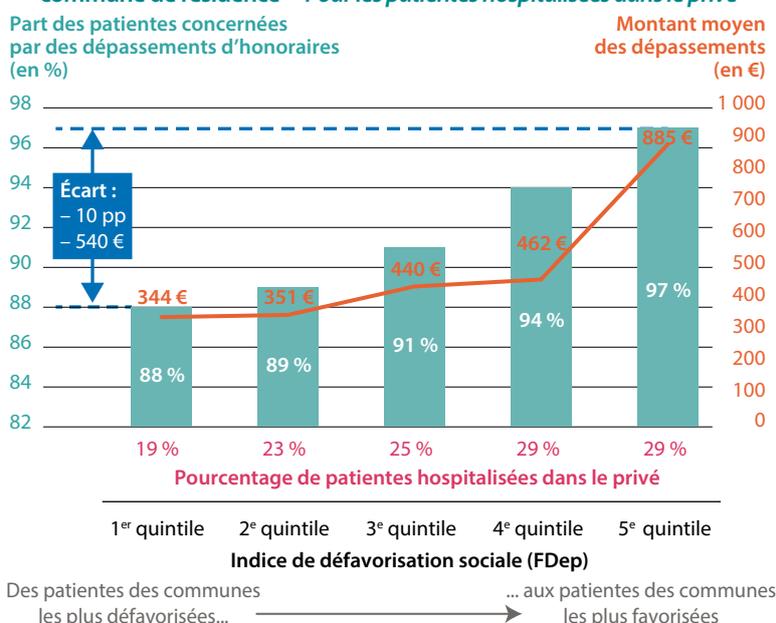
Lecture : Le montant cumulé moyen des dépassements, en cas de dépassements au cours de l'EDS, figure sous chaque barre verticale. La part de patients concernés par un ou plusieurs dépassements au cours de l'EDS figure au-dessus.

Plus le niveau social de la commune dans laquelle réside le patient est élevé, plus la part de patients hospitalisés dans le privé est élevée, et réciproquement, plus la part de patients hospitalisés dans le public est faible. Par exemple, pour l'accouchement, la part de patientes hospitalisées dans le privé est de 8 points plus élevée chez les résidentes des communes les plus favorisées par rapport aux moins favorisées (Graphique 5), tandis que la part de patientes hospitalisées dans le public⁵ est de 20 points plus faible (Graphique 6).

Qu'il s'agisse des patientes hospitalisées dans le privé (Graphique 5) ou le public (Graphique 6), plus celles-ci vivent dans des communes favorisées, plus elles sont concernées par des dépassements au cours de leur EDS, et plus le montant cumulé moyen des dépassements augmente. Dans le cas des patientes hospitalisées dans le public, le cas échéant, les dépassements concernent de fait uniquement l'amont et l'aval de l'hospitalisation.

Ainsi, parmi les patientes non protégées par la C2S, habitant les communes les moins favorisées et ayant accouché dans le public, 3 sur 10 ont payé des dépassements au cours de leur EDS pour un montant cumulé moyen de 80 euros lorsqu'un dépassement ou plus ont été facturés ; ce taux est de 6 patientes sur 10 parmi celles habitant les communes les plus favorisées, pour un montant cumulé moyen de 150 euros, quand il y a dépassement (Graphique 6). Parmi les patientes habitant les communes les moins favorisées et ayant accouché dans le privé, 88 % ont eu des dépassements au cours de leur EDS pour un montant cumulé moyen de 345 euros, contre 97 % des patientes habitant les communes les plus favorisées, pour un montant cumulé moyen de 885 euros lorsqu'un dépassement ou plus ont été facturés (Graphique 5).

Graphique 5 Part de patientes concernées par des dépassements au cours de l'épisode de soins (EDS) lié à un accouchement et montant cumulé moyen des dépassements lorsqu'un dépassement ou plus ont été facturés – selon le niveau de défavorisation de leur commune de résidence – Pour les patientes hospitalisées dans le privé



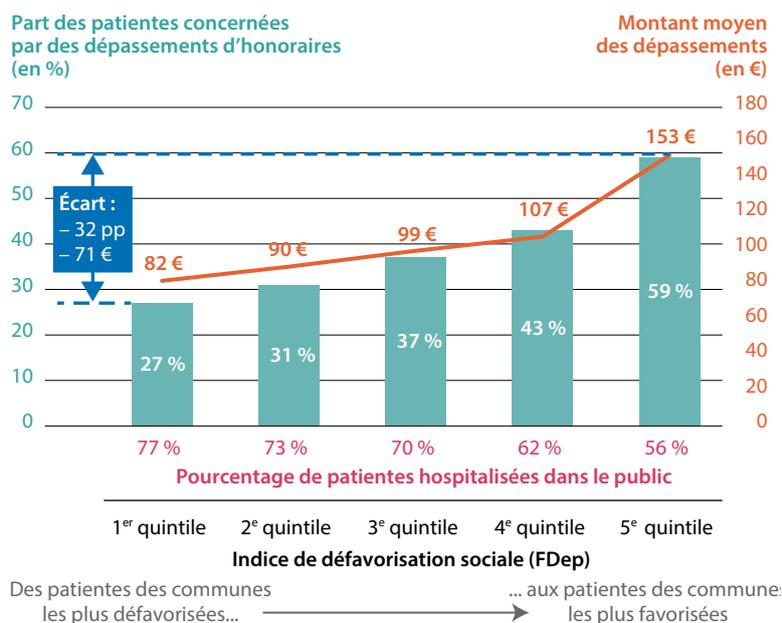
Source : SNDS 2021, traitements Irdes.

Pour les accouchements, ne sont pris en compte que les accouchements uniques, par voie basse et sans complications.

Champ : Ensemble des patientes, hors patientes Complémentaire santé solidaire (C2S), c'est-à-dire hors patientes ayant eu au moins un remboursement au titre de la C2S lors de l'épisode de soins.

⁵ Hors activité libérale des praticiens hospitaliers et hors établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic).

Graphique 6 Part de patientes concernées par des dépassements au cours de l'épisode de soins lié à un accouchement, et montant cumulé moyen des dépassements lorsqu'un dépassement ou plus ont été facturés – selon le niveau de défavorisation de leur commune de résidence – Pour les patientes hospitalisées dans le public (hors activité libérale des PH et hors Espic)



Source : SNDS 2021, traitements Irdes.

Champ : Ensemble des patientes, hors patientes Complémentaire santé solidaire (C2S), c'est-à-dire hors patientes ayant eu au moins un remboursement au titre de la C2S lors de l'épisode de soins. Pour les accouchements, ne sont pris en compte que les accouchements uniques, par voie basse et sans complications.

Note : De fait, pour les patientes dont l'hospitalisation a eu lieu à l'hôpital public hors activité libérale des praticiens hospitaliers (PH) [catégorie « public »], les fréquences et montants de dépassements ne concernent que l'amont et l'aval de l'hospitalisation. Le séjour hospitalier à l'hôpital public (hors activité libérale des PH) ne peut pas donner lieu à des dépassements d'honoraires.

3.2.2. Des territoires où les patients défavorisés, non protégés par la C2S, sont néanmoins confrontés à des dépassements fréquents et élevés

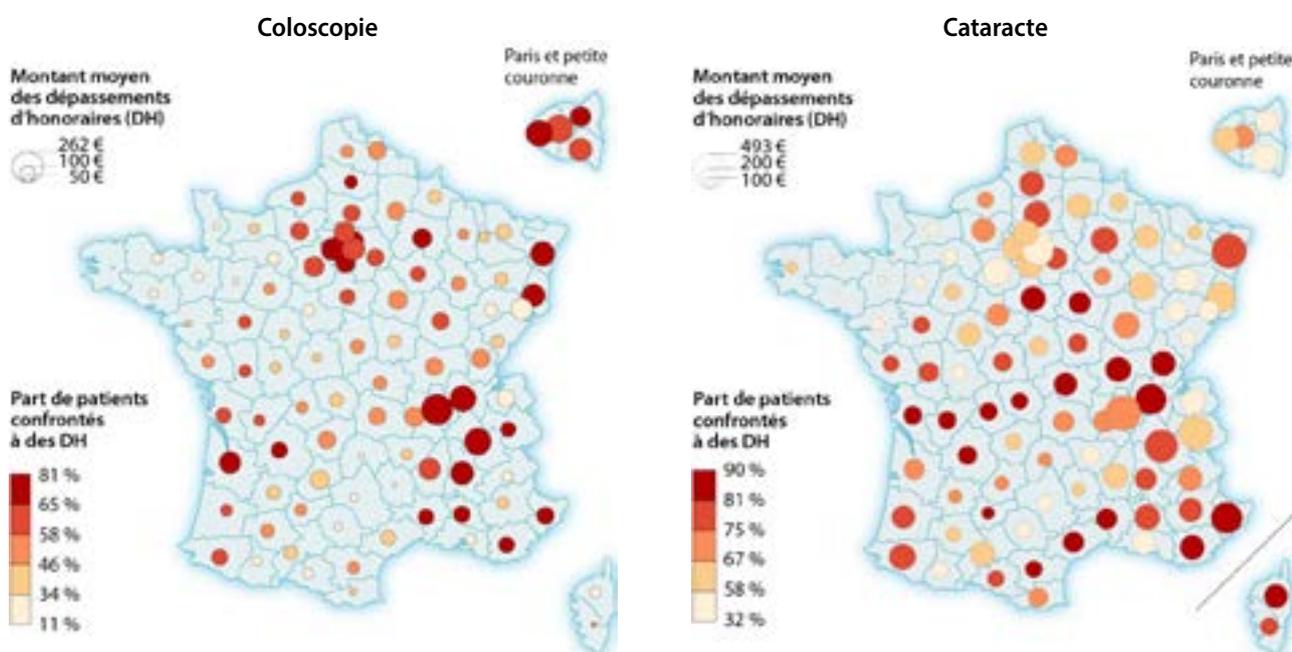
Dans cette section, l'analyse se centre sur les patients des communes les plus défavorisées [appartenant au premier quintile de l'Indice français de désavantage social (Fdep)] et sur les disparités départementales de leur exposition aux dépassements, à la fois en proportion et en montants. Il s'agit de voir s'il existe des départements dans lesquels les populations défavorisées, non protégées par la C2S, sont soumises à des niveaux importants de dépassements.

Les résultats font apparaître de forts contrastes entre les départements, à la fois dans les proportions de patients exposés à des dépassements lors de l'EDS et dans les montants, lorsqu'un dépassement ou plus ont été facturés⁶. C'est en région parisienne, en région lyonnaise, en Alsace et sur la côte d'Azur que l'exposition est la plus forte (Cartes 1, 2 et 3).

⁶ Au vu de ces fortes disparités territoriales, on peut se demander si elles reflètent des situations contrastées en termes d'offre et de concurrence entre professionnels : les départements où les densités de professionnels sont les plus faibles seraient aussi ceux où les dépassements sont les plus élevés. En réalité, ce n'est pas ce qu'on observe dans les données : dans les zones où les médecins sont nombreux, les dépassements sont plus élevés, notamment parce que ce sont aussi celles où la capacité à payer des habitants, ainsi que la demande, sont

Dans certains départements, l'exposition aux dépassements est particulièrement importante. Ainsi, dans le Bas-Rhin, près de 9 patients sur 10 ayant été opérés pour une prothèse totale de hanche ont payé des dépassements au cours de leur EDS, pour un montant avoisinant les 1 000 euros en moyenne (Carte 2). De même, dans les Alpes-Maritimes, cela a été le cas pour la moitié des patientes ayant accouché en 2021, pour un montant avoisinant les 500 euros en moyenne (Carte 2).

Carte 1 Cas de la coloscopie et de la cataracte : part de patients des communes défavorisées non protégés par la Complémentaire santé solidaire (C2S) concernés par des dépassements au cours de l'épisode de soins (EDS), et montant cumulé moyen des dépassements, lorsqu'un dépassement ou plus ont été facturés



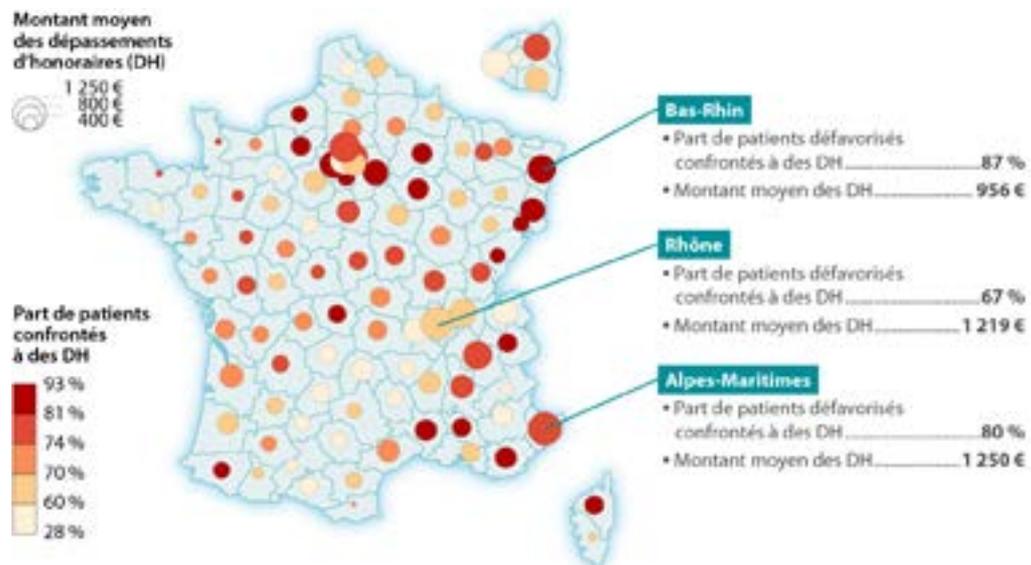
Source : SNDS 2021, traitements Irdes ; IGN. Cartographie : QGIS.

Champ : Ensemble des patients des communes appartenant au Q1 de revenu, hors patients Complémentaire santé solidaire (C2S), c'est-à-dire hors patients ayant eu au moins un remboursement au titre de la C2S lors de l'épisode de soins (EDS). La part de patients C2S parmi les patients appartenant aux communes du Q1 de revenu est de 8,3 % au niveau national pour la coloscopie et de 3,5 % pour la cataracte.

Lecture : Dans chaque département, l'exposition aux dépassements d'honoraires est figurée par des cercles proportionnels dont la couleur représente la proportion de patients exposés à des dépassements lors de l'EDS, et dont la taille varie selon le montant moyen des dépassements.

élevées. Savoir si des phénomènes de concurrence existent entre les médecins libéraux requiert des analyses économétriques sophistiquées qui permettent tenir compte au mieux de ces disparités en termes de demande. Ainsi, Choné, Pla et Coudin (2019) mettent en évidence des mécanismes de concurrence pour les médecins de secteur 2 : en cas de hausse de la densité médicale locale, toutes choses égales par ailleurs, le prix pratiqué diminue mais le volume de soins fournis augmente, de façon à maintenir le niveau de leurs honoraires.

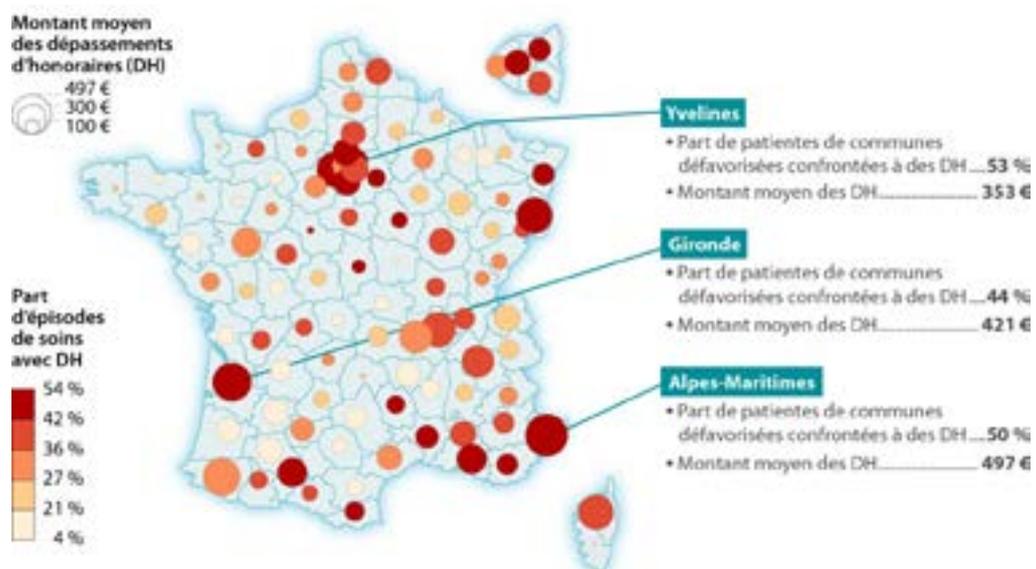
Carte 2 Cas de la prothèse totale de hanche : part de patients des communes défavorisées non protégés par la Complémentaire santé solidaire (C2S) concernés par des dépassements au cours de l'épisode de soins (EDS) et montant cumulé moyen des dépassements, lorsqu'un dépassement ou plus ont été facturés



Source : SNDS 2021, traitements Irdes ; IGN. Cartographie : QGIS.

Champ : Ensemble des patients des communes appartenant au Q1 de revenu, hors patients Complémentaire santé solidaire (C2S), c'est-à-dire hors patients ayant eu au moins un remboursement au titre de la C2S lors de l'EDS. La part de patient C2S parmi les patients appartenant aux communes du Q1 de revenu est de 5,3 % au niveau national pour la prothèse totale de la hanche. Elle s'élève à 1 % pour le Bas-Rhin, 7% pour le Rhône et 0 % pour les Alpes-Maritimes.

Carte 3 Cas de l'accouchement : part de patientes des communes défavorisées non protégés par la C2S concernés par des dépassements au cours de l'EDS, et montant cumulé moyen des dépassements lorsqu'un dépassement ou plus ont été facturés



Source : SNDS 2021, traitements Irdes ; IGN. Cartographie : QGIS.

Champ : Ensemble des patientes des communes appartenant au Q1 de revenu, hors patientes Complémentaire santé solidaire (C2S), c'est-à-dire hors patientes ayant eu au moins un remboursement au titre de la C2S lors de l'épisode de soins. La part de patientes C2S parmi les patientes appartenant aux communes du Q1 de revenu est de 21 % au niveau national pour l'accouchement. Elle s'élève à 17 % pour les Yvelines, 22 % pour les Alpes-Maritimes et 17 % pour la Gironde. Ne sont pris en compte que les accouchements uniques, par voie basse et sans complications.

3.3. Dépassements d'honoraires : l'évolution de la situation entre 2005 et 2021, y compris pour les patients bénéficiant de la C2S

Dans cette section, nous observons l'évolution des montants et des fréquences de dépassements d'honoraires entre 2005, année étudiée par l'Igas, et 2021. L'Igas n'ayant pas exclu de son champ d'analyse les patients bénéficiant de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), les patients bénéficiant de la C2S sont, afin d'être à champ comparable, pris en compte dans notre analyse. De la même manière, la catégorie « hospitalisation dans le public » a été élargie, conformément au périmètre utilisé par l'Igas, incluant à la fois les hospitalisations publiques « pures », l'activité libérale des praticiens hospitaliers et les établissements de santé privé d'intérêt collectif (Espic).

3.3.1. Une augmentation des dépassements d'honoraires entre 2005 et 2021, portée majoritairement par une augmentation des montants

Entre 2005 et 2021, la proportion de patients dont la prise en charge hospitalière a eu lieu dans une clinique privée a légèrement baissé pour l'accouchement (28 % en 2005 contre 25 % en 2021⁷) et chuté de près de 10 points pour la coloscopie, passant de 86 % en 2005 à 75 % en 2021. Elle est restée stable pour la cataracte (76 % en 2021, comme en 2005) et a augmenté pour la prothèse totale de hanche (63 % en 2005 contre 69 % en 2021).

Le montant moyen des dépassements pour l'ensemble des patients, qu'ils aient eu ou non des dépassements au cours de leur EDS, a augmenté, en euros constants, de 30 % pour l'EDS associé à une coloscopie, à 84 % pour l'accouchement (Tableau 4). La plus faible augmentation des montants moyens de dépassements pour l'EDS de la coloscopie est en partie liée à au fait que c'est celui pour lequel la part de l'hôpital public dans la prise en charge des patients a le plus augmenté. En montant, et en euros courants, c'est pour l'EDS associé à une prothèse totale de hanche que l'augmentation a été la plus forte : en moyenne, le montant cumulé moyen des dépassements a augmenté de 250 euros entre 2005 et 2021, passant de 290 euros en 2005 à 540 euros en 2021 (Tableau 4).

Dans la suite de l'analyse de l'évolution des montants moyens sur cette période, nous décomposons ce qui tient à l'évolution de la part de patients confrontés à des dépassements, de ce qui tient de l'évolution du montant moyen du dépassement, quand il y a dépassement.

La part de patients ayant eu des dépassements au cours de l'épisode a très peu évolué entre 2005 et 2021. Plus précisément, cette part a très légèrement diminué pour la coloscopie et l'accouchement, et très légèrement augmenté pour la prothèse totale de hanche et la cataracte. En revanche, les montants, lorsqu'il y a dépassements, ont systématiquement augmenté et dans des proportions importantes : de + 30 % pour la cataracte à + 110 % pour l'accouchement en euros constants (Tableau 5). Par conséquent, l'augmentation constatée des montants moyens de dépassements au cours de l'épisode de soins entre 2005 et 2021 tient à l'augmentation des montants lorsqu'il y a eu dépassements, et non à la part des patients concernés par des dépassements.

⁷ Les chiffres de la Drees qui portent sur l'ensemble des accouchements (et non uniquement sur les accouchements uniques par voie basse sans complications significatives) font aussi état d'une baisse de la proportion d'accouchements réalisés en établissements privés à but lucratif, celle-ci étant passée de 25 % en 2012 à 19 % en 2022 (source : « Les établissements de santé en 2022 – édition 2024 », p. 146).

Tableau 4 Évolution entre 2005 et 2021 du montant cumulé moyen des dépassements au cours de l'épisode de soins (EDS), qu'il y ait dépassement ou non

	2005	2021	Augmentation en euros courants	Augmentation en euros constants ⁸
Accouchement	63 €	139 €	× 2,2	× 1,8
Cataracte	130 €	204 €	× 1,6	× 1,3
Prothèse totale de hanche	290 €	537 €	× 1,9	× 1,6
Coloscopie	67 €	100 €	× 1,5	× 1,3

Source : 2005, rapport Igas ; SNDS 2021, traitements Irdes.

Champ : Ensemble des patients, y.c. patients à la CMU-C et à l'ACS (2005) et à la C2S (2021). Pour les accouchements, ne sont pris en compte que les accouchements uniques, par voie basse et sans complications.

Tableau 5 Évolution entre 2005 et 2021 de la part de patients concernés par des dépassements au cours de l'épisode de soins (EDS) et du montant cumulé moyen, lorsqu'un dépassement ou plus ont été facturés

		2005	2021	Évolution 2021/2005	Augmentation en euros constants
Accouchement	% de patients avec dépassement	52 %	47 %	- 5 %	
	Dépassement moyen lorsqu'un dépassement ou plus ont été facturés (en €)	119 €	297 €	× 2,5	× 2,1
Cataracte	% de patients avec dépassement	71 %	73 %	+ 2 %	
	Dépassement moyen lorsqu'un dépassement ou plus ont été facturés (en €)	185 €	282 €	× 1,5	× 1,3
Prothèse totale de hanche	% de patients avec dépassement	72 %	77 %	+ 5 %	
	Dépassement moyen lorsqu'un dépassement ou plus ont été facturés (en €)	404 €	701 €	× 1,7	× 1,4
Coloscopie	% de patients avec dépassement	66 %	63 %	- 3 %	
	Dépassement moyen lorsqu'un dépassement ou plus ont été facturés (en €)	101 €	160 €	× 1,6	× 1,3

Source : 2005, rapport Igas ; SNDS 2021, traitements Irdes.

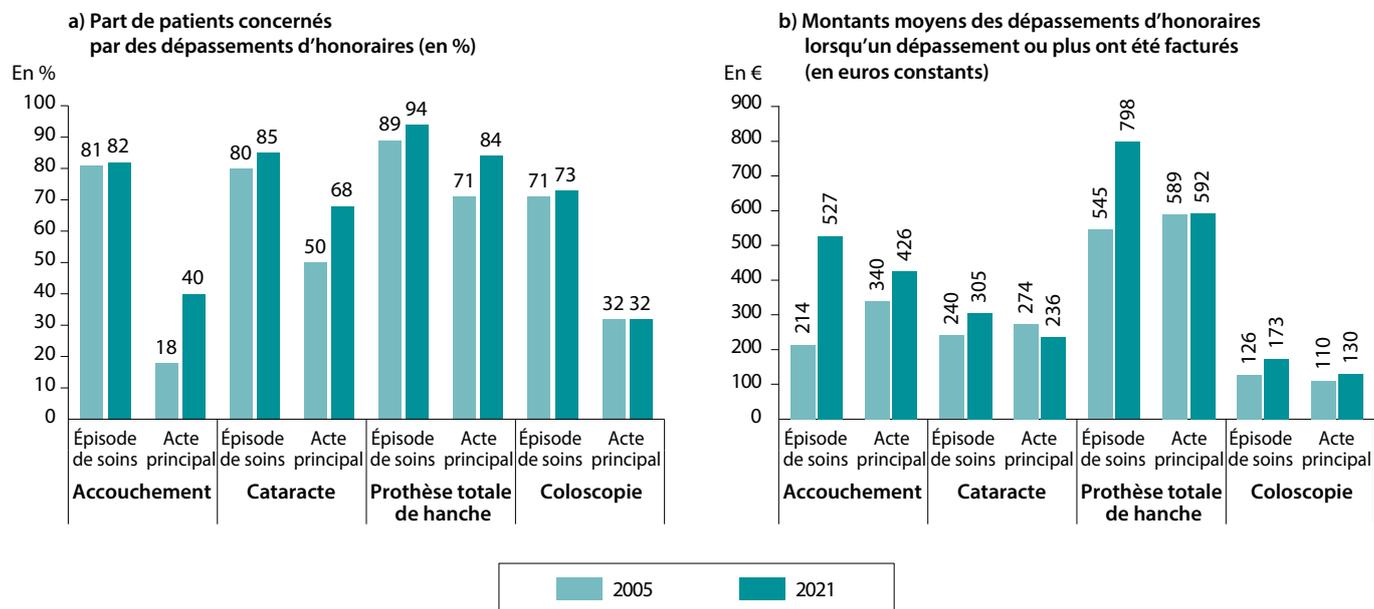
Champ : Ensemble des patients, y.c. patients bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS (2005) et de la C2S (2021). Pour les accouchements, ne sont pris en compte que les accouchements uniques, par voie basse et sans complications.

3.3.2. Pour les patients hospitalisés dans le secteur privé, une augmentation systématique des dépassements à l'échelle de l'épisode de soins comme de l'acte principal

Dans cette section, nous observons plus finement l'évolution des dépassements à l'échelle de l'épisode de soins, d'une part, et de l'acte principal, d'autre part. Les résultats sont déclinés pour les patients hospitalisés dans le secteur public et privé. En ce qui concerne le secteur privé, les dépassements sont systématiquement en hausse, qu'il s'agisse du cumul des dépassements au cours de l'EDS ou du dépassement pratiqué sur l'acte principal, ainsi que des montants ou de la part de patients concernés (Graphique 7).

⁸ L'inflation a été de 20 % environ entre 2005 et 2021.

Graphique 7 Évolution des dépassements entre 2005 et 2021 – Pour les patients hospitalisés dans le privé



Sources : 2005, rapport Igas ; SNDS 2021, traitements Irdes.

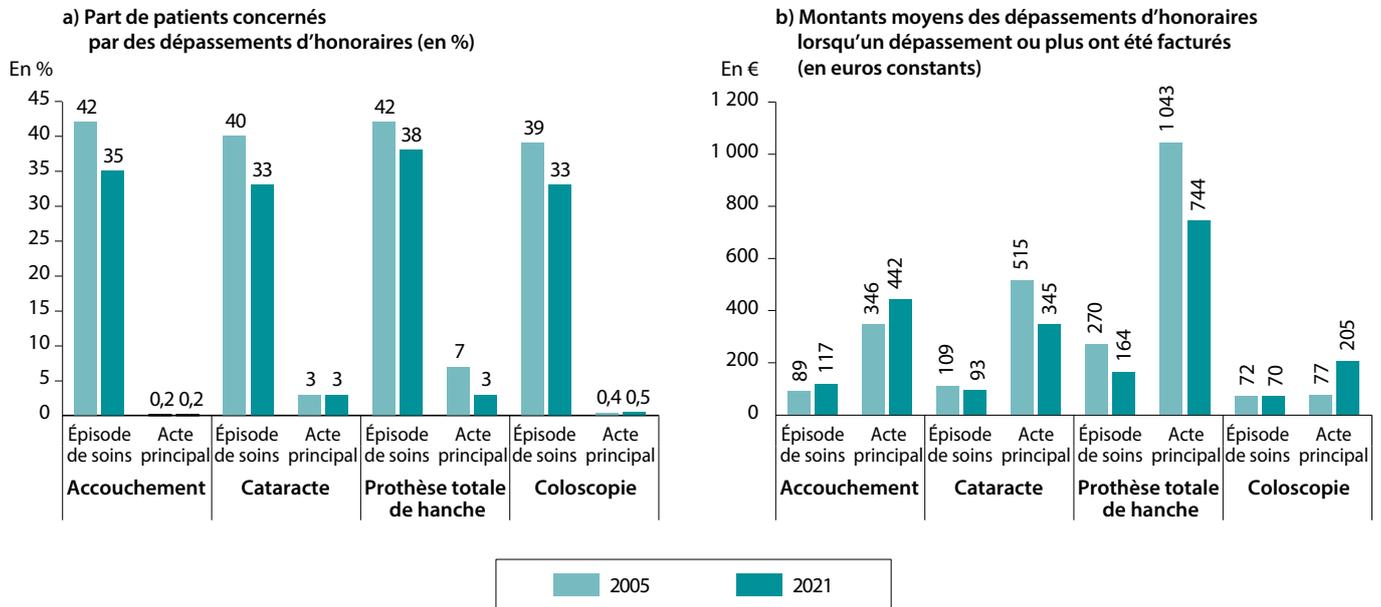
Champ : Ensemble des patients, y.c. patients à la CMU-C et à l'ACS (2005) et à la C2S (2021). Pour les accouchements, ne sont pris en compte que les accouchements uniques, par voie basse et sans complications.

3.3.3. Pour les patients hospitalisés dans le secteur public, une diminution entre 2005 et 2021 des dépassements au cours de l'épisode de soins

Pour les patients hospitalisés dans un établissement public⁹, la part de patients concernés par des dépassements au cours de leur EDS diminue entre 2005 et 2021 de 4 à 7 points de pourcentage, pour chacun des quatre épisodes de soins. Compte tenu du faible poids de l'activité libérale à l'hôpital public, *a fortiori* de la fraction de celle-ci pouvant donner lieu à dépassements d'honoraires, ces derniers concernent très majoritairement des soins réalisés en amont ou en aval de l'hospitalisation. Cependant, les évolutions des montants cumulés sur l'ensemble de l'épisode de soins sont plus contrastées : en hausse pour l'accouchement, en baisse pour la prothèse totale de hanche, quasi stable pour la coloscopie et la cataracte (Graphique 8).

⁹ Dans cette section, la catégorie « public » inclut aussi les patients dont l'acte principal a été réalisé dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, ainsi que les patients hospitalisés dans les établissements de santé privé d'intérêt collectif (Espic).

Graphique 8 Évolution des dépassements entre 2005 et 2021 – Pour les patients hospitalisés dans le public



Source : 2005, rapport Igas ; SNDS 2021, traitements Irdes.

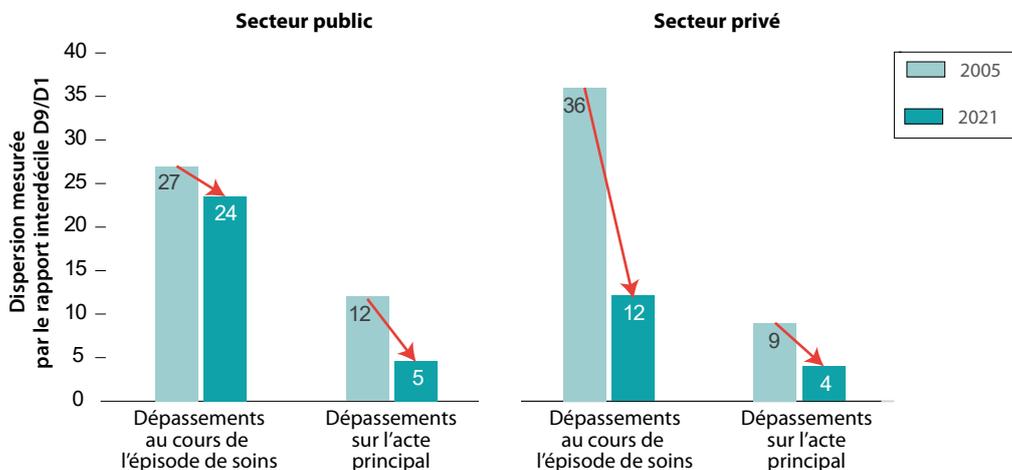
Champ : Ensemble des patients, y.c. patients à la CMU-C et à l'ACS (2005) et à la C2S (2021). Ici, la catégorie « public » inclut aussi les patients dont l'acte principal a été réalisé dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers (PH), ainsi que les patients hospitalisés dans les Espic. Pour les accouchements, ne sont pris en compte que les accouchements uniques, par voie basse et sans complications.

Note : Pour les patients dont l'hospitalisation a eu lieu à l'hôpital public, hors activité libérale des PH, soit l'immense majorité des cas d'hospitalisation dans le public, les fréquences et montants de dépassements ne concernent que l'amont et l'aval de l'hospitalisation. Le séjour hospitalier à l'hôpital public (hors activité libérale des PH) ne peut pas donner lieu à des dépassements d'honoraires.

3.3.4. La dispersion des montants de dépassements diminue du fait d'une augmentation des montants de dépassements les plus faibles

Pour compléter les approches par les moyennes développées précédemment, qui ne permettent pas de rendre compte de l'éventuelle hétérogénéité des montants entre les patients, est analysée ici l'évolution de la dispersion des montants des dépassements, appréhendée par le rapport interdécile des montants. Les résultats de ces analyses (non présentés ici exhaustivement) indiquent que, quel que soit l'épisode considéré, la dispersion du montant cumulé des dépassements au cours de l'EDS, comme sur l'acte principal, est plus faible en 2021 qu'en 2005. Par exemple, pour les patients opérés de la cataracte dans le secteur privé, cette dispersion des montants est trois fois plus faible en 2021 qu'en 2005 (Graphique 9). Les analyses montrent que cette diminution de la dispersion tient à une augmentation des montants des dépassements les plus faibles entre 2005 et 2021.

Graphique 9 Évolution entre 2005 et 2021 de la dispersion des montants des dépassements (en euros courants) – cas de la cataracte



Source : 2005, rapport Igas ; SNDS 2021, traitements Irdes.

Champ : Ensemble des patients, yc patients à la CMU-C et à l'ACS (2005) et à la C2S (2021).

Note : La dispersion des montants des dépassements est mesurée par le rapport interdécile D9/D1. Ici, la définition des hospitalisations publiques est élargie (hospitalisations publiques « pures », Espic et activité libérale des praticiens hospitaliers), afin d'être comparable avec le périmètre Igas de 2005.

3.4. Conclusion

Les constats établis par l'Igas en 2005 se vérifient seize ans après : en 2021, les épisodes de soins avec dépassements d'honoraires sont prédominants dans le secteur privé, et de l'ordre de 30 % dans le secteur public, même lorsque l'activité libérale à l'hôpital public est exclue (dans ce dernier cas, les dépassements sont nécessairement réalisés en amont et/ou en aval de l'hospitalisation). Quand un dépassement est effectué sur l'acte principal, il « tire » le montant cumulé des dépassements réalisés sur l'ensemble de l'épisode de soins. Lorsque l'acte principal est réalisé dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, les dépassements sont moins fréquents qu'en clinique privée mais sont, le cas échéant, plus onéreux en moyenne.

L'exposition des patients aux dépassements s'est accentuée entre 2005 et 2021. En effet, le montant moyen des dépassements pour un épisode de soins, tous patients confondus, est plus élevé en 2021 en euros constants, ce surcroît tenant davantage à l'augmentation du niveau des dépassements qu'à la proportion de patients confrontés à des dépassements. L'augmentation des niveaux s'est accompagnée d'un nivellement par le haut des niveaux de dépassements, de telle sorte que la dispersion des dépassements est moins marquée en 2021 qu'en 2005.

Cependant, ce constat général est à nuancer selon le secteur d'hospitalisation. Pour les patients dont la prise en charge hospitalière a eu lieu dans une clinique privée, on observe bien, pour chacun des quatre actes hospitaliers, une augmentation à la fois de la proportion de patients concernés par des dépassements, et du niveau des dépassements. En revanche, pour les patients dont la prise en charge hospitalière a eu lieu à l'hôpital public, si ce niveau a connu des évolutions contrastées selon les actes, la part de patients confrontés à un dépassement a baissé entre 2005 et 2021. Ces résultats témoignent d'une forme de « polarisation des parcours ».

L'exposition des patients aux dépassements dépend fortement des caractéristiques socio-économiques : plus les patients vivent dans une commune favorisée, plus leur hospitalisation s'effectue dans le privé et plus leurs dépassements sont importants, en fréquence comme en montants, à secteur d'hospitalisation donné. Pour autant, dans certains départements, les habitants des communes les plus défavorisées sont confrontés à dépassements particulièrement élevés et fréquents.

PARTIE 4

Comment les dépassements d'honoraires
sont-ils distribués selon les patients ?

Une analyse
sur 14 actes techniques fréquents

Renaud Legal, Roseline Vincent (Irdes)

Introduction

Les dépassements seraient moins problématiques s'ils résultaient d'un choix des patients. Or, il s'avère que dans certains territoires et dans certaines spécialités, il n'existe plus d'offre en secteur 1, ce qui rend inéluctables les restes à charge en cas de recours aux spécialistes pour les populations mal couvertes.

Cette étude vise à déterminer, pour une sélection de 14 actes techniques fréquents, par quelles populations sont supportés les dépassements d'honoraires et à identifier, grâce à une méthode de décomposition originale, le poids respectif de différents facteurs dans la concentration plus ou moins marquée des dépassements selon le niveau social : les effets de localisation des offreurs dans les départements les plus aisés et les différences de recours des patients entre les différents segments d'offre à l'intérieur des départements.

Ce faisant, l'analyse permet :

- d'identifier les actes pour lesquels les populations les moins favorisées supportent une fraction importante des dépassements
- de quantifier la part associée à la répartition des médecins de secteur 2 dans les départements et celle associée à l'allocation des patients entre les différents segments d'offre à l'intérieur des départements.

Dans cette partie, l'adaptation des tarifs de certains médecins aux caractéristiques sociales des patients n'est pas isolée des autres effets qui expliquent que les patients les moins favorisés sont moins confrontés aux dépassements. L'analyse de ces pratiques fait l'objet de la partie suivante.

Précision importante : le champ sur lequel porte l'ensemble des analyses exclut les patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S), pour lesquels les dépassements d'honoraires sont interdits.

Cette étude permet d'enrichir la connaissance sur les dépassements d'honoraires et leur impact sur les patients (Encadré 1). Elle vient utilement compléter les travaux qui existent sur la caractérisation des patients qui supportent les dépassements. Alors que ces travaux sur données d'enquête appariées avec les données de l'Assurance maladie s'appuient de fait sur des petits échantillons et portent sur les dépassements par grands postes de soins, nous proposons une analyse sur un champ restreint, une sélection d'actes techniques fréquents, mais sur données exhaustives du Système national des données de santé (SNDS).

ENCADRÉ 1**Les études sur les dépassements d'honoraires auxquels sont confrontés les patients**

Les travaux s'intéressant aux dépassements d'honoraires sous l'angle des patients, qu'il s'agisse de leurs comportements de recours aux médecins de secteur 2 ou de l'impact en termes de reste à charge, sont rares. Dormont et Péron (2016) analysent les effets potentiellement inflationnistes de la prise en charge des dépassements par les complémentaires santé à partir d'un échantillon d'assurés ayant quitté la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN). Leurs résultats indiquent que l'augmentation de couverture potentielle à l'occasion du changement de couverture (la MGEN ne couvrant pas les dépassements) n'entraîne pas d'augmentation du nombre de consultations de spécialistes, mais entraîne une augmentation de 9 % de la part des consultations auprès de spécialistes de secteur 2. Pradines (2016) étudie les différences de recours entre hôpitaux publics et cliniques privées selon les classes sociales à partir du volet « ménages » de l'enquête Handicap-Santé de 2008 appariée avec le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram). Elle montre que les établissements de santé privés sont davantage fréquentés par les catégories sociales élevées. Pour autant, l'étude ne prend pas en compte les différences d'offre disponible. A partir des données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2010 appariée avec le Sniiram, Perronnin (2016) analyse les inégalités de restes à charge en fonction du revenu en distinguant soins de ville et soins hospitaliers de court séjour. Les résultats font apparaître un fort gradient du montant annuel moyen du dépassement selon le quintile de niveau de vie, qu'il s'agisse des dépassements liés à des soins ambulatoires ou hospitaliers. Pour autant, rapportés aux revenus, les dépassements ont un caractère régressif : ils pèsent plus en proportion chez les plus pauvres, et contribuent ainsi à 28 % de la régressivité des restes à charge ambulatoires et à 2 % de la régressivité des restes à charge hospitaliers.

Grâce à une méthode de décomposition originale, au-delà des analyses de concentration des dépassements, nous interrogeons le rôle des configurations d'offre dans le poids supporté par les patients les plus modestes, ce qui constitue l'originalité de notre travail par rapport au corpus existant. Grâce à la diversité des actes pris en compte, notre travail démontre l'importance de garantir une offre à tarif opposable sur l'ensemble du territoire, si l'on souhaite que les dépassements soient le moins possibles « subis » par les patients.

Champ : une sélection de 14 actes techniques fréquents

Dans un premier temps, nous avons opéré une première sélection d'actes techniques (repérés par leur code de la Classification commune des actes médicaux – code CCAM) sur la base d'un critère de fréquence – les actes devaient être réalisés plus de 10 000 fois dans l'année –, et de montant moyen de dépassement (tous actes et tous patients confondus) supérieur à 100 €. L'application de ce double critère nous a fourni une liste de 62 actes, parmi lesquels nous avons ensuite sélectionné un sous-échantillon de 14 actes (Tableau 1).

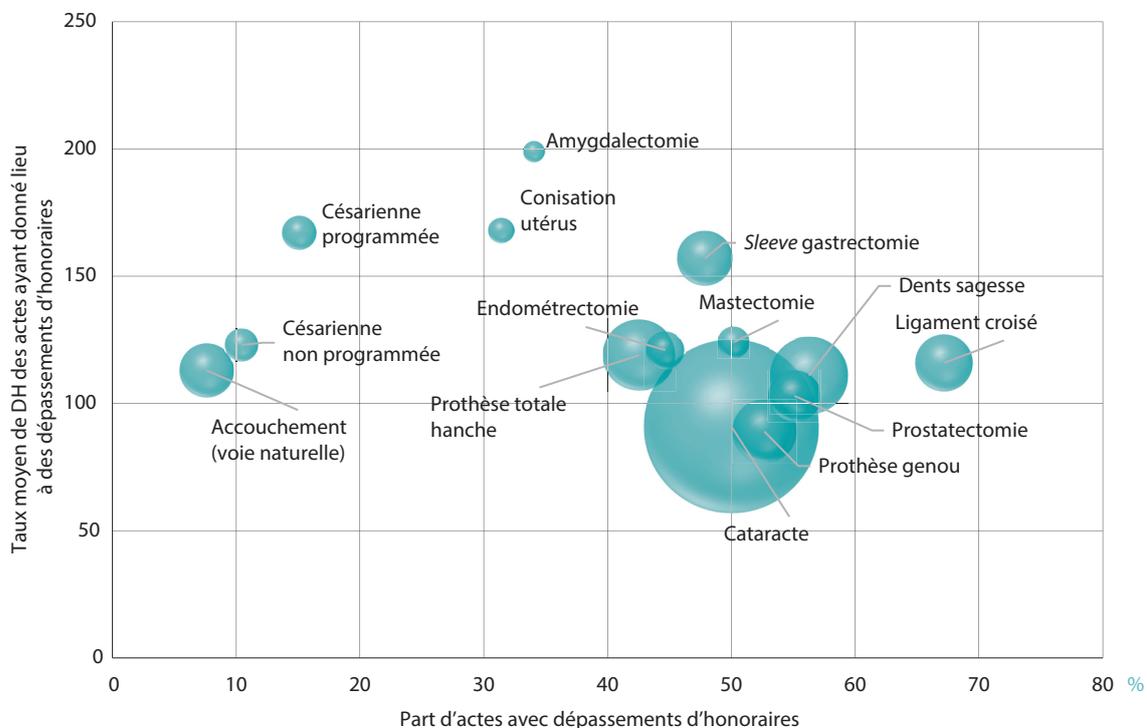
Notons que l'extraction des dents de sagesse peut être réalisée à la fois par des chirurgiens-dentistes et des stomatologues, les dentistes n'ayant – sauf cas particuliers – pas l'autorisation de pratiquer de dépassements sur les soins et la chirurgie, contrairement aux stomatologues exerçant en secteur 2. Pour cet acte, seuls sont donc étudiés les pratiques des stomatologues.

Cette deuxième sélection a été conduite de manière à avoir une hétérogénéité entre les actes en termes de dépassements d'honoraires (Graphique 1), de poids de l'hôpital public (en volume), de concentration des dépassements chez les patients les plus favorisés. Cette hétérogénéité est nécessaire pour identifier les facteurs explicatifs de la concentration des dépassements, plus ou moins forte selon les actes. Les données ont été extraites depuis le portail SNDS, dans le DCIR (Données de consommation inter-régimes) pour les actes réalisés en libéral, et dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour ceux réalisés à l'hôpital public.

Tableau 1 Les 14 actes techniques retenus dans l'étude

Code AAP	Libellé Classification commune des actes médicaux (CCAM)	Libellé retenu dans l'étude
HFFC01810	Gastrectomie longitudinale (<i>Sleeve gastrectomy</i>) pour obésité morbide, par coelioscopie	<i>Sleeve</i> gastrectomie
NFMC00310	Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou par autogreffe, par arthroscopie	Ligament croisé
JGFC00110	Vésiculoprostectomie totale, par coelioscopie	Prostectomie
HBGD03810	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	Dents de sagesse
BFGA42710	Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil, sans implantation de dispositif de drainage trabéculaire	Cataracte
NFKA00710	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartmentaire sur une déformation inférieure ou égale à 10° dans le plan frontal	Prothèse de genou
NEKA02010	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale	Prothèse totale de hanche
QEFA00810	Mastectomie partielle avec curage lymphonodal axillaire	Mastectomie
FAFA01510	Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie	Amygdalectomie
JKNE00110	Abrasion de la muqueuse de l'utérus [Endométréctomie], par hystéroscopie	Endométréctomie
JKFA03110	Conisation du col de l'utérus	Conisation du col de l'utérus
JQGA00310	Accouchement par césarienne au cours du travail, par laparotomie	Césarienne non programmée
JQGD01210	Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une multipare	Accouchement (voie naturelle)
JQGA00210	Accouchement par césarienne programmée, par laparotomie	Césarienne programmée

Graphique 1 Hétérogénéité des 14 actes retenus en termes de dépassements d'honoraires (fréquence, intensité, montant cumulé)



Source : Données SNDS 2021.

Champ : Ensemble des patients.

Note : La taille de chaque bulle est proportionnelle au montant total cumulé de dépassements réalisé sur l'acte.

Calculs : Irdes.

Dans la suite de l'étude, pour faciliter la lisibilité des résultats, nous ne conservons pas le libellé exact des actes, mais un libellé simplifié, étant entendu que les actes considérés restent ceux présentés dans le tableau 1.

4.1. Analyses générales – France entière

4.1.1. Une exposition des patients aux dépassements d'honoraires très variable selon les actes

Les actes sélectionnés sont des actes courants, réalisés de 16 000 fois dans l'année pour la prostatectomie, à 885 000 fois pour la cataracte (Tableau 2). Ils totalisent à eux seuls près de 232 millions d'euros de dépassements d'honoraires en 2021, dont un peu moins de la moitié liée à la cataracte. Les dépassements sur ces actes diffèrent à la fois en termes de fréquence et de montant. Par exemple, sur les quelque 267 000 accouchements par voie naturelle chez une multipare réalisés en 2021, seul un acte sur dix a fait l'objet d'un dépassement. Inversement, sur les quelque 31 000 reconstructions du ligament croisé antérieur du genou par autogreffe réalisées en 2021, sept actes sur dix ont fait l'objet d'un dépassement. Quand un dépassement est pratiqué, il est en moyenne de 175 euros pour une conisation du col de l'utérus, mais de 1 065 euros pour une prostatectomie (Tableau 2 et Graphique 2).

L'approche en montant est intéressante, puisqu'elle permet d'appréhender la somme non prise en charge par la Sécurité sociale, et donc à la charge du patient avant intervention éventuelle de son assurance complémentaire santé. Pour autant, si l'objectif vise plutôt à comparer les pratiques de dépassements entre les actes, l'approche en taux de dépassements – consistant à rapporter le montant du dépassement à la base de remboursement de l'acte par l'Assurance maladie – est plus adaptée. Elle offre un autre regard que l'approche en montant, et conduit parfois même à inverser les résultats. C'est le cas pour les deux exemples précédents : le taux moyen de dépassements est de 168 % pour la conisation du col de l'utérus contre 103 % pour la prostatectomie (Tableau 2).

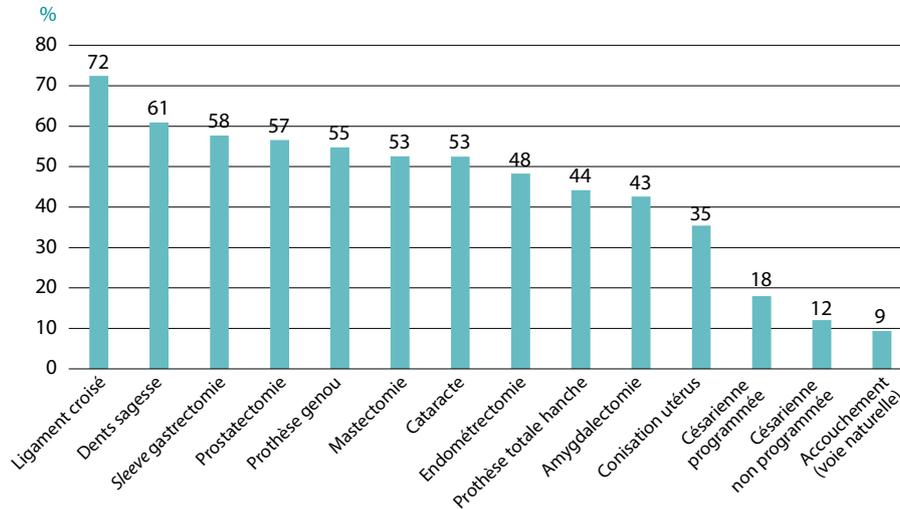
Tableau 2 Données de cadrage

Actes	Part de bénéficiaires de la C2S parmi l'ensemble des patients	Sur l'ensemble des patients hors C2S sur lesquels porte l'analyse				
		Nb d'actes	Montants DH* (M€)	Part d'actes avec DH	Montant moyen du DH des actes ayant donné lieu à DH	Taux moyen de DH des actes ayant donné lieu à des DH
Cataracte	5 %	885 000	112,5 M€	53 %	245 €	91 %
Dents de sagesse	8 %	161 000	22,2 M€	61 %	230 €	111 %
Prothèse totale de hanche	4 %	71 000	18,9 M€	44 %	625 €	119 %
Prothèse de genou	4 %	48 000	14,8 M€	55 %	580 €	89 %
Ligament croisé	7 %	31 000	12 M€	72 %	535 €	116 %
Sleeve gastrectomie	19 %	21 000	10,9 M€	58 %	880 €	158 %
Accouchement (voie naturelle)	19 %	267 000	10,6 M€	9 %	425 €	114 %
Prostatectomie	3 %	16 000	9,8 M€	57 %	1 065 €	103 %
Endométréctomie	8 %	39 000	5,2 M€	48 %	285 €	121 %
Césarienne programmée	16 %	40 000	4,2 M€	18 %	580 €	167 %
Césarienne non programmée	13 %	65 000	3,9 M€	12 %	510 €	124 %
Mastectomie	5 %	17 000	3,5 M€	53 %	390 €	124 %
Conisation du col de l'utérus	12 %	39 000	2,3 M€	35 %	175 €	168 %
Amygdalectomie	20 %	19 000	1,6 M€	43 %	200 €	199 %

*dépassements d'honoraires

Source : Données SNDS 2021. Champ : hors patients C2S. Calculs : Irdes.

Graphique 2 Pour chacun des 14 actes, proportion (en volumes) des actes ayant donné lieu à un dépassement d'honoraire (en %)

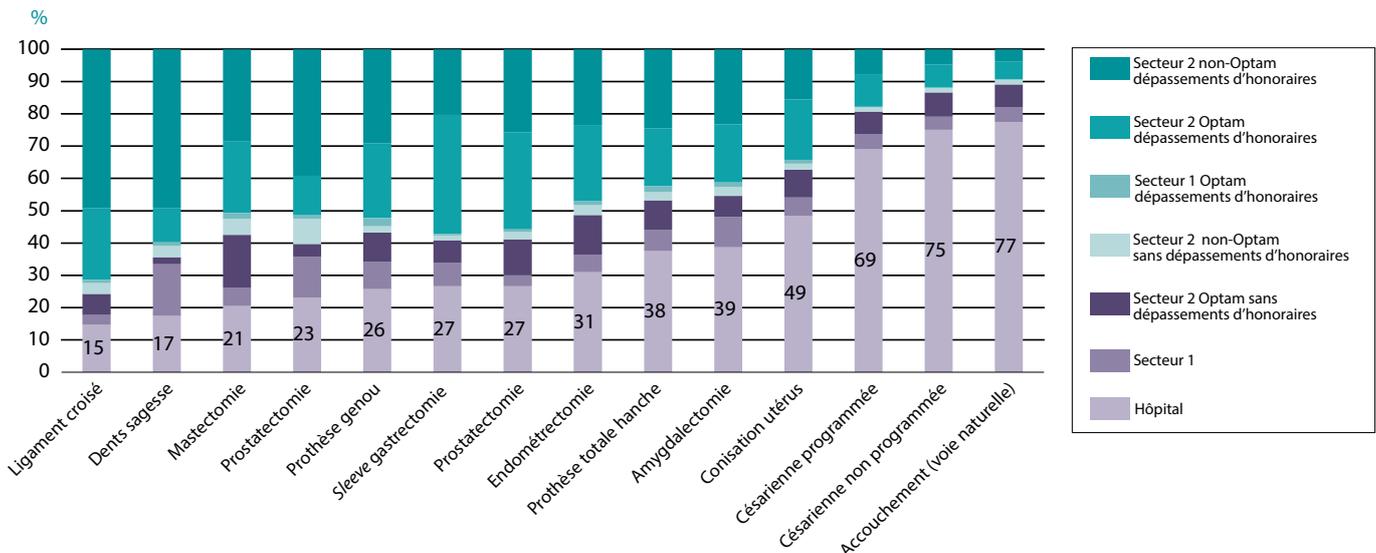


Source : Données SNDS 2021. Champ : hors patients C2S. Calculs : Irdes.

4.1.2. Un poids de l'hôpital public variable selon les actes

La structure de l'offre varie très largement entre les 14 actes étudiés. Ainsi, près de 80 % des accouchements par voie naturelle et 70 % des césariennes programmées sont réalisés à l'hôpital public. Inversement, les opérations des ligaments croisés ou l'extraction des quatre dents de sagesse sont réalisées à plus de 80 % en libéral (Graphique 3). Au regard du poids de l'hôpital public *versus* secteur libéral, trois groupes d'actes se dégagent : les trois actes d'accouchement réalisés très majoritairement à l'hôpital public ; la conisation du col de l'utérus et la prothèse totale de hanche, réalisées environ à parts égales à l'hôpital public et en libéral ; tous les autres actes, réalisés majoritairement – à plus de deux tiers – en libéral (Graphique 3).

Graphique 3 Pour chacun des 14 actes, proportion (en volumes) des actes réalisés à l'hôpital public (en %)



Source : Données SNDS 2021. Champ : hors patients C2S. Calculs : Irdes.

4.1.3. Une concentration des dépassements d'honoraires chez les patients les plus favorisés, plus ou moins marquée selon les actes

Pour identifier les patients qui supportent les dépassements d'honoraires, nous avons eu recours à l'indice de déprivation disponible dans le SNDS. Il s'agit d'un indicateur écologique calculé au niveau communal : à défaut de pouvoir caractériser la situation sociale de chaque patient au niveau individuel, on approche celle-ci par les caractéristiques des habitants de la commune de résidence de ce patient. A partir de cet indicateur, nous définissons cinq classes de patients : des plus défavorisés au plus favorisés (Encadré 2).

ENCADRÉ 2

Comment les catégories plus ou moins favorisées de patients sont-elles calculées ?

Il n'existe pas de données sociales au niveau des patients dans le Système national des données de santé (SNDS), hormis l'information concernant l'affiliation éventuelle du patient à la Complémentaire santé solidaire (C2S). A défaut d'information au niveau individuel, nous approchons la situation sociale du patient au moyen d'un indice écologique, l'indice de déprivation, apprécié au niveau de la commune de résidence. Il s'agit d'un indice synthétique qui agrège quatre dimensions : le revenu par unité de consommation médian, la part des plus de 15 ans ayant au moins le baccalauréat, la part d'habitants en dessous du taux de pauvreté, la part de chômeurs. A partir de cet indice, les patients sont classés en cinq catégories (Figure 1) : des moins favorisés (qui appartiennent aux 20 % des habitants au niveau national vivant dans les communes ayant l'indice de déprivation le plus bas), au plus favorisés (qui appartiennent aux 20 % des habitants au niveau national vivant dans les communes ayant l'indice de déprivation le plus haut).

Figure 1 Les cinq catégories de patients retenues dans l'étude

	Patients les moins favorisés			Patients les plus favorisés	
Catégorie de patients	1	2	3	4	5
Quintile de FDEP	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5

Source : Irdes.

Une fois ces catégories de patients définies, nous pouvons les mobiliser pour analyser dans quelle mesure les dépassements se concentrent ou non chez les plus favorisés. Il apparaît que la réponse diffère largement selon les actes. Pour l'illustrer, nous avons considéré les cas de deux actes présentant des situations très contrastées : l'accouchement par voie naturelle et la *sleeve* gastrectomie¹. Pour l'accouchement, les dépassements sont quatre fois plus fréquents chez les patients habitant les communes les plus favorisées par rapport aux moins favorisées. C'est le cas également pour la *sleeve* gastrectomie, mais l'écart de fréquence entre les patients des communes les plus favorisées et les moins favorisées est de 10 % seulement (Tableau 3). A ces écarts sur les fréquences s'ajoutent des écarts de montants : quand il y a dépassement, celui des patients habitant les communes les plus favorisées est près de deux fois plus élevé pour l'accouchement, et de 40 % plus élevé pour la *sleeve* gastrectomie (Tableau 3).

¹ Nous présentons en annexe 11 la part de patients avec dépassements d'honoraires et le montant moyen du dépassement chez les moins favorisés, d'une part, et les plus favorisés, d'autre part, pour chacun des actes (Tableaux 7 et 8).

Tableau 3 Des dépassements d'honoraires plus ou moins concentrés chez les habitants des communes les plus favorisées – les exemples de l'accouchement par voie naturelle et de la sleeve gastrectomie

		Moins favorisés	Plus favorisés	Ratio
Part de patients avec dépassement	Accouchement (voie naturelle)	4 %	17 %	4,3
	Sleeve gastrectomie	55 %	63 %	1,1
Montant moyen du dépassement	Accouchement (voie naturelle)	330 €	580 €	1,8
	Sleeve gastrectomie	800 €	1 080 €	1,4

Source : Données SNDS 2021. **Champ** : hors patients C2S. **Calculs** : Irdes.

Ces différences entre les patients les moins et les plus favorisés conduisent mécaniquement à ce que les seconds concentrent une part des dépassements plus importante que le poids qu'ils représentent parmi l'ensemble des patients recourant à l'acte. La part de dépassements supportés par les plus favorisés sera d'autant plus importante que leur exposition aux dépassements (en fréquence et en montant) diffère de celle des moins favorisés. Dans le cas de l'accouchement, les patientes habitant les communes les plus favorisées représentent 22 % des patientes concernées, mais concentrent à elles seules 52 % de l'ensemble des dépassements en montants. Inversement, les patientes habitant les communes les moins favorisées représentent 18 % des patientes mais ne concentrent que 6 % des dépassements en montants (Tableau 4).

A contrario, pour la sleeve gastrectomie, la concentration des dépassements chez les plus favorisés est beaucoup moins prononcée. Les patients habitant les communes les plus favorisées représentent 17 % des patients concernés et concentrent 23 % de l'ensemble des dépassements en montants. Les patients des communes les moins favorisées représentent 22 % des patients et concentrent 19 % des dépassements en montants (Tableau 4). Notons qu'en élargissant le champ d'analyse aux bénéficiaires de la C2S, la part des patients habitant les communes les moins favorisées passe à 24 %, tandis que celle des patients les plus favorisés baisse d'un point de pourcentage, et passe à 16 %².

Tableau 4 Des dépassements plus ou moins concentrés chez les habitants des communes plus favorisées – les exemples de l'accouchement par voie naturelle et de la sleeve gastrectomie

	Patients les moins favorisés		Patients les plus favorisés	
	Part des recourants	Part de l'ensemble des DH	Part des recourants	Part de l'ensemble des dépassements
Accouchement	18 %	>> 6 %	22 %	<< 52 %
Sleeve gastrectomie	22 %	≈ 19 %	17 %	≈ 23 %

Source : Données SNDS 2021. **Champ** : hors patients C2S. **Calculs** : Irdes.

² Ces fréquences sont cohérentes avec celles figurant dans l'étude suivante : Benamran *et al.* (2024) : "A comprehensive insight into the economic profile of people receiving metabolic and bariatric surgery use in France", *Obesity Surgery* (2024) 34:3315-3323, qui porte sur les années 2016 à 2021 et couvre l'ensemble des interventions chirurgicales de l'obésité (*bypass* gastrique, gastroplastie par anneau gastrique modulable, *sleeve* gastrectomie...) réalisées dans les centres spécialisés de l'obésité (CSO).

Pour avoir une vision synthétique de la concentration des dépassements pour chacun des actes, nous nous appuyons sur des indices de concentration dont l'utilisation est très courante, notamment pour l'analyse des concentrations des revenus ou des patrimoines. Dans cette étude, nous les mobilisons pour analyser la concentration des dépassements entre les différentes catégories de patients (Encadré 3). Les valeurs des indices de concentration vont de 0,08 pour la *sleeve* gastrectomie, où les dépassements sont peu concentrés chez les plus favorisés, à 0,38 pour l'accouchement par césarienne programmée (Tableau 5).

Tableau 5 Concentration des dépassements selon l'indice de défavorisation appréciée au moyen de l'indice de concentration, pour chacun des 14 actes

Actes	Concentration « sociale » des dépassements
<i>Sleeve</i> gastrectomie	0,08
Ligament croisé	0,10
Prostatectomie	0,12
Dents de sagesse	0,12
Cataracte	0,13
Prothèse de genou	0,13
Prothèse totale de hanche	0,18
Mastectomie	0,20
Amygdalectomie	0,22
Endométréctomie	0,22
Conisation du col de l'utérus	0,27
Césarienne non programmée	0,33
Accouchement (voie naturelle)	0,34
Césarienne programmée	0,38

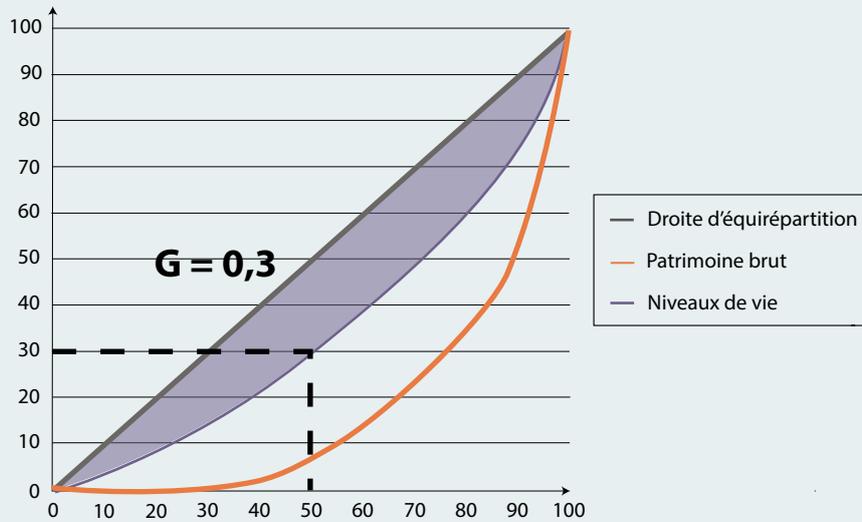
Source : Données SNDS 2021. **Champ :** hors patients C2S. **Calculs :** Irdes.

ENCADRÉ 3

La mesure de la concentration des dépassements d'honoraires entre les catégories de patients

Pour rendre compte de cette concentration plus ou moins grande sur les catégories les plus aisées, nous avons recours à un indice synthétique de concentration. Celui-ci est utilisé dans de nombreux domaines, notamment pour apprécier la concentration des salaires ou des patrimoines (Figure 2). L'indice de concentration est défini comme deux fois l'aire comprise entre la droite d'équi-répartition et la courbe de concentration.

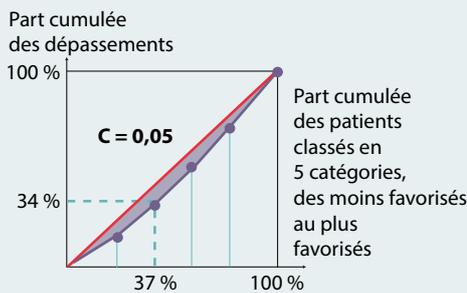
Figure 2 Courbe de Lorenz des revenus et du patrimoine en France (2018)



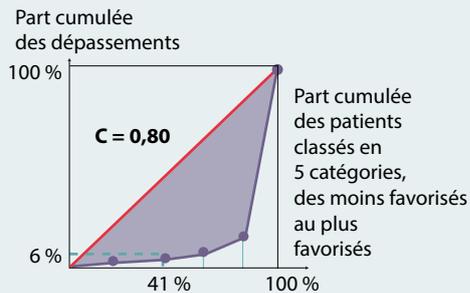
Source : Insee, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2018, enquête Histoire de vie et Patrimoine 2017-2018.

L'indice de concentration est compris entre 0 et 1, selon que les dépassements ne sont pas concentrés ou qu'ils le sont beaucoup (Figure 3).

Figure 3 Deux exemples théoriques polaires de niveau de concentration des dépassements



Indice de concentration faible (proche de 0) : Les patients de chaque catégorie supportent une part des dépassements proportionnelle à leur poids dans l'ensemble des patients.



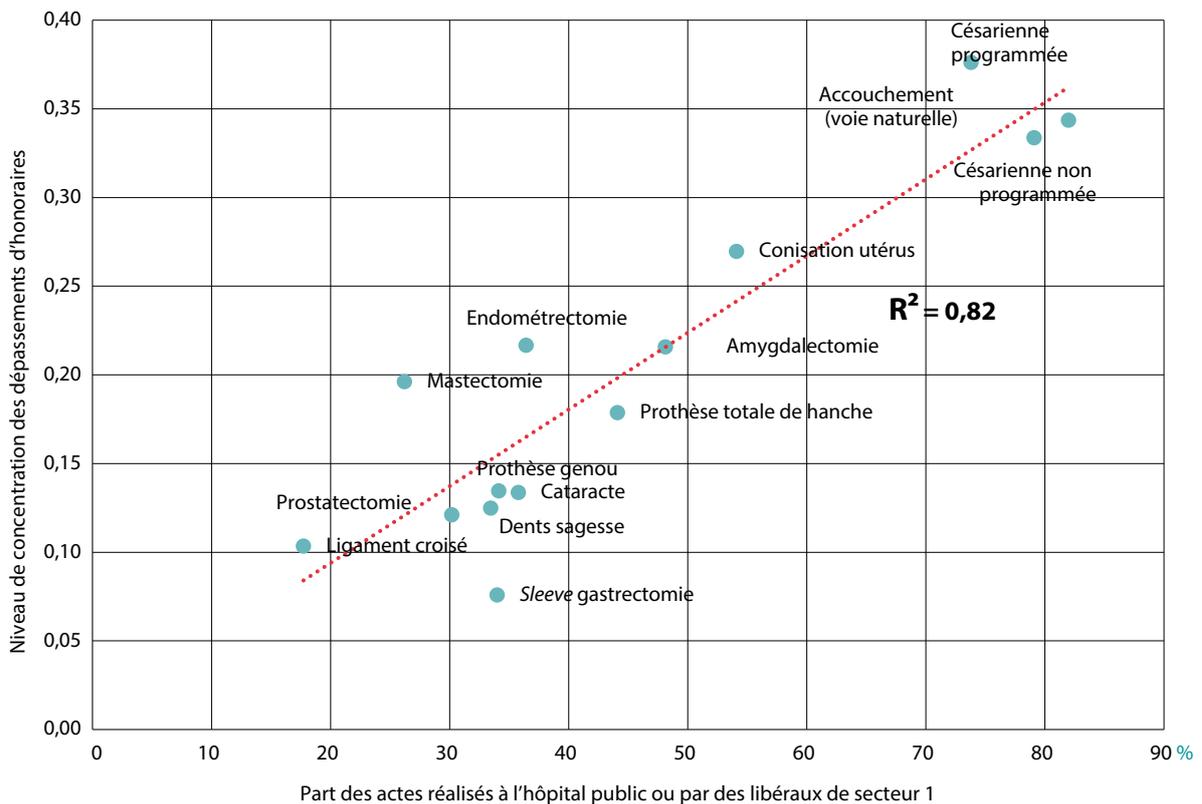
Indice de concentration élevé (proche de 1) : Les dépassements sont largement supportés par les patients les plus favorisés

Auteurs : Irdes.

4.1.4. Les dépassements sont d'autant plus concentrés chez les habitants des communes les plus favorisées que le poids de l'offre à tarif opposable est important

Une fois ces différences de concentration mises en évidence, on peut se demander dans quelle mesure celles-ci sont liées à des différences d'offre. Pour cela, nous avons examiné la corrélation entre la valeur de l'indice de concentration de chacun des 14 actes étudiés et la part de l'hôpital public et des médecins libéraux de secteur 1 dans l'offre totale (calculée comme la part des actes réalisés par eux dans l'ensemble des actes). Les résultats font apparaître une corrélation très forte entre ces deux indicateurs : les écarts de concentration des dépassements entre les 14 actes « s'expliquent » à 82 % par des différences de poids de l'hôpital public et de médecins libéraux de secteur 1 dans l'offre générale pour ces 14 actes. Les dépassements sont d'autant plus concentrés chez les habitants des communes les plus favorisées que l'offre de secteur 1 a un poids important dans l'offre totale – secteurs 1 et 2 confondus – au niveau national (Graphique 4).

Graphique 4 Lien entre la part des actes réalisés à l'hôpital public ou par des médecins libéraux de secteur 1 (abscisse) et le niveau de concentration des dépassements (ordonnée)



Source : Données SNDS 2021. Champ : hors patients C2S. Calculs : Irdes.

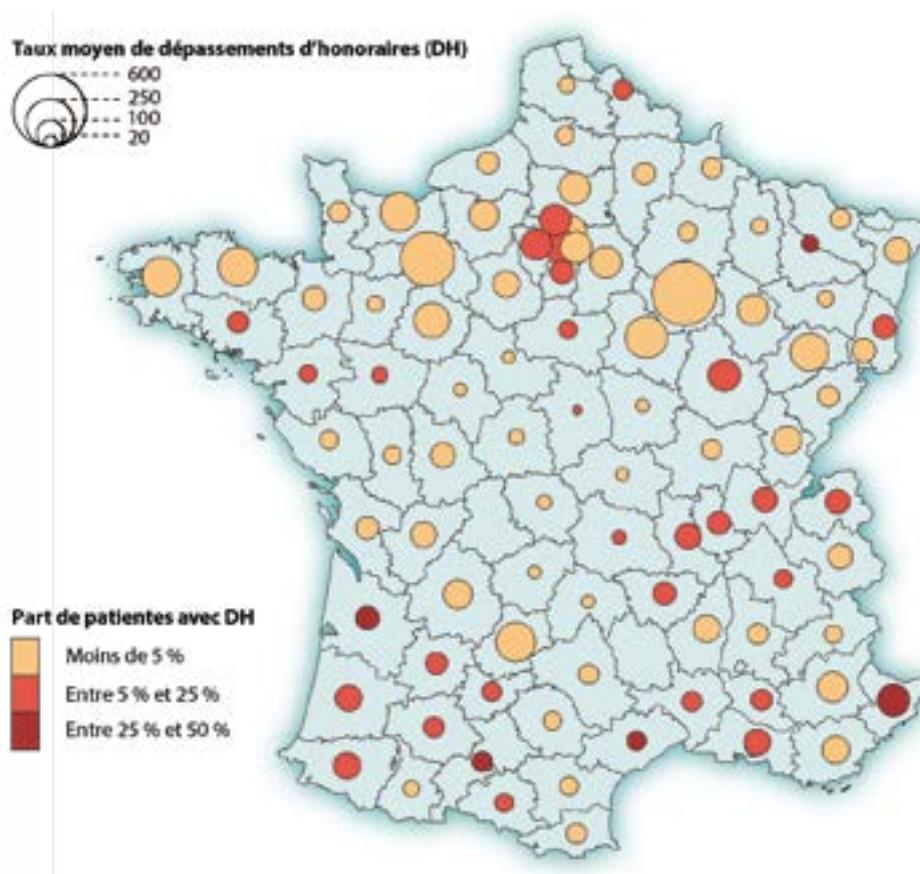
4.2. Analyses territorialisées

Pour approfondir les analyses précédentes menées à un niveau national, nous intégrons la dimension territoriale, appréhendée ici à l'échelle départementale.

4.2.1. Les dépassements sont d'autant plus concentrés chez les plus favorisés que l'offre de secteur 2 se concentre dans les départements les plus riches

Selon les actes, la pratique des dépassements d'honoraires peut être répandue sur l'ensemble du territoire, ou au contraire concentrée dans certains départements. Par exemple, pour l'accouchement par voie naturelle, les dépassements sont rares (seulement 10 % des actes donnent lieu à dépassement, Tableau 2) et dans un nombre élevé de départements, cet acte est pratiqué sans dépassement (Carte 1).

Carte 4 Accouchement par voie naturelle – une offre de secteur 2 concentrée dans certains départements

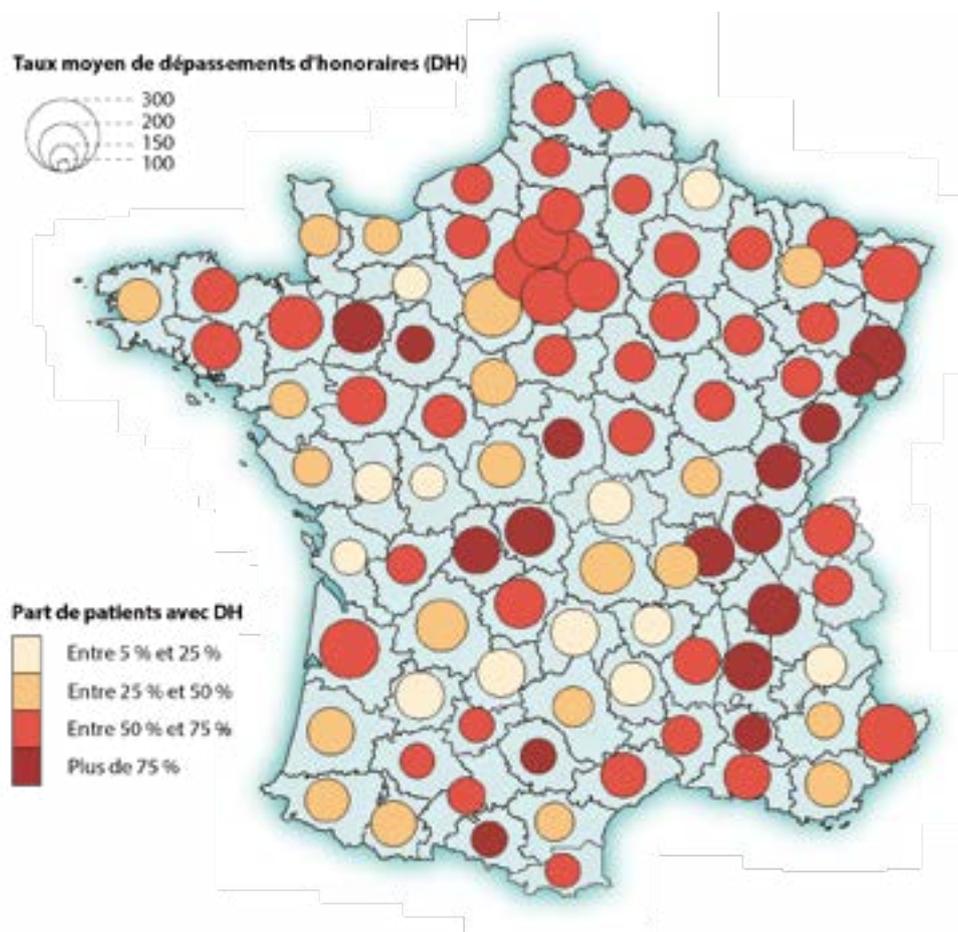


Source : Données SNDS 2021. **Champ :** hors patientes C2S. **Calculs :** Irdes.

À l'inverse, pour la *sleeve* gastrectomie, les dépassements sont fréquents (58 % des actes donnent lieu à dépassement, Tableau 2), si bien que les départements dans lesquels l'acte ne donne jamais lieu à dépassement sont moins nombreux que pour l'accouchement par voie naturelle. Dans les départements où la pratique des dépassements existe, ces derniers y sont plus fréquents et plus élevés que dans le cas de l'accouchement (Cartes 1 et 2). Des analyses complémentaires (non présentées ici) montrent que dans un département

donné, les dépassements sont d'autant plus fréquents et importants que le niveau de vie des habitants du département est élevé.

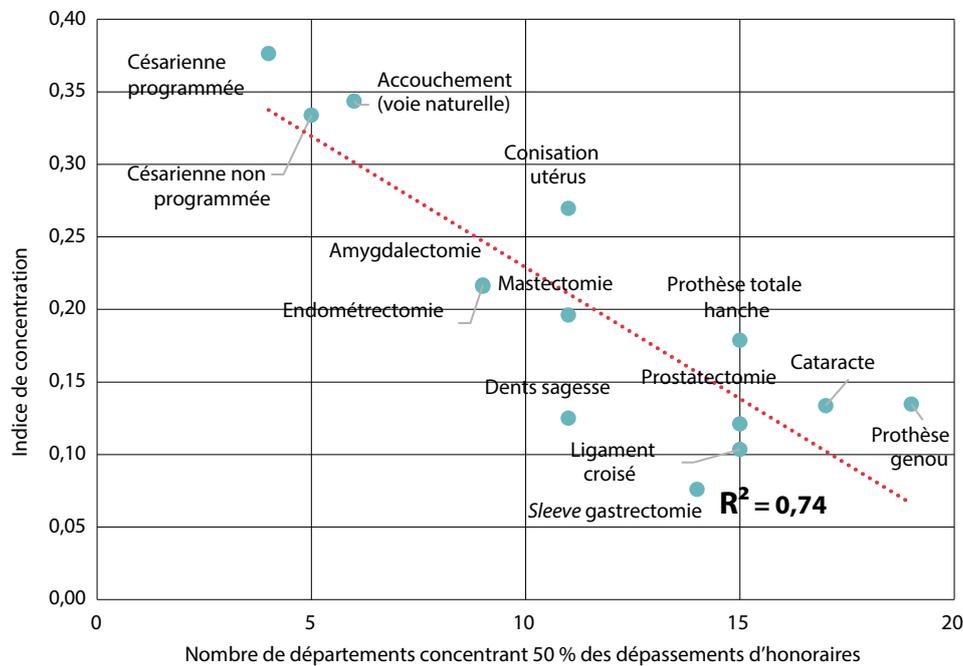
Carte 5 Sleeve gastrectomie – une offre de secteur 2 davantage répandue sur le territoire



Source : Données SNDS 2021. Champ : hors patients C2S. Calculs : Irdes.

Sur l'ensemble des 14 actes, quelle relation existe entre le niveau de concentration spatiale des dépassements et le degré de concentration « sociale » des dépassements chez les patients les plus aisés ? Les pratiques de dépassements ayant tendance à être plus importantes dans les départements où le niveau de vie des habitants est élevé, conformément à ce qui est attendu, plus l'offre de secteur 2 est concentrée – par conséquent dans les départements riches –, plus les dépassements sont concentrés chez les plus favorisés (Graphique 5).

Graphique 5 Lien entre la concentration spatiale des dépassements (abscisse) et la concentration « sociale » des dépassements (ordonnée)



Source : Données SNDS 2021. **Champ :** hors patients C2S. **Calculs :** Irdes.

4.2.2. Si les patients les moins favorisés sont moins confrontés aux dépassements, c'est en premier lieu parce qu'ils résident dans des départements où existe une offre à tarif opposable suffisante

L'analyse précédente montre l'importance des effets de localisation des fournisseurs de soins dans la concentration « sociale » des dépassements chez les patients les plus aisés. Mais le fait que ces derniers vivent en général dans des territoires où les dépassements d'honoraires sont plus répandus n'est pas le seul facteur susceptible d'expliquer pourquoi ils paient davantage de dépassements que les patients moins favorisés. En effet, à offre donnée, il est attendu que les patients les plus favorisés aient des modes de recours aux soins différents, dans le sens où ils sont plus susceptibles de consulter des médecins de secteur 2, et le cas échéant, de consulter des médecins réalisant des dépassements importants. Ces deux autres facteurs peuvent aussi contribuer à la concentration sociale des dépassements.

Afin de quantifier le poids de chacun de ces facteurs explicatifs de la concentration sociale des dépassements, nous avons mis en œuvre une méthode de décomposition originale (Encadré 4). Celle-ci permet précisément de décomposer la concentration des dépassements chez les patients les plus favorisés comme la somme de ces trois effets :

- Le fait que les patients les plus favorisés habitent davantage dans les départements où le secteur 2 est développé, que nous appellerons « *Effets de localisation* »
- Le fait, qu'à localisation dans un département donné, ils ont plus tendance à recourir à l'offre de secteur 2, que nous appellerons « *Recours différenciés au secteur 2* »
- Le fait qu'en cas de recours au secteur 2, les patients les plus aisés recourent à des professionnels de santé facturant des dépassements plus élevés, que nous appellerons « *Recours différenciés aux professionnels de santé de secteur 2* »

Notons qu'en réalité, ce dernier effet ne capte pas uniquement la propension des patients les plus aisés, à offre donnée, à recourir le cas échéant aux médecins de secteur 2 ayant les tarifs les plus élevés, mais intègre également les éventuelles pratiques de « tact et mesure », à savoir le fait que certains médecins modulent leurs tarifs en fonction des patients, et notamment de leur situation sociale.

Cette décomposition a été mise en œuvre pour chacun des 14 actes (Tableau 6).

Tableau 6 Décomposition en trois effets de l'indice de concentration pour chacun des 14 actes

Actes	Concentration « sociale » des dépassements	Localisation différenciée	Recours différencié au secteur 2	Recours différencié aux professionnels de secteur 2
Sleeve gastrectomie	0,08	69 %	11 %	21 %
Ligament croisé	0,10	70 %	12 %	17 %
Prostatectomie	0,12	63 %	13 %	24 %
Dents de sagesse	0,12	67 %	26 %	7 %
Cataracte	0,13	64 %	20 %	16 %
Prothèse de genou	0,13	63 %	19 %	17 %
Prothèse totale de hanche	0,18	74 %	13 %	12 %
Mastectomie	0,20	75 %	8 %	17 %
Amygdalectomie	0,22	77 %	17 %	6 %
Endométréctomie	0,22	77 %	15 %	9 %
Conisation du col de l'utérus	0,27	80 %	17 %	3 %
Césarienne non programmée	0,33	69 %	20 %	11 %
Accouchement (voie naturelle)	0,34	63 %	20 %	17 %
Césarienne programmée	0,38	71 %	17 %	11 %

Source : Données SNDS 2021.

Champ : hors patients C2S.

Lecture : Pour la *sleeve* gastrectomie, la concentration « sociale » des dépassements parmi les patients des communes les plus favorisées socialement est de 0,08, sur une échelle allant de 0 à 1. Cette valeur est faible : pour cet acte, globalement, les dépassements sont supportés par l'ensemble des patients, indépendamment du niveau social de leur commune de résidence. La valeur de l'indice de concentration « sociale » tient pour 69 % aux effets de localisation, c'est-à-dire au fait que les patients des communes favorisées qui recourent à cet acte habitent davantage dans des départements où les dépassements d'honoraires sont plus répandus. Les différences de recours au secteur 2 (plutôt qu'au secteur 1) entre les différentes catégories de patients, à localisation départementale des patients donnée, explique 11 % de la concentration « sociale » des dépassements associée à cet acte. Enfin, le fait qu'en cas de recours au secteur 2, les patients des communes les plus favorisées se tournent davantage vers des médecins ayant des niveaux de dépassements plus élevés explique 21 % de la concentration « sociale » des dépassements de cet acte.

Calculs : Irdes.

Les résultats montrent que le poids de chacun des facteurs est variable selon les 14 actes, mais que les effets de localisation sont toujours prépondérants : ils expliquent entre 63 % et 80 % de l'indice de concentration, selon les actes. La concentration « sociale » des dépassements s'explique ensuite par la propension plus forte des plus aisés à recourir aux médecins de secteur 2 (entre 8 % et 26 % des indices de concentration, selon les actes) ; les effets de recours différenciés aux médecins de secteur 2 n'intervenant qu'en troisième position (entre 3 % et 24 %).

Finalement, nos analyses montrent que si les patients les moins favorisés sont moins confrontés aux dépassements, c'est surtout parce qu'ils résident dans des départements où existe une offre à tarif opposable suffisante, et moins parce qu'ils s'orientent mieux dans le système ou que les praticiens les appréhendent différemment.

ENCADRÉ 4

Une décomposition des indices de concentration en trois effets

Soit $k=1..5$ les cinq classes de patients regroupés selon leur quintile de Fdep (Indice français de désavantage social) d'appartenance¹. Soit p_k le poids des patients appartenant à la classe de patients k parmi l'ensemble des personnes recourant à l'acte. Notons que p_k ne vaut pas 20 % : en effet, pour des raisons épidémiologiques notamment, certaines classes de patients sont surreprésentées, quand d'autres sont sous-représentées. En revanche, dès lors que l'on n'examine plus la sous-population des personnes recourant à un acte donné, mais l'ensemble des habitants, chacune des cinq classes précédentes couvre bien 20 % de l'ensemble des habitants.

On montre que l'indice de concentration $C = \sum_{k=1}^5 \alpha_k \cdot (\overline{DEP}_k - DEP_k)$ avec :

- $\overline{DEP}_k = p_k \cdot \sum_{l=1}^5 DEP_l$ le montant macro contrefactuel des dépassements des patients de la classe k ,

si les dépassements étaient répartis entre les patients des différentes classes proportionnellement au poids de chaque classe parmi l'ensemble des patients recourant à l'acte (ci-dessous dénommés « recourants ») ;

- DEP_k le montant macro des dépassements d'honoraires effectivement supportés par les patients appartenant à la classe k de patients ;

- $\forall k < 5, \alpha_k = \frac{p_k + 2 \cdot p_{k+1} + \dots + 2 \cdot p_5}{\sum_{l=1}^5 DEP_l}$ et $\alpha_5 = \frac{p_5}{\sum_{l=1}^5 DEP_l}$

Décomposition de l'indice de concentration en la somme de trois effets : localisation, recours et montant.

Soit $m=1..M$ les différents départements français.

Le montant macro DEP_k des dépassements d'honoraires supportés par les patients appartenant au quintile k de Fdep est donné par : $DEP_k = N_k \cdot \overline{Dep}_k$ avec :

- N_k le nombre de recourants appartenant au quintile k de Fdep ;
- \overline{Dep}_k le montant moyen du dépassement des recourants du quintile de Fdep k (non conditionnel, ie. qu'ils paient des DH ou pas).

Le terme \overline{Dep}_k vaut $\sum_{m=1}^M \lambda_{m,k} \cdot \rho_{m,k} \cdot \overline{Dep}_{m,k|sect=sect2}$ avec :

- $\lambda_{m,k}$ parmi les recourants appartenant au quintile k de Fdep, la proportion habitant dans le département m ;
- $\rho_{m,k}$ parmi les recourants appartenant au quintile k de Fdep et habitant dans le département m , la proportion recourant à des professionnels en secteur 2 ;
- $\overline{Dep}_{m,k|sect=sect2}$ le cas échéant, le montant moyen conditionnel du DH pour les recourants appartenant au quintile k de Fdep et habitant dans le département m .

¹ Ainsi, les patients de la classe $k=1$ (respectivement $k=5$) appartiennent aux 20 % des habitants des communes les plus désavantagées (respectivement, les plus avantagées) socialement.

Cette formule de décomposition permet de décomposer l'écart entre le montant contrefactuel \overline{DEP}_k et le montant effectif DEP_k comme la somme de trois effets :

- Le terme $\mathcal{L}_k = \sum_{m=1}^M \rho_m \cdot \overline{Dep}_{m|sect=sect2} \cdot \Delta\lambda_{m,k}$ capte les spécificités des recourants de k en termes

de répartition sur le territoire, avec : $\Delta\lambda_{m,k} = \lambda_m - \lambda_{m,k}$;

- Le terme $\mathcal{R}_k = \sum_{m=1}^M \lambda_{m,k} \cdot \overline{Dep}_{m|sect=sect2} \cdot \Delta\rho_{m,k}$ capte les spécificités des recourants k en termes

de propension à recourir aux médecins de secteur 2, à localisation et offre m donnée, avec $\Delta\rho_{m,k} = \rho_m - \rho_{m,k}$;

- Le terme $\mathcal{D}_k = \sum_{m=1}^M \lambda_{m,k} \cdot \rho_{m,k} \cdot \overline{\Delta Dep}_{m,k|sect=sect2}$ capte les spécificités des recourants de k

en termes de montants des tarifs des médecins de secteur 2 auxquels ils recourent, avec

$\overline{\Delta Dep}_{m,k|sect=sect2} = \overline{Dep}_{m|sect=sect2} - \overline{Dep}_{m,k|sect=sect2}$.

Finalement, l'indice de concentration C se décompose comme suit : $C = \sum_{k=1}^5 \alpha_k \cdot N_k \cdot (\mathcal{L}_k + \mathcal{R}_k + \mathcal{D}_k)$ qu'on réécrit :

$$C = \mathcal{L} + \mathcal{R} + \mathcal{D}$$

$$\text{avec } \mathcal{L} = \sum_{k=1}^5 \alpha_k \cdot N_k \cdot \mathcal{L}_k \quad \mathcal{R} = \sum_{k=1}^5 \alpha_k \cdot N_k \cdot \mathcal{R}_k \quad \mathcal{D} = \sum_{k=1}^5 \alpha_k \cdot N_k \cdot \mathcal{D}_k$$

C'est cette décomposition générale qui est mise en œuvre.

4.3. Conclusion

Cette analyse originale sur une sélection de 14 actes techniques fréquents réalisée en mobilisant les données du Système national des données de santé (SNDS) vient enrichir la connaissance sur les dépassements d'honoraires et leur impact sur les patients. Elle complète utilement le corpus de travaux portant sur la caractérisation des patients qui supportent les dépassements.

Plusieurs enseignements peuvent être retirés de cette étude.

En premier lieu, l'importance des dépassements est très variable selon les actes. Par exemple, seuls 10 % des accouchements par voie naturelle font l'objet de dépassements d'honoraires, alors que ceux-ci concernent 70 % des opérations des ligaments croisés : les dépassements sont donc sept fois plus fréquents dans ce second cas. Ces écarts, très importants d'un acte à l'autre, sont à relier aux disparités d'offre, notamment au poids plus ou moins élevé de l'hôpital public dans la fourniture de l'acte. Ainsi, pour reprendre les exemples précédents, 78 % des accouchements par voie naturelle sont réalisés à l'hôpital public – hors activité libérale des professionnels hospitaliers –, contre 18 % des opérations des ligaments croisés.

En deuxième lieu, la concentration des dépassements d'honoraires chez les patients des communes les plus favorisées est elle aussi très variable selon les actes. Les valeurs des indices de concentration mesurant la concentration « sociale » des dépassements chez les habitants des communes les plus favorisées vont de 0,09 pour la *sleeve* gastrectomie à 0,40 pour l'accouchement par césarienne programmée, soit des écarts de 1 à 4. Ces écarts sont à relier au résultat précédent : les dépassements sont d'autant plus concentrés chez les patients des communes les plus favorisées que le poids de l'offre à tarif opposable est important.

En troisième lieu, les analyses territoriales menées au niveau départemental montrent que les dépassements sont d'autant plus concentrés chez les habitants des communes plus favorisées que l'offre de secteur 2 se concentre dans les départements les plus riches.

Enfin, l'importance des effets de localisation des médecins de secteur 2 dans la concentration « sociale » des dépassements est confirmée par une analyse originale en décomposition. Celle-ci démontre sans ambiguïté que si les habitants des communes les moins favorisées non protégés par la C2S sont moins confrontés aux dépassements, c'est surtout parce qu'ils résident dans des départements où il y a une offre à tarif opposable suffisante, et moins parce qu'ils s'orientent mieux dans le système ou que les praticiens les appréhendent différemment. Il conviendra de prolonger ces travaux, notamment en affinant la décomposition mise en œuvre. Il serait notamment intéressant d'isoler le fait que lorsqu'ils recourent à un médecin de secteur 2, les habitants des communes les moins favorisées ont des dépassements moins élevés (troisième terme de la décomposition), ce qui tient à un recours différencié de ces patients aux médecins ayant adhéré à l'Optam, ou aux comportements de différenciation tarifaire des médecins (le « tact et mesure »).

En définitive, nos résultats soulignent les enjeux d'accessibilité financière dans les territoires, notamment les plus défavorisés socialement. Ils démontrent le fait que si l'on souhaite que les dépassements soient moins élevés, il importe de garantir une offre à tarif opposable sur l'ensemble du territoire. De ce point de vue, les travaux de zonage réalisés par l'Irdes à partir de trois spécialités (cardiologues, dermatologues et ophtalmologues) seront précieux pour poser des diagnostics précis sur l'accessibilité financière à la médecine spécialisée dans les territoires à un niveau géographique fin.

PARTIE 5

Variabilité des tarifs et « tact et mesure » : une analyse exploratoire sur 14 actes techniques

Renaud Legal, Roseline Vincent (Irdes)

Introduction

Le « tact et mesure » : quelle(s) définition(s) juridique(s) ?

La notion de « tact et mesure » est codifiée dans le Code de la santé publique qui stipule que « *les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières* » (Article R. 4127-53-I du Code de la santé publique). Force est de constater qu'il est difficile sur la base de ce seul article de saisir ce que le « tact et mesure » signifie.

En détaillant les critères permettant d'apprécier le respect du « tact et mesure » et ainsi d'identifier une « *pratique des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure* », le Code de la sécurité sociale permet de mieux saisir ce que la notion recouvre : « *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 dépassements pratiqués, pour une activité comparable, par les professionnels de santé exerçant dans le même département ou dans la même région administrative* » (Article 147-13 du Code de la sécurité sociale, modifié par décret du Conseil d'État n° 2020-1215 du 2 octobre 2020).

La prise en compte de la situation du patient

Reprenant l'article R. 4127-53-I du Code de la santé publique, le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) indique pour sa part : « *Les honoraires du médecin sont déterminés avec « tact et mesure », en tenant compte de la complexité de l'acte, de la situation du patient* ».

La prise en compte de la « situation du patient » telle qu'évoquée par le Cnom ouvre potentiellement la voie à ce qu'un médecin de secteur 2 facture pour le même service des tarifs différents entre ses patients, en fonction de leur situation sociale et de leur capacité financière.

Objectif de cette analyse exploratoire

Cette étude exploratoire vise à examiner, sur une sélection de 14 actes techniques qui ont déjà fait l'objet de l'analyse précédente, si la prise en compte de la situation du patient dans les tarifs appliqués par les médecins paraît ou non potentiellement avérée.

L'étude s'organise en deux temps.

L'existence de plusieurs tarifs étant une condition nécessaire (mais non suffisante) à la prise en compte des situations des patients dans les tarifs appliqués, nous examinons d'abord, dans une première section, le nombre de tarifs appliqués par les médecins de secteur 2 pour le même acte. Même si le schéma le plus fréquent est celui d'un seul tarif pour la majorité des actes, une proportion importante de médecins appliquent néanmoins plusieurs tarifs. Les résultats de ce premier volet ouvrent donc potentiellement la voie à des pratiques de modulation des tarifs en fonction de la situation sociale des patients.

Par conséquent, nous nous intéressons dans une deuxième section aux médecins dont les patients présentent des caractéristiques sociales différentes, afin de déterminer si ces médecins appliquent ou non des tarifs plus faibles aux patients les plus défavorisés.

Source et champ

L'analyse est réalisée à partir des données du Système national des données de santé (SNDS) de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), données pour lesquelles l'Irdes dispose d'un accès permanent. Elle porte sur l'année 2021 et concerne une sélection de 14 actes techniques déjà mobilisés dans la partie 4. Pour rappel, cette sélection d'actes résulte d'un processus en deux temps. Dans un premier temps, nous avons opéré une première sélection d'actes techniques (repérés par leur code CCAM [Classification communes des actes médicaux]) sur la base d'un critère de fréquence – les actes devaient être réalisés plus de 10 000 fois dans l'année¹ –, et de montant moyen de dépassements (tous actes et tous patients confondus) supérieur à 100 euros. L'application de ce double critère nous a fourni une liste de 62 actes, parmi laquelle nous avons dans un deuxième temps sélectionné un sous-échantillon de 14 actes. Cette deuxième sélection a été conduite de manière à avoir une hétérogénéité entre les actes en termes de dépassements d'honoraires, de poids à l'hôpital public (en volume), et de concentration des dépassements chez les patients les plus favorisés².

Dans cette étude, nous nous sommes limités à l'analyse des tarifs pratiqués pour la base de remboursement la plus fréquente, en distinguant les professionnels de santé adhérents à l'Option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) et les non-adhérents.

L'analyse ne concerne que les médecins de secteur 2 susceptibles de pratiquer des dépassements d'honoraires. Les dépassements envers les patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S) n'étant pas autorisés, les actes réalisés envers ces patients sont exclus de l'analyse.

Finalement, l'échantillon permet d'analyser les pratiques tarifaires d'environ 13 000 spécialistes de secteur 2 (soit environ 40 % de l'ensemble des spécialistes libéraux de secteur 2) sur 850 000 d'actes environ (Tableaux 1 et 2).

La plupart des résultats suivants sont agrégés sur l'ensemble des 14 actes.

¹ Et ce, quel que soit le médecin ayant réalisé l'acte, que celui-ci soit en secteur 1 ou en secteur 2, adhérent ou non à l'Optam.

² *Ibid.*

Tableau 1 Les 14 actes retenus dans cette étude

Actes réalisés	% d'actes réalisés par un professionnel de santé de secteur 2	Nombres d'actes réalisés	% d'actes avec dépassement parmi eux	Montant moyen du dépassement (€)
Prostatectomie	69 %	11 000	81 %	1 065 €
Sleeve gastrectomie	66 %	13 000	87 %	880 €
Prothèse totale de hanche	54 %	35 000	78 %	625 €
Césarienne programmée	63 %	9 000	82 %	580 €
Prothèse genou	26 %	29 000	68 %	580 €
Ligament croisé	81 %	24 000	88 %	535 €
Césarienne non programmée	21 %	6 000	57 %	510 €
Accouchement (voie naturelle)	18 %	20 000	52 %	425 €
Mastectomie	72 %	11 000	70 %	390 €
Endométrectomie	62 %	19 000	75 %	285 €
Cataracte	63 %	553 000	81 %	245 €
Dents de sagesse	65 %	104 000	91 %	230 €
Amygdalectomie	51 %	7 400	82 %	200 €
Conisation utérus	45 %	13 000	77 %	175 €

Source : Données SNDS 2021.

Champ : hors patients C2S. Professionnels de santé de secteur 2 sauf pour la 1^{re} colonne (ensemble des professionnels de santé).

Calculs : Irdes.

Tableau 2 Les principales spécialités du champ d'analyse

Principales spécialités impliquées	Nombre de professionnels de santé concernés	Part dans l'ensemble des professionnels de santé de l'échantillon
Gynéco-obstétriciens	4 300	33 %
Chirurgie orthopédique et traumatologie	3 300	25 %
Ophthalmologie	2 400	18 %
ORL	700	5 %
Chirurgie urologique	650	5 %
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	500	4 %
Chirurgie générale	450	3 %
Chirurgie viscérale et digestive	300	2 %
TOTAL	12 600	95 %

Source : Données SNDS 2021.

Champ : hors patients C2S. Professionnels de santé de secteur 2 pratiquant au moins l'un des 14 actes analysés (ensemble des professionnels de santé).

Calculs : Irdes.

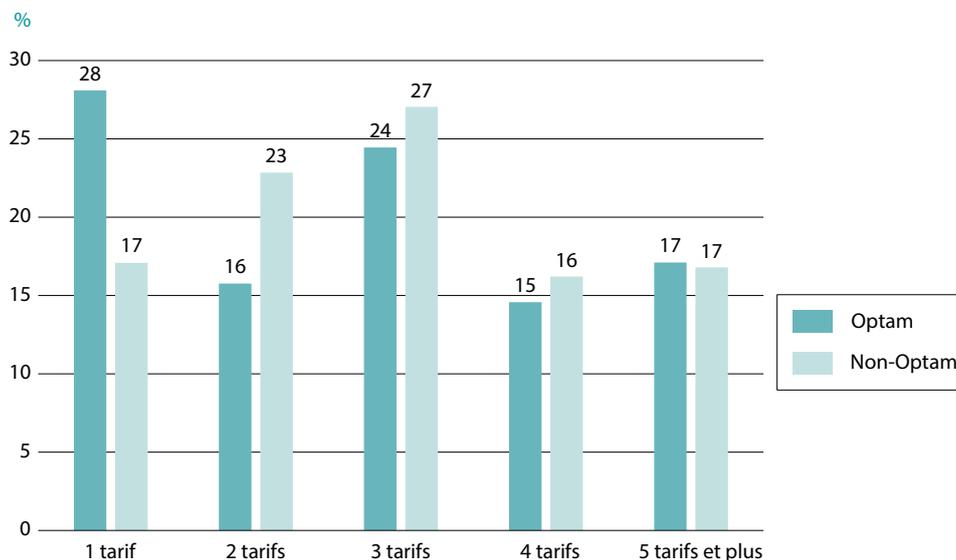
5.1. Combien de tarifs les médecins pratiquent-ils pour le même acte ?

Dans cette partie, tous les tarifs qui représentent moins de 5 % des actes en volumes sont exclus de l'analyse.

5.1.1. La grande majorité des médecins appliquent plusieurs tarifs pour le même acte

La grande majorité des médecins ont plusieurs tarifs pour le même acte : c'est le cas d'environ 70 % des médecins de secteur 2 adhérents à l'Optam et 80 % des non-Optam du champ d'analyse (Graphique 1). Les médecins non-adhérents à l'Optam ont un peu plus de tarifs en moyenne, essentiellement car ils sont moins nombreux à pratiquer uniquement le tarif de convention sur l'acte étudié, et donc à n'avoir qu'un seul tarif.

Graphique 1 Distribution des professionnels de santé selon le nombre de tarifs qu'ils réalisent pour un acte donné – Ensemble des professionnels de santé



Source : Données SNDS 2021.

Champ : hors patients C2S. Professionnels de santé de secteur 2 pratiquant au moins l'un des 14 actes analysés.

NB : tous les tarifs qui représentent moins de 5% des actes en volumes sont exclus de l'analyse.

Calculs : Irdes.

Dans la suite de l'analyse, ces résultats généraux sont déclinés pour différentes catégories de médecins, construites à partir du concept de « tarif le plus fréquent » (Encadré 1).

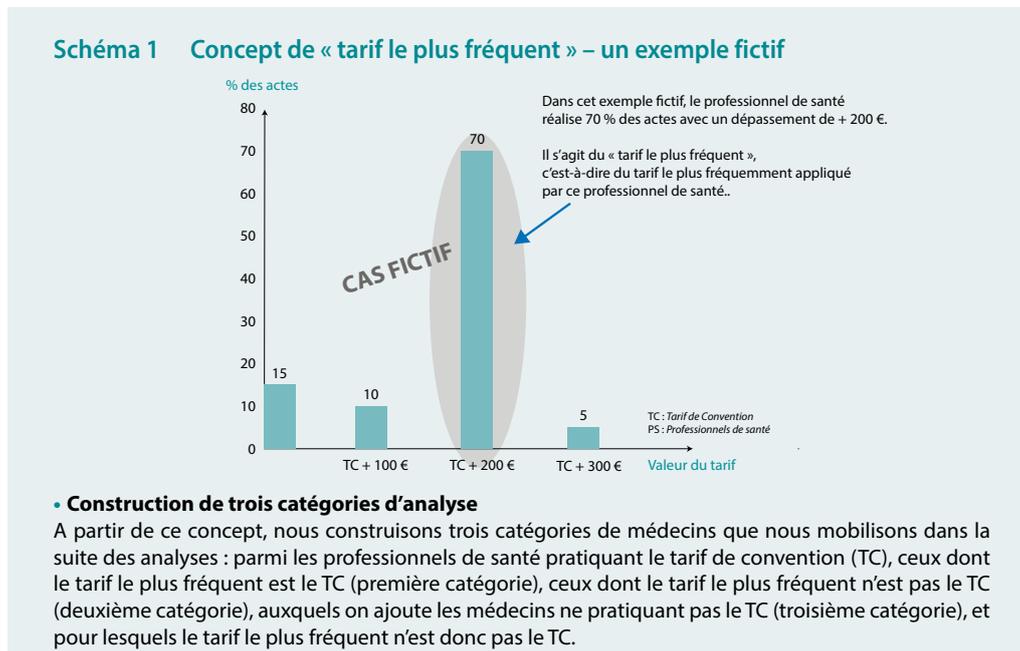
ENCADRÉ 1

Concept de « tarif le plus fréquent » et catégories d'analyse associées

• Concept de « tarif le plus fréquent »

Tout médecin, qu'il pratique un seul tarif ou plusieurs, propose un tarif plus fréquent que les autres : nous le nommons « *tarif le plus fréquent* ».

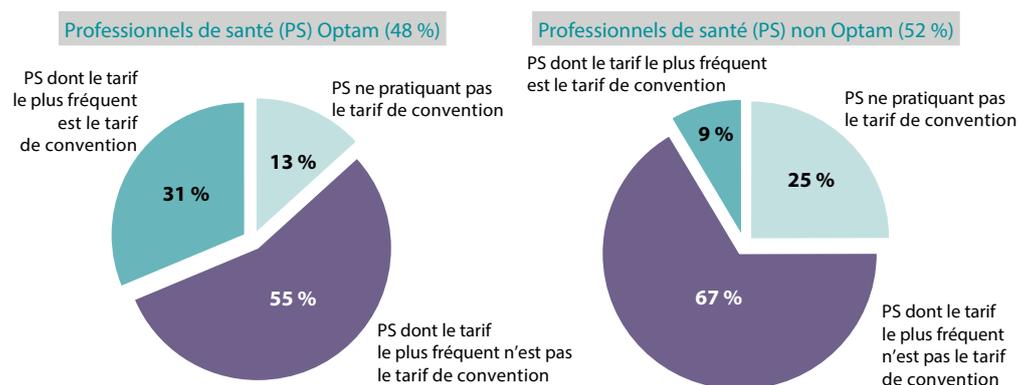
Sur l'exemple fictif ci-après (Schéma 1), le médecin considéré pratique quatre tarifs pour le même acte selon les patients soignés : le tarif de convention, un dépassement d'un montant de 100 €, de 200 € ou de 300 €. Dans 70 % des cas, le tarif appliqué correspond à un dépassement de 200 € par rapport au tarif de convention. Il s'agit dans ce cas du tarif le plus fréquent.



5.1.2. Le tarif le plus fréquemment appliqué est rarement le tarif de convention

Dans notre champ, la grande majorité des médecins pratiquent le tarif de convention au-delà des patients à la C2S : c'est le cas de 90 % des médecins de secteur 2 de notre échantillon d'adhérents à l'Optam et de 75 % des non-adhérents. Pour autant, le cas échéant, le plus souvent, le tarif le plus fréquent n'est alors pas le tarif de convention, *a fortiori* pour les non-Optam (Graphique 1bis).

Graphique 1bis Répartition des professionnels de santé (PS) selon qu'il pratique ou non le tarif de convention et que le cas échéant, celui-ci est leur tarif le plus fréquent – Ensemble des PS



Source : Données SNDS 2021.

Champ : hors patients C2S. Professionnels de santé de secteur 2 pratiquant au moins l'un des 14 actes analysés.

NB : tous les tarifs qui représentent moins de 5 % des actes en volumes sont exclus de l'analyse.

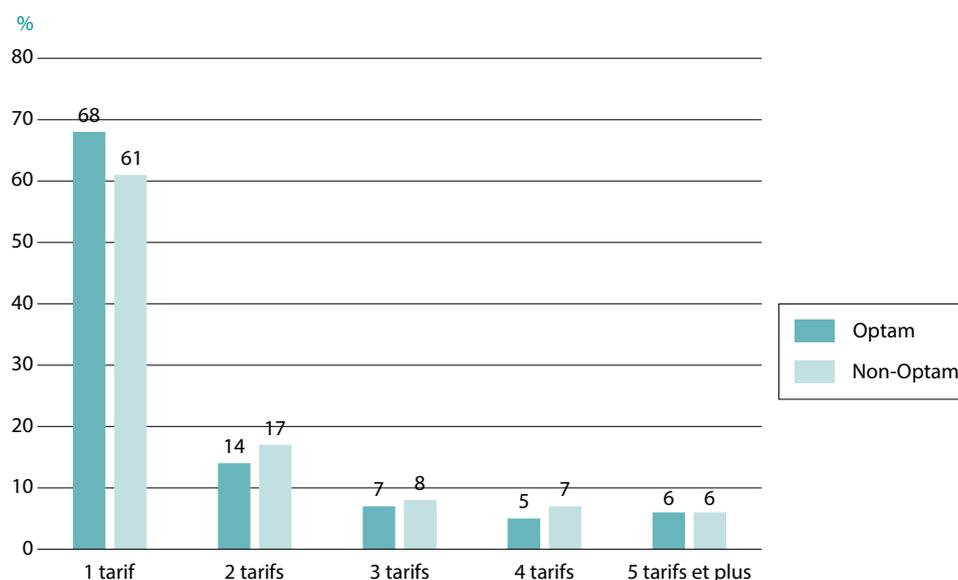
Calculs : Irdes.

Dans les sections suivantes, nous détaillons la distribution des médecins selon le nombre de tarifs qu'ils réalisent pour chacune de ces trois catégories.

5.1.3. La majorité des médecins dont le tarif le plus fréquent est le tarif de convention ne pratiquent que celui-ci

Parmi les médecins de secteur 2 dont le tarif le plus fréquent est le tarif de convention³, la majorité appliquent exclusivement ce tarif : sept médecins adhérents à l'Optam sur dix, et six sur dix des non-Optam sont dans ce cas (Graphique 2).

Graphique 2 Distribution des professionnels de santé (PS) selon le nombre de tarifs qu'ils réalisent pour un acte donné – PS dont le tarif le plus fréquent est le tarif de convention



Source : Données SNDS 2021.

Champ : hors patients C2S. Parmi les professionnels de santé de secteur 2 pratiquant au moins l'un des 14 actes analysés, professionnels de santé dont le tarif le plus fréquent est le tarif de convention.

NB : tous les tarifs qui représentent moins de 5% des actes en volumes sont exclus de l'analyse.

Calculs : Irdes.

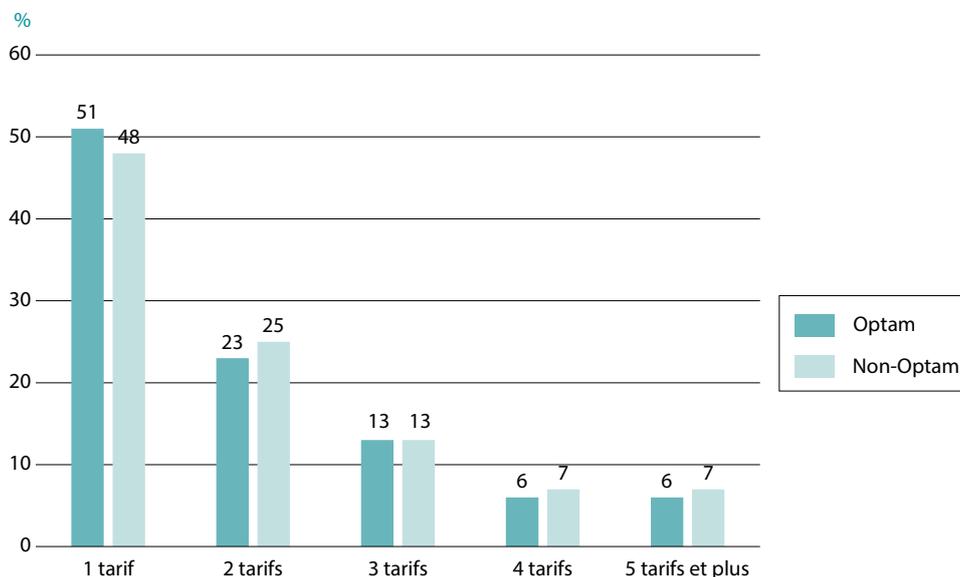
5.1.4. Parmi les médecins ne pratiquant pas le tarif de convention, un médecin sur deux applique au moins deux tarifs

Parmi les médecins de secteur 2 ne pratiquant pas le tarif de convention pour leurs patients non bénéficiaires de la C2S⁴, un sur deux n'a qu'un seul tarif, et donc un sur deux a deux tarifs ou plus. Ce résultat vaut pour les médecins adhérents à l'Optam comme pour les non-Optam (Graphique 3).

³ Lesquels - pour rappel - représentent respectivement 31 % des adhérents à l'Optam et 9 % des non-Optam de notre échantillon (Graphique 1bis).

⁴ Lesquels - pour rappel - représentent respectivement 13 % des adhérents à l'Optam et 25 % des non-Optam de notre échantillon (Graphique 1bis).

Graphique 3 Distribution des professionnels de santé (PS) selon le nombre de tarifs qu'ils réalisent pour un acte donné – PS ne pratiquant pas le tarif de convention



Source : Données SNDS 2021.

Champ : hors patients C2S. Parmi les professionnels de santé de secteur 2 pratiquant au moins l'un des 14 actes analysés, professionnels de santé ne pratiquant pas le tarif de convention.

NB : tous les tarifs qui représentent moins de 5 % des actes en volumes sont exclus de l'analyse.

Calculs : Irdes.

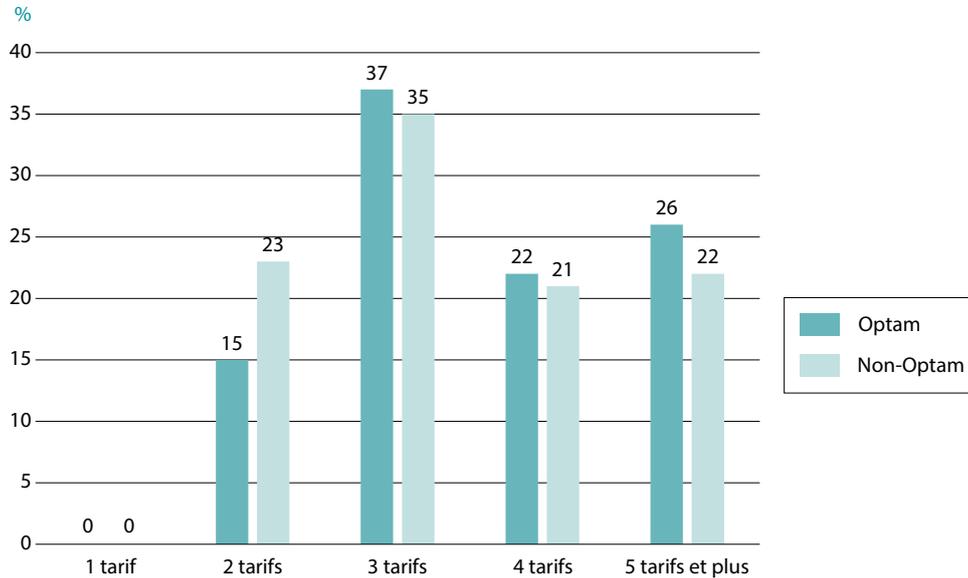
5.1.5. Parmi les médecins ne pratiquant pas majoritairement le tarif de convention, environ 8 sur 10 proposent deux tarifs au moins en plus du tarif de convention

Parmi les médecins de secteur 2 pratiquant le tarif de convention pour leurs patients non bénéficiaires de la C2S mais pour lesquels le tarif le plus fréquent n'est pas le tarif de convention⁵, environ 8 médecins sur 10 (85 % des Optam et 77 % des non-Optam) ont deux tarifs au moins en sus du tarif de convention (Graphique 4).

Ainsi, par rapport aux catégories précédentes, ces médecins ont davantage de tarifs en moyenne, comme si le fait de pratiquer le tarif de convention en sus de leur tarif le plus fréquent est le signe d'une ouverture plus importante à la différenciation tarifaire selon les patients, ce qui se traduit par davantage de tarifs pratiqués.

⁵ Lesquels - pour rappel - représentent respectivement 55 % des adhérents à l'Optam et 67 % des non-Optam de notre échantillon de professionnels de santé (Graphique 1 bis).

Graphique 4 Distribution des professionnels de santé (PS) selon le nombre de tarifs qu'ils réalisent pour un acte donné – PS dont le tarif le plus fréquent n'est pas le tarif de convention



Source : Données SNDS 2021.

Champ : hors patients C2S. Parmi les professionnels de santé de secteur 2 pratiquant au moins l'un des 14 actes analysés, professionnels de santé dont le tarif le plus fréquent n'est pas le tarif de convention.

NB : tous les tarifs qui représentent moins de 5% des actes en volumes sont exclus de l'analyse.

Calculs : Irdes.

Dans cette section et les suivantes, tous les tarifs sont pris en compte, y compris ceux qui représentent moins de 5 % des actes en volumes, qui sont donc réintégrés dans le champ d'analyse.

5.1.6. Définition de trois types de pratiques tarifaires, en fonction du poids du tarif le plus fréquent

Une fois défini ce concept de « tarif le plus fréquent », la pratique tarifaire de chaque médecin est déterminée en fonction de la part que représente son tarif le plus fréquent dans l'ensemble des tarifs appliqués : s'il applique ce tarif dans plus de 80 % des cas, sa pratique tarifaire sera considérée comme « très concentrée » (autour du tarif le plus fréquent) ; entre 50 % et 80 % des cas, celle-ci sera « assez concentrée » ; et dans moins de 50 % des cas, « peu concentrée » (Schéma 2).

Schéma 2 Les trois catégories de professionnels de santé retenues selon le niveau de concentration de la pratique tarifaire du médecin autour du tarif le plus fréquent

La pratique tarifaire du médecin est...		
Très concentrée	Assez concentrée	Peu concentrée
...autour du tarif le plus fréquent, qui représente...		
plus de 80 % des cas	entre 50 % et 80 % des cas	moins de 50 % des cas

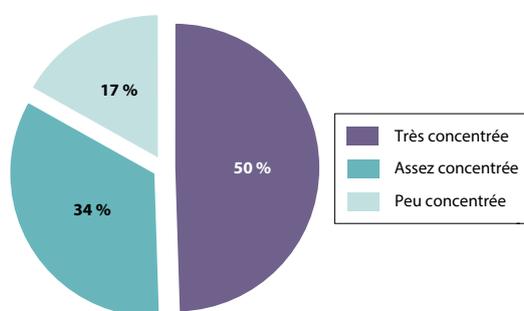
5.1.7. Pour une très grande majorité de médecins, les pratiques tarifaires se concentrent autour d'un tarif

Globalement, les pratiques tarifaires des médecins sont très concentrées autour d'un seul tarif :

- La moitié des professionnels de santé appliquent le même tarif dans plus de 80 % des cas.
- Un tiers des professionnels de santé (Optam ou non-Optam) appliquent le même tarif dans 50 % à 80 % des cas.

Ces résultats sont valables pour les médecins adhérents à l'Optam comme pour les non-Optam (Graphique 5).

Graphique 5 Répartition des professionnels de santé selon le niveau de concentration de leur pratique tarifaire autour du tarif le plus fréquent



Source : Données SNDS 2021.

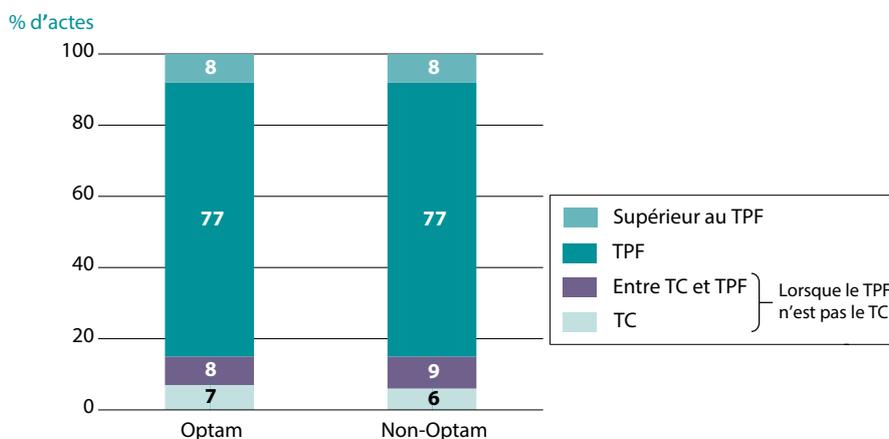
Champ : hors patients C2S. Professionnels de santé de secteur 2 pratiquant au moins l'un des 14 actes analysés.

Calculs : Irdes.

5.1.8. Les tarifs les plus fréquents sont appliqués dans les trois quarts des cas

Compte tenu du résultat précédent, les tarifs les plus fréquents représentent une part prépondérante des tarifs appliqués : ils sont appliqués dans les trois quarts des cas (Graphique 6).

Graphique 6 Répartition des actes selon le tarif réalisé



Source : Données SNDS 2021.

Champ : hors patients C2S. Professionnels de santé de secteur 2 pratiquant au moins l'un des 14 actes analysés.

Calculs : Irdes.

5.1.9. Des résultats qui ouvrent potentiellement la voie à des pratiques de modulation des tarifs des médecins en fonction de la situation sociale des patients

Finalement, les analyses précédentes montrent que même si le schéma le plus fréquent est celui d'un seul tarif appliqué pour la majorité des actes, pour autant, une proportion importante de médecins proposent plusieurs tarifs. Ce dernier résultat ouvre potentiellement la voie à des pratiques de modulation des tarifs des médecins en fonction de la situation sociale de leurs patients.

La section suivante vise à examiner si les patients habitant les communes les plus défavorisées sont – le cas échéant – plus susceptibles de bénéficier des tarifs les plus bas que les autres patients.

5.2. Les médecins appliquent-ils des tarifs plus faibles aux patients des communes défavorisées ?

Cette section s'attache à apporter un éclairage à la question suivante : quelle proportion de médecins pratiquent des dépassements moins élevés pour leurs patients « les moins favorisés socialement » ?

5.2.1. Une approche de la situation sociale des patients par l'indice écologique de déprivation sociale

Les données du SNDS ne fournissent pas d'informations sociales sur les patients au niveau individuel, hormis l'information sur le fait de bénéficier le cas échéant de la Couverture santé solidaire (C2S), patients qui – pour rappel – sont exclus de l'analyse.

Aussi, nous approchons le niveau social de chacun des patients au moyen d'un indice écologique apprécié au niveau de la commune de résidence : l'indice de déprivation. Pour rappel, cet indice est un indice synthétique construit à partir de quatre indicateurs (calculés au niveau de la commune) : le revenu par unité de consommation médian, la part des plus de 15 ans avec le bac ou plus, la part d'habitants en dessous du taux de pauvreté et, enfin, la part de chômeurs.

A partir de cet indice, les patients sont classés en cinq catégories : des moins favorisés (qui appartiennent aux 20 % des habitants au niveau national vivant dans les communes ayant l'indice de déprivation le plus bas) aux plus favorisés (qui appartiennent aux 20 % des habitants au niveau national vivant dans les communes ayant l'indice de déprivation le plus haut).

5.2.2. Une analyse portant sur près de 10 000 médecins

Nous considérons que le fait d'appliquer des tarifs plus faibles aux patients habitant dans les communes défavorisées consiste pour un médecin à s'écarter à la baisse de son tarif le plus fréquent davantage pour les patients des communes les plus défavorisées que pour ceux des autres communes⁶. L'analyse est donc limitée aux médecins dont le tarif le plus fréquent n'est pas le tarif de convention (voir *supra*)⁷. Ce premier filtre conduit à éliminer 31 %

⁶ Une approche plus générale consistant à simplement comparer les tarifs moyens des patients des communes défavorisées avec ceux des patients des autres communes a été mise en œuvre. Elle fournit des résultats (non présentés ici) très proches.

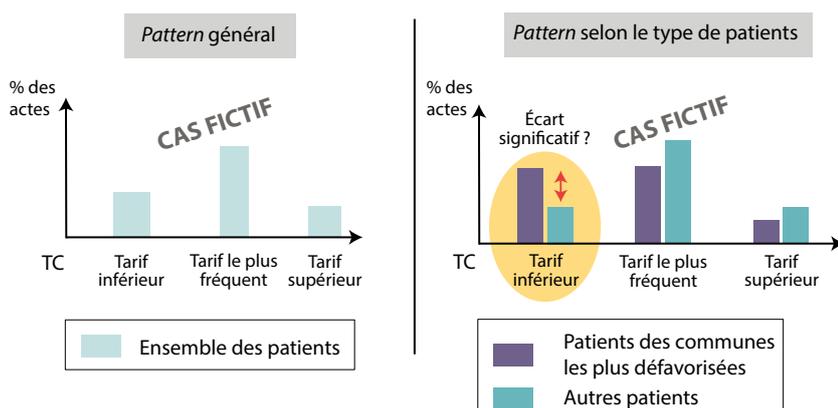
⁷ En effet, le tarif de convention constitue un plancher : il n'est pas possible d'appliquer un tarif inférieur au tarif de convention.

des médecins adhérents à l'Optam et 9 % des médecins non-Optam (Graphique 1bis)⁸. Parmi eux, un deuxième filtre est appliqué pour se restreindre aux médecins dont les patients sont à la fois issus des communes les moins favorisées, mais aussi d'autres communes. Finalement, ce double filtre conduit à éliminer environ un quart des médecins de notre échantillon initial, ce qui permet de disposer *in fine* d'un échantillon d'analyse d'environ 10 000 médecins pour cette deuxième partie.

5.2.3. Méthode retenue pour déterminer si un médecin applique ou non des tarifs plus faibles à ses patients des communes défavorisées

Pour les médecins concernés, il s'agit de voir si leurs patients qui habitent dans des communes défavorisées ont plus de chances que les autres de se voir facturer un tarif inférieur au tarif le plus fréquent. Lorsque des écarts en faveur des patients des communes défavorisées sont constatés (Schéma 3), des tests du Khi-deux ont été mis en œuvre pour juger le cas échéant de la significativité de l'écart de proportions.

Schéma 3 Illustration d'une tarification favorable aux patients des communes défavorisées sur un cas fictif



Source : Irdes.

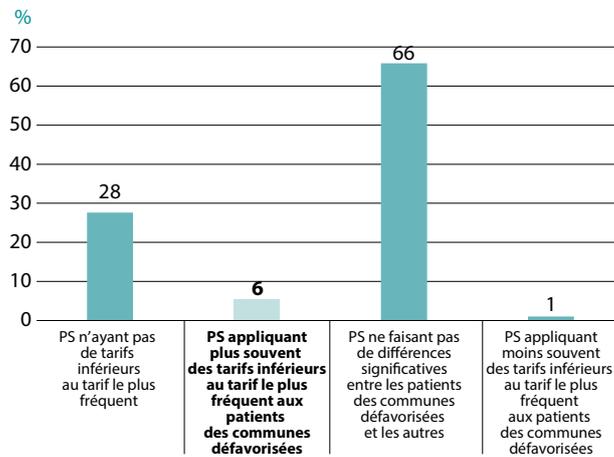
5.2.4. Seuls 6 % des médecins concernés appliquent plus souvent aux patients des communes défavorisées des tarifs inférieurs à leur tarif le plus fréquent

Parmi les 10 000 médecins environ pour lesquels se pose la question de savoir s'ils pratiquent ou non des tarifs plus faibles envers les patients des communes défavorisées :

- 28 % n'ont pas de tarif inférieur au tarif le plus fréquent, et par conséquent, ne s'en écartent pas à la baisse pour les patients de ces communes.
- 66 % ont au moins un tarif plus faible que leur tarif le plus fréquent, mais sans que leurs patients des communes défavorisées n'en bénéficient significativement plus souvent que les patients des autres communes.
- Seuls 6 % des médecins concernés appliquent plus souvent des tarifs inférieurs au tarif le plus fréquent aux patients des communes défavorisées (Graphique 7).

⁸ En raison de la sélection créée par ce filtre, les pratiques de tact et mesure entre professionnels de santé adhérents à l'Optam et non-adhérents ne sont pas comparées par la suite, puisque ces deux catégories de médecins se distinguent l'une de l'autre principalement sur cette caractéristique.

Graphique 7 Répartition des professionnels de santé (PS) concernés selon qu'ils ont ou non une tarification significativement plus favorable aux patients des communes défavorisées



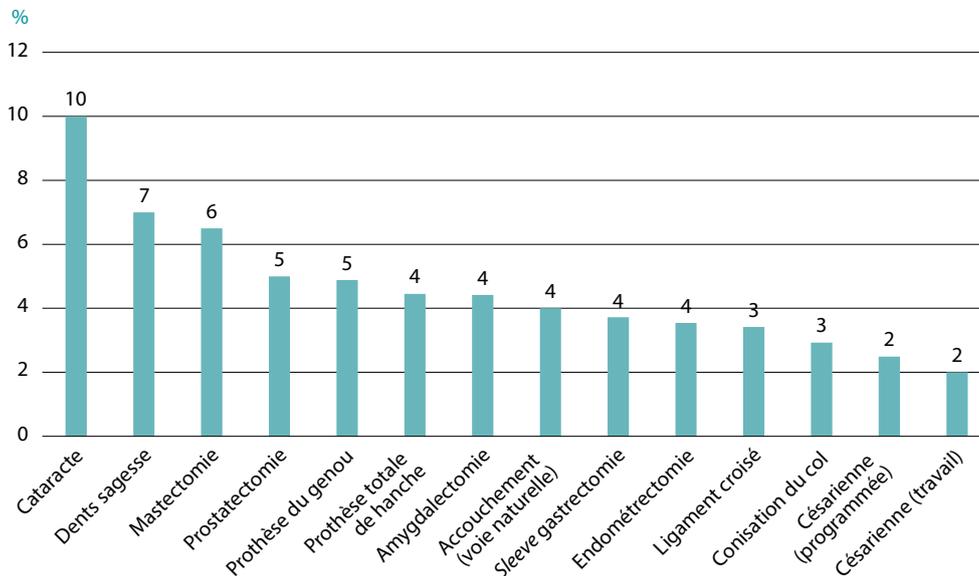
Source : Données SNDS 2021.

Champ : hors patients C2S. Parmi les professionnels de santé de secteur 2 pratiquant au moins l'un des 14 actes analysés et pour lesquels la question d'une éventuelle tarification plus favorable aux patients des communes défavorisées se pose.

Calculs : Irdes.

Cette proportion globale de 6 %, tous actes et tous médecins confondus, varie de 2 % à 10 % selon les actes (Graphique 8).

Graphique 8 Part de professionnels de santé (PS) appliquant plus souvent des tarifs inférieurs au TPF aux patients des communes défavorisées, pour chacun des 14 actes



Source : Données SNDS 2021.

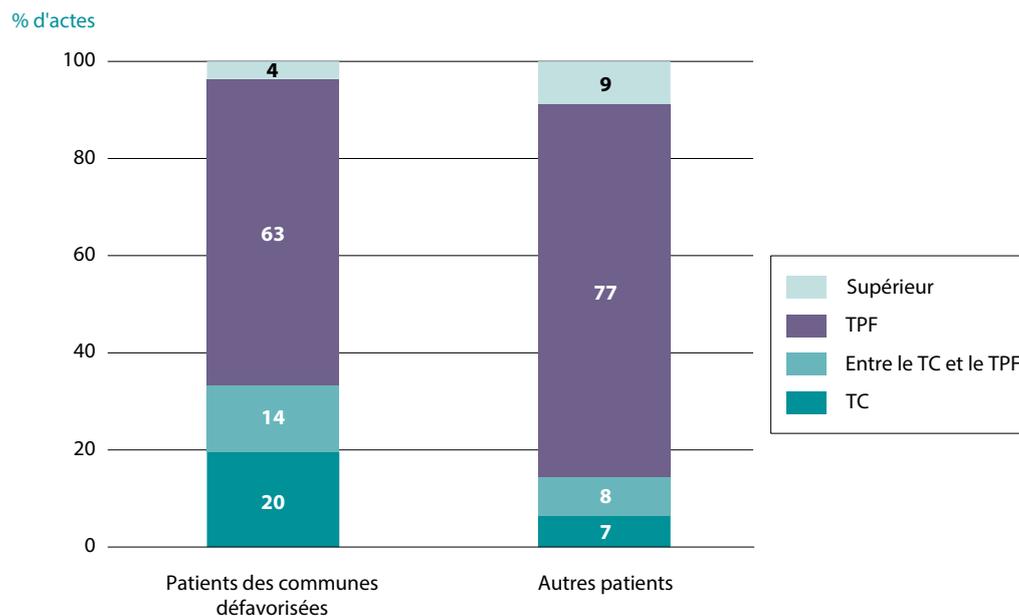
Champ : hors patients C2S. Parmi les professionnels de santé de secteur 2 pratiquant au moins l'un des 14 actes analysés et pour lesquels la question d'une éventuelle tarification plus favorable aux patients des communes défavorisées se pose.

Calculs : Irdes.

Lecture : Parmi les spécialistes libéraux de secteur 2 qui pratiquent des césariennes dont le tarif le plus fréquent n'est pas le tarif de convention et ayant pour cet acte à la fois des patientes des communes les plus défavorisées et des patientes d'autres communes, seuls 2% appliquent plus souvent des tarifs inférieurs au tarif le plus fréquent aux patientes des communes les plus défavorisées.

Par rapport aux patients des autres communes, les patients des communes les moins favorisées ont 14 points de pourcentage de chances de plus d'avoir un tarif inférieur au tarif le plus fréquent, y compris le tarif de convention (Graphique 9).

Graphique 9 Répartition des actes selon le tarif réalisé par les médecins appliquant plus souvent des tarifs inférieurs au tarif le plus fréquent aux patients des communes les moins favorisées



Source : Données SNDS 2021.

Champ : hors patients C2S. Parmi les professionnels de santé de secteur 2 pratiquant au moins l'un des 14 actes analysés et pour lesquels la question d'une éventuelle tarification plus favorable aux patients des communes défavorisées se pose ; médecins appliquant le plus souvent des tarifs inférieurs au tarif le plus fréquent aux patients des communes défavorisées.

Calculs : Irdes.

Finalement, nos résultats indiquent que seule une minorité de médecins appliquent plus fréquemment aux patients des communes les plus défavorisées des tarifs inférieurs à leur tarif habituel.

5.3. Conclusion

Les résultats de notre analyse indiquent qu'une proportion importante de médecins appliquent plusieurs tarifs, le schéma le plus fréquent étant celui d'un tarif pratiqué dans la majorité des cas.

Ce résultat ouvre potentiellement la voie à des pratiques de modulation des tarifs des médecins en fonction de la situation sociale des patients.

En mobilisant l'indice écologique de déprivation, lequel permet de caractériser la situation sociale globale des habitants de la commune de résidence de chaque patient, nos résultats indiquent que seule une minorité de professionnels de santé concernés (6 %) appliquent plus fréquemment aux patients des communes les plus défavorisées des tarifs inférieurs au tarif le plus fréquent.

Ce travail comporte plusieurs limites.

Premièrement, les résultats de la première section sont obtenus à partir d'une approche écologique de la situation sociale des patients. Même si, en moyenne, indice écologique et situation individuelle des patients sont fortement corrélés, on perçoit bien les limites d'une approche écologique utilisée à défaut d'une approche individuelle : certains habitants des communes défavorisées sont aisés financièrement ; inversement, certains habitants des communes favorisées ne sont pas aisés.

Aussi, ces résultats doivent être considérés comme des résultats exploratoires et par conséquent être interprétés avec précaution. Compte tenu de l'indice écologique utilisé, les pratiques de modulation tarifaires en fonction du niveau social des patients sont *a priori* sous-estimées. La question reste posée de savoir comment les résultats de cette étude seraient affectés en mobilisant une approche individuelle et non écologique de la position sociale des patients.

Deuxièmement, nos résultats portent sur un champ particulier, à la fois en termes d'actes et de spécialités. Il s'agit notamment d'actes réalisés ponctuellement. Or, on peut supposer que l'adaptation des tarifs est potentiellement plus aisée dans le cadre d'un suivi régulier du patient. La question de la généralisation de ces résultats à d'autres pratiques médicales se pose par conséquent.

Troisièmement, on peut se demander plus généralement comment les médecins qui adaptent leurs tarifs en fonction de la situation sociale des patients repèrent celle-ci en pratique. Sur quels critères se fondent-ils pour, le cas échéant, moduler leurs dépassements ? Les travaux qualitatifs menés par ailleurs à l'Irdes sur deux spécialités (ophtalmologues et psychiatres) apporteront sur ce point des éclairages précieux.

Enfin, comment la concurrence affecte-t-elle les pratiques de discrimination tarifaire ? Les médecins soumis à une forte concurrence sont-ils plus enclins à pratiquer plusieurs tarifs, et à moduler davantage leurs tarifs en fonction de la situation sociale des patients ? Cette question sera examinée par l'Irdes au cours de prochains travaux, notamment dans le cas de la cataracte.

Bibliographie sélective

- Aballea P., Bartoli F., Eslous L., Yeni I.** (2007). *Les dépassements d'honoraires médicaux*, Rapport Igas RM 2007-054P, avril.
- Bellamy V., Samson AL.** (2010). *Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins*, Comptes nationaux de la santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).
- Bellamy V., Samson AL.** (2012). « Le secteur optionnel : effet d'aubaine ou outil de régulation des dépassements d'honoraires ? ». *Économie Publique*, n° 28-29, pp. 197-238.
- Benamran et al.** (2024). "A comprehensive insight into the economic profile of people receiving metabolic and bariatric surgery use in France". *Obesity Surgery*, 34:3315-3323.
- Bras P.L.** (2015). « La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes ». *Les Tribunes de la santé*, 3 n° 48, pages 73 à 92.
- Choné P., Coudin E., Pla A.** (2019). "Does the provision of physician services respond to competition?". *Série des Documents de Travail*, n° 20, CREST.
- Choné P., Coudin E., Pla A.** (2020). « Médecins en secteur 2 : les dépassements d'honoraires diminuent quand la concurrence s'accroît ». *Études et résultats* n° 1137, Drees, janvier.
- Clerc I., L'Haridon O., Paraponaris A., Protopopescu C., Ventelou B.** (2012). "Fee-for-service payments and consultation length in general practice: a work-leisure trade-off model for French GPs". *Applied Economics*, 44(25):3323-3337.
- Cour des comptes** (2017). *La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins*, Chapitre V, RALFSS 2017, Cour des comptes, septembre.
- Dixte C., Loussouarn C.** (2024) : « Revenu des médecins libéraux : une légère hausse entre 2017 et 2021, avec de fortes disparités selon la spécialité et l'ancienneté d'installation », *Études et Résultats*, Drees, n° 1322 – décembre.
- Dormont B. and Gayet C.** (2021). "The ban on extra-fees for beneficiaries of the CMU-C health cover: what consequences for physicians and dentists in private practice?". *Économie et Statistique / Economics and Statistics*, (524-525):31-47.
- Dormont B., Peron M.** (2016). "Does health insurance encourage the rise in medical prices? A test on balance billing in France". *Health Econ.* 25: 1073-1089.
- Kingsada A., Samson AL.** (2022). French physicians' response to balance billing restrictions. *Working paper*.
- Kingsada A.** (2024). "Can financial incentives improve access to care? Evidence from a French experiment on specialist physicians". *Social Science and Medicine*, Volume 352, July.

- Lucas-Gabrielli V., Bonal M., Mangeney C., Com-Ruelle L., Gousset C.** (2025). « Inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins spécialistes. Proposition d'indicateurs », Rapport de l'Irdes, n° 597, septembre.
- Lucas-Gabrielli V., Mangeney C., Duchaine F., Com-Ruelle L., Gueye A., Raynaud D.** (2022). « Inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins spécialistes. Proposition de méthodologie pour trois spécialités ». *Document de travail*, Irdes, n° 87, Mai.
- Montmartin B., Herrera-Gomez, M.** (2023). "Spatial dependence in physicians' prices and additional fees: Evidence from France". *Journal of Health Economics*. Volume 88, March, 102724.
- Pradines N.** (2016). « Les établissements de santé privés sont davantage fréquentés par les catégories sociales aisées ». *Études et résultats*, Drees, n° 0976, septembre.
- Raynaud R.** (2005). « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire ». *Études et résultats*, Drees, n° 378, février.
- Perronnin M.** (2016). « Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis. *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n° 218, Mai.
- Rey G., Jouglu E., Fouillet A., Hémon D.** (2009). "Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997-2001: variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death". *BMC Public Health*, 9:33.

ANNEXES

Annexe 1 L'appariement Insee-Cnam-DGFiP, le revenu libéral et le revenu d'activité¹

L'appariement Insee-Cnam-DGFiP :

Sources

Le revenu des médecins libéraux est calculé ici à partir d'une source exhaustive (Insee-Cnam-DGFiP) de données associant, pour chaque médecin libéral, des données relatives à son activité – fournies par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) – et des données relatives à ses différents types de revenus, issues de la déclaration d'imposition sur le revenu et fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFiP). Cette source permet ainsi de disposer, pour chaque médecin exerçant une activité libérale, à la fois de son revenu libéral et de son éventuel revenu salarié, dont la somme constitue son revenu d'activité total. Cet appariement est disponible pour les années 2005, 2008, 2011, 2014 et 2017. Du fait de la crise sanitaire, l'année d'exercice suivante a été décalée à 2021. Néanmoins, la situation en 2021 demeure marquée par ce contexte exceptionnel. Il a des effets, d'une part, sur l'activité des médecins, et, d'autre part, sur les déclarations fiscales de ces derniers, du fait des indemnités exceptionnelles versées et des autorisations de report de charges, utilisées de manière hétérogène par les médecins. À cet égard, l'année 2021 est relativement atypique.

Par ailleurs, le périmètre des professionnels de santé concernés par cet appariement a été étendu, pour 2021, à tous les autres médecins inscrits à l'Ordre et enregistrés dans le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS). Ainsi, pour la première fois, il sera possible de disposer de l'ensemble des revenus des médecins salariés exclusifs, que ceux-ci soient employés dans le secteur privé ou public.

Source : Encadré 1, *Études et Résultats*, Drees, n° 1322 – décembre 2024.

Revenu libéral et revenu d'activité :

Méthode et définitions

Le revenu libéral correspond au revenu tiré des honoraires perçus une fois les charges déduites. Les médecins exerçant en leur nom propre le déclarent à l'administration fiscale en tant que bénéficiaire non commercial (BNC). Pour ceux exerçant en société soumise à l'impôt sur les sociétés, comme les sociétés d'exercice libéral (SEL), le revenu libéral est déclaré en tant que rémunérations de gérance et dividendes versés par la société. À partir de ces éléments reconstitués dans les données de l'appariement Insee-Cnam-DGFiP, la Drees recalcule un revenu libéral homogène pour tous les médecins, quel que soit le cadre juridique dans lequel ils exercent. Pour ce faire, une fraction des dividendes et des salaires de gérants déclarés à l'administration fiscale par le foyer fiscal auquel le médecin appartient est intégrée au revenu libéral (Bellamy, 2014).

À ce revenu libéral peut s'ajouter éventuellement un revenu salarié. Dans ce cas, le médecin est considéré comme ayant une activité mixte. La somme des revenus libéraux et salariés constitue le revenu d'activité global du médecin. Il correspond au revenu net fiscal.

Source : Encadré 1, *Études et Résultats*, Drees, n° 1322 – décembre 2024.

¹ Cette annexe est issue de la dernière publication de la Drees sur les revenus des médecins libéraux : Dixte C., Loussouarn C. (2024) : « Revenu des médecins libéraux : une légère hausse entre 2017 et 2021, avec de fortes disparités selon la spécialité et l'ancienneté d'installation ». *Études et Résultats*, Drees, n° 1322 – décembre 2024.

Annexe 2 Résultats par spécialité des différents indicateurs déclinés selon le décile de taux de dépassements

Tableau A1 Taux de dépassements, nombre d'actes, taux de charge, tarif de convention et revenu libéral annuel moyens par dixième de taux de dépassements – Anesthésistes-réanimateurs

	Taux de dépassements	Revenu libéral	Nombre d'actes	Taux de charge	Tarif de convention moyen
1 ^{er} dixième	2 %	145 k€	3 900	59 %	88 €
2 ^e dixième	16 %	152 k€	4 600	62 %	76 €
3 ^e dixième	27 %	179 k€	4 800	61 %	74 €
4 ^e dixième	35 %	218 k€	5 100	58 %	74 €
5 ^e dixième	41 %	197 k€	4 600	58 %	73 €
6 ^e dixième	51 %	203 k€	4 600	59 %	72 €
7 ^e dixième	59 %	217 k€	4 500	59 %	73 €
8 ^e dixième	74 %	231 k€	4 400	59 %	73 €
9 ^e dixième	93 %	238 k€	4 400	62 %	73 €
10 ^e dixième	146 %	260 k€	3 200	55 %	73 €

Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2, libéraux stricts uniquement, c'est-à-dire hors médecins ayant une activité mixte (libérale + salariée).

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Tableau A2 Taux de dépassements, nombre d'actes, taux de charge, tarif de convention et revenu libéral annuel moyens par dixième de taux de dépassements – Cardiologues

	Taux de dépassements	Revenu libéral	Nombre d'actes	Taux de charge	Tarif de convention moyen
1 ^{er} dixième	0 %	140 k€	3 400	61 %	106 €
2 ^e dixième	0 %	140 k€	3 400	61 %	106 €
3 ^e dixième	1 %	157 k€	3 800	60 %	102 €
4 ^e dixième	6 %	153 k€	4 700	63 %	83 €
5 ^e dixième	11 %	165 k€	4 300	60 %	86 €
6 ^e dixième	18 %	157 k€	4 000	60 %	82 €
7 ^e dixième	25 %	156 k€	4 400	59 %	69 €
8 ^e dixième	33 %	178 k€	4 200	56 %	72 €
9 ^e dixième	47 %	175 k€	3 600	56 %	76 €
10 ^e dixième	80 %	137 k€	3 900	65 %	56 €

Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2, libéraux stricts uniquement, c'est-à-dire hors médecins ayant une activité mixte (libérale + salariée).

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Tableau A3 Taux de dépassements, nombre d'actes, taux de charge, tarif de convention et revenu libéral annuel moyens par dixième de taux de dépassements – Chirurgiens

	Taux de dépassements	Revenu libéral	Nombre d'actes	Taux de charge	Tarif de convention moyen
1 ^{er} dixième	5 %	137 k€	2 300	53 %	121 €
2 ^e dixième	17 %	153 k€	3 300	61 %	101 €
3 ^e dixième	27 %	176 k€	3 700	59 %	92 €
4 ^e dixième	36 %	174 k€	3 400	58 %	90 €
5 ^e dixième	45 %	191 k€	3 200	56 %	94 €
6 ^e dixième	56 %	196 k€	3 200	58 %	93 €
7 ^e dixième	67 %	201 k€	3 100	58 %	93 €
8 ^e dixième	86 %	203 k€	3 000	59 %	88 €
9 ^e dixième	122 %	201 k€	2 300	56 %	89 €
10 ^e dixième	243 %	194 k€	1 200	42 %	82 €

Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2, libéraux stricts uniquement, c'est-à-dire hors médecins ayant une activité mixte (libérale + salariée).

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Tableau A4 Taux de dépassements, nombre d'actes, taux de charge, tarif de convention et revenu libéral annuel moyens par dixième de taux de dépassements – Gynécologues

	Taux de dépassements	Revenu libéral	Nombre d'actes	Taux de charge	Tarif de convention moyen
1 ^{er} dixième	10 %	111 k€	4 800	62 %	56 €
2 ^e dixième	20 %	120 k€	4 800	61 %	53 €
3 ^e dixième	29 %	125 k€	4 900	60 %	49 €
4 ^e dixième	36 %	127 k€	5 100	64 %	51 €
5 ^e dixième	44 %	120 k€	4 300	62 %	51 €
6 ^e dixième	54 %	131 k€	4 400	62 %	51 €
7 ^e dixième	68 %	127 k€	4 200	61 %	46 €
8 ^e dixième	86 %	137 k€	4 200	60 %	43 €
9 ^e dixième	116 %	105 k€	3 500	64 %	38 €
10 ^e dixième	219 %	125 k€	2 600	59 %	37 €

Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2, libéraux stricts uniquement, c'est-à-dire hors médecins ayant une activité mixte (libérale + salariée).

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Tableau A5 Taux de dépassements, nombre d'actes, taux de charge, tarif de convention et revenu libéral annuel moyens par dixième de taux de dépassements – ORL

	Taux de dépassements	Revenu libéral	Nombre d'actes	Taux de charge	Tarif de convention moyen
1 ^{er} dixième	6 %	112 k€	3 800	52 %	58 €
2 ^e dixième	14 %	129 k€	4 900	56 %	52 €
3 ^e dixième	21 %	117 k€	4 500	58 %	51 €
4 ^e dixième	27 %	146 k€	5 200	56 %	50 €
5 ^e dixième	33 %	127 k€	4 600	59 %	50 €
6 ^e dixième	39 %	138 k€	4 600	55 %	48 €
7 ^e dixième	47 %	138 k€	4 700	58 %	47 €
8 ^e dixième	57 %	144 k€	4 800	60 %	48 €
9 ^e dixième	75 %	158 k€	4 100	55 %	49 €
10 ^e dixième	138 %	146 k€	2 900	50 %	42 €

Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2, libéraux stricts uniquement, c'est-à-dire hors médecins ayant une activité mixte (libérale + salariée).

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Tableau A6 Taux de dépassements, nombre d'actes, taux de charge, tarif de convention et revenu libéral annuel moyens par dixième de taux de dépassements – Dermatologues

	Taux de dépassements	Revenu libéral	Nombre d'actes	Taux de charge	Tarif de convention moyen
1 ^{er} dixième	9 %	84 k€	4 100	55 %	41 €
2 ^e dixième	20 %	93 k€	4 200	54 %	40 €
3 ^e dixième	28 %	104 k€	4 200	53 %	41 €
4 ^e dixième	36 %	98 k€	4 100	55 %	39 €
5 ^e dixième	44 %	90 k€	3 600	54 %	38 €
6 ^e dixième	54 %	117 k€	3 700	46 %	38 €
7 ^e dixième	66 %	104 k€	4 100	59 %	37 €
8 ^e dixième	87 %	107 k€	3 400	52 %	35 €
9 ^e dixième	115 %	114 k€	3 200	52 %	35 €
10 ^e dixième	181 %	123 k€	2 700	45 %	30 €

Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2, libéraux stricts uniquement, c'est-à-dire hors médecins ayant une activité mixte (libérale + salariée).

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Tableau A7 Taux de dépassements, nombre d'actes, taux de charge, tarif de convention et revenu libéral annuel moyens par dixième de taux de dépassements - Gastro-entérologues

	Taux de dépassements	Revenu libéral	Nombre d'actes	Taux de charge	Tarif de convention moyen
1 ^{er} dixième	0 %	106 k€	3 000	58 %	84 €
2 ^e dixième	5 %	105 k€	3 300	60 %	76 €
3 ^e dixième	11 %	121 k€	3 100	55 %	77 €
4 ^e dixième	19 %	148 k€	3 600	55 %	76 €
5 ^e dixième	25 %	135 k€	3 300	57 %	77v
6 ^e dixième	30 %	157 k€	3 700	57 %	75 €
7 ^e dixième	36 %	164 k€	3 500	56 %	78v
8 ^e dixième	44 %	176 k€	3 200	51 %	77 €
9 ^e dixième	60 %	181 k€	3 100	52 %	76v
10 ^e dixième	124 %	169 k€	2 600	58 %	70 €

Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2, libéraux stricts uniquement, c'est-à-dire hors médecins ayant une activité mixte (libérale + salariée).

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Tableau A8 Taux de dépassements, nombre d'actes, taux de charge, tarif de convention et revenu libéral annuel moyens par dixième de taux de dépassements - Pédiatres

	Taux de dépassements	Revenu libéral	Nombre d'actes	Taux de charge	Tarif de convention moyen
1 ^{er} dixième	4 %	77 k€	3 500	52 %	45 €
2 ^e dixième	13 %	73 k€	3 300	53 %	42 €
3 ^e dixième	19 %	77 k€	3 800	56 %	38 €
4 ^e dixième	25 %	89 k€	3 600	50 %	39 €
5 ^e dixième	31 %	76 k€	3 900	60 %	37 €
6 ^e dixième	41 %	94 k€	3 800	54 %	38 €
7 ^e dixième	55 %	96 k€	4 000	55 %	34 €
8 ^e dixième	75 %	88 k€	3 500	54 %	31 €
9 ^e dixième	106 %	89 k€	3 400	57 %	30 €
10 ^e dixième	156 %	98 k€	3 500	62 %	29 €

Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2, libéraux stricts uniquement, c'est-à-dire hors médecins ayant une activité mixte (libérale + salariée).

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Tableau A9 Taux de dépassements, nombre d'actes, taux de charge, tarif de convention et revenu libéral annuel moyens par dixième de taux de dépassements – Radiologues

	Taux de dépassements	Revenu libéral	Nombre d'actes	Taux de charge	Tarif de convention moyen
1 ^{er} dixième	0 %	126 k€	11 500	70 %	36 €
2 ^e dixième	5 %	144 k€	14 700	74 %	36 €
3 ^e dixième	9 %	155 k€	14 900	74 %	36 €
4 ^e dixième	14 %	176 k€	14 600	71 %	37 €
5 ^e dixième	20 %	184 k€	15 600	72 %	35 €
6 ^e dixième	27 %	183 k€	14 000	71 %	35 €
7 ^e dixième	34 %	201 k€	17 100	75 %	35 €
8 ^e dixième	43 %	244 k€	19 300	75 %	35 €
9 ^e dixième	60 %	280 k€	17 700	71 %	34 €
10 ^e dixième	103 %	297 k€	12 700	69 %	37 €

Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2, libéraux stricts uniquement, c'est-à-dire hors médecins ayant une activité mixte (libérale + salariée).

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Tableau A10 Taux de dépassements, nombre d'actes, taux de charge, tarif de convention et revenu libéral annuel moyens par dixième de taux de dépassements – Rhumatologues

	Taux de dépassements	Revenu libéral	Nombre d'actes	Taux de charge	Tarif de convention moyen
1 ^{er} dixième	4 %	79 k€	5 200	63 %	39
2 ^e dixième	14 %	86 k€	4 300	55 %	39
3 ^e dixième	20 %	78 k€	4 300	59 %	37
4 ^e dixième	26 %	67 k€	4 800	68 %	34
5 ^e dixième	34 %	106 k€	5 200	55 %	34
6 ^e dixième	41 %	121 k€	5 500	53 %	33
7 ^e dixième	50 %	107 k€	4 700	54 %	33
8 ^e dixième	60 %	76 k€	3 600	60 %	33
9 ^e dixième	81 %	92 k€	3 400	55 %	33
10 ^e dixième	136 %	83 k€	2 600	56 %	31

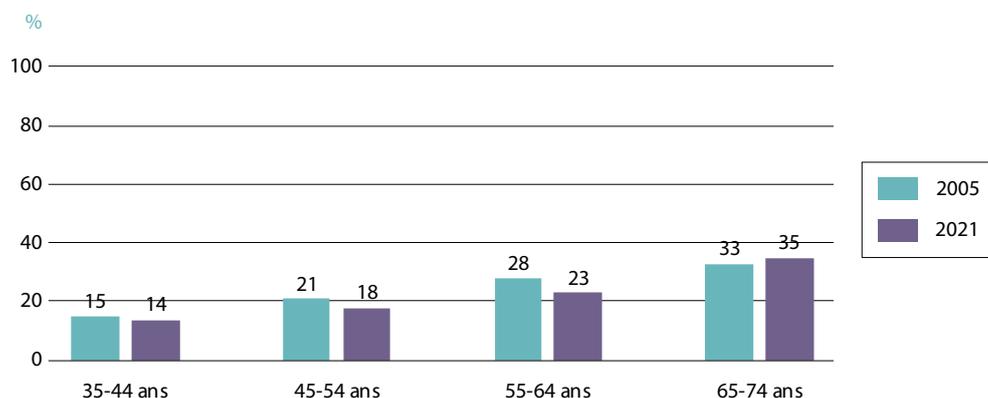
Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2, libéraux stricts uniquement, c'est-à-dire hors médecins ayant une activité mixte (libérale + salariée).

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Annexe 3 Taux moyens de dépassements par âge en 2005 et en 2021 pour les différentes spécialités

Graphique 10 Taux moyens de dépassements (%) des médecins de secteur 2 par âge en 2005 et en 2021 – *Cardiologues*

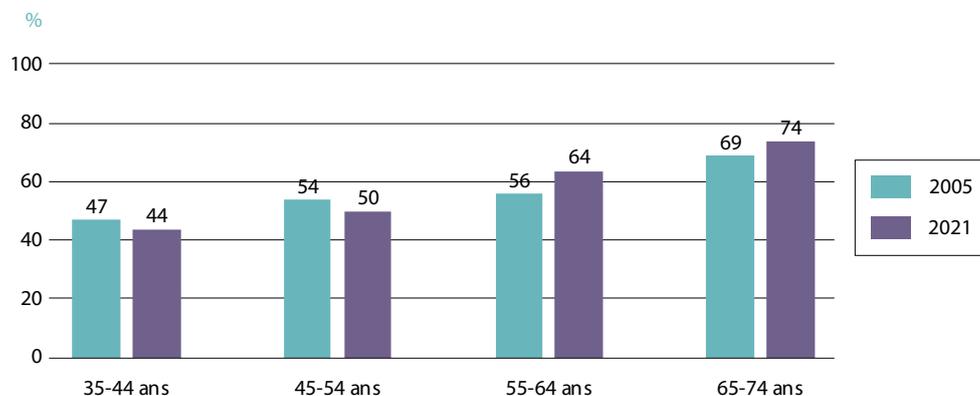


Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2005-2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2 uniquement.

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Graphique 11 Taux moyens de dépassements (%) des médecins de secteur 2 par âge en 2005 et en 2021 – *Dermatologues*

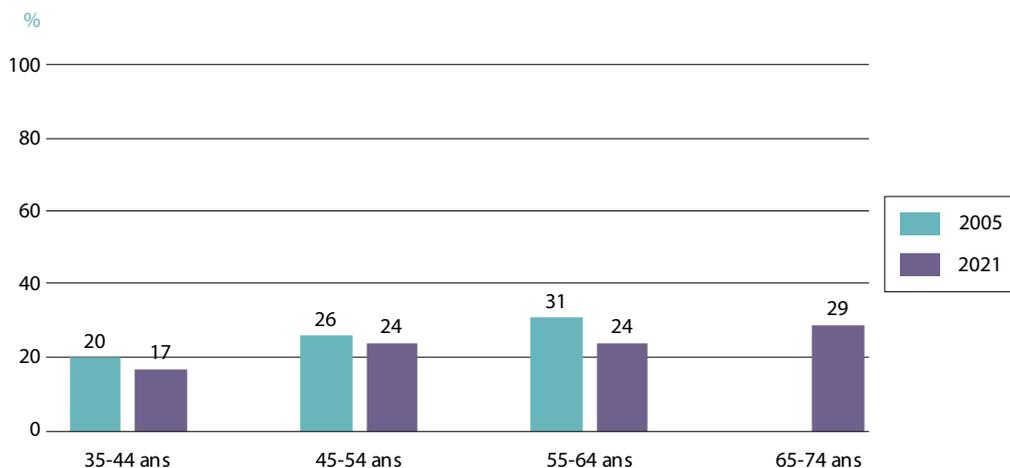


Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2005-2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2 uniquement.

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Graphique 12 Taux moyens de dépassements (%) des médecins de secteur 2 par âge en 2005 et en 2021 – *Pneumologues*

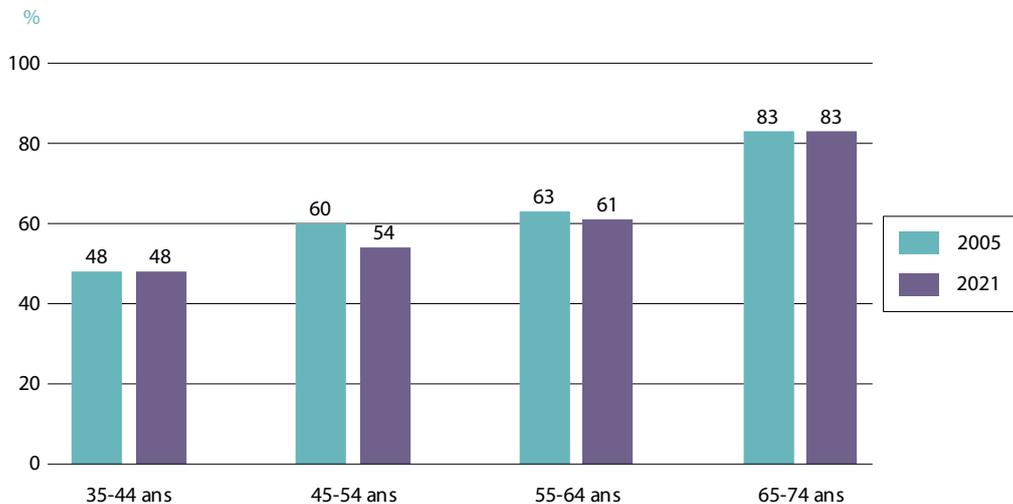


Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2005-2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2 uniquement.

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Graphique 13 Taux moyens de dépassements (%) des médecins de secteur 2 par âge en 2005 et en 2021 – *Gynécologues*

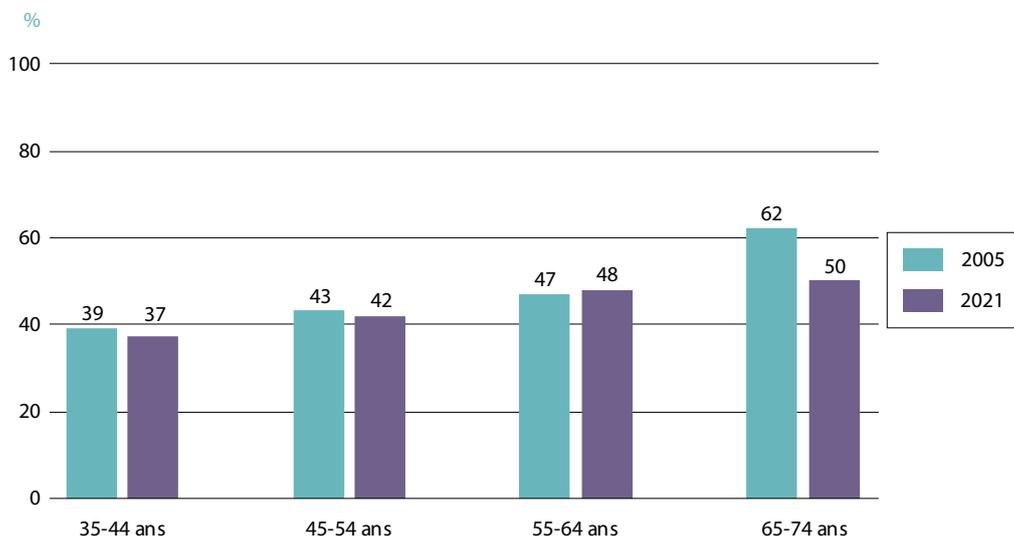


Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2005-2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2 uniquement.

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Graphique 14 Taux moyens de dépassements (%) des médecins de secteur 2 par âge en 2005 et en 2021 – *ORL*

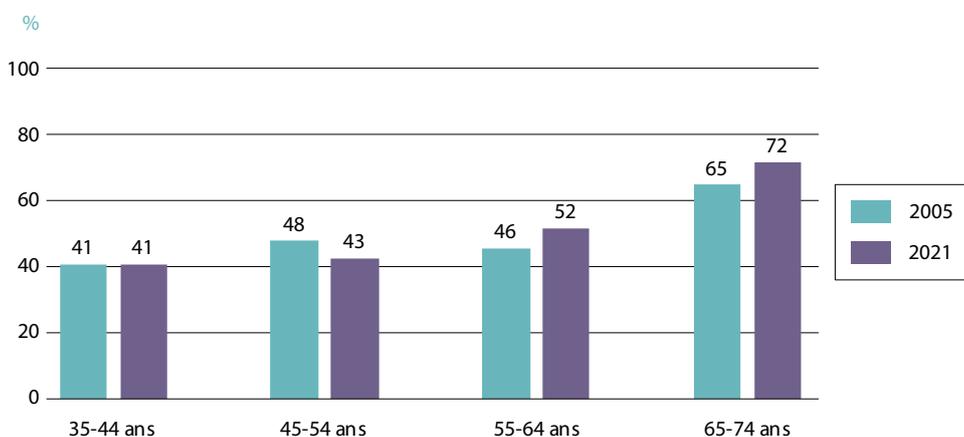


Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2005-2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2 uniquement.

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Graphique 15 Taux moyens de dépassements (%) des médecins de secteur 2 par âge en 2005 et en 2021 – *Pédiatres*

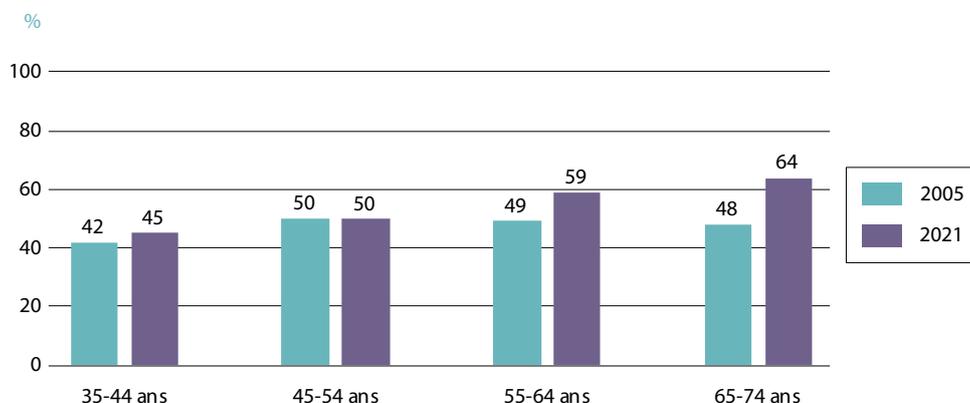


Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2005-2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2 uniquement.

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Graphique 16 Taux moyens de dépassements (%) des médecins de secteur 2 par âge en 2005 et en 2021 – Anesthésistes

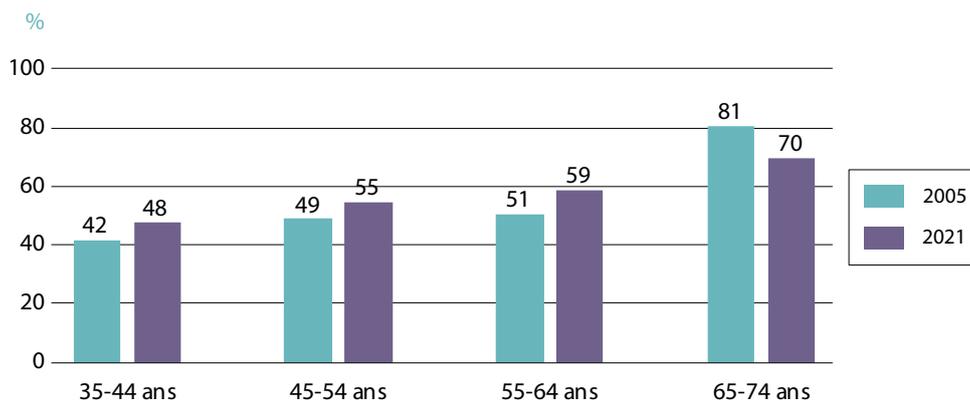


Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2005-2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2 uniquement.

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Graphique 17 Taux moyens de dépassements (%) des médecins de secteur 2 par âge en 2005 et en 2021 – Chirurgiens

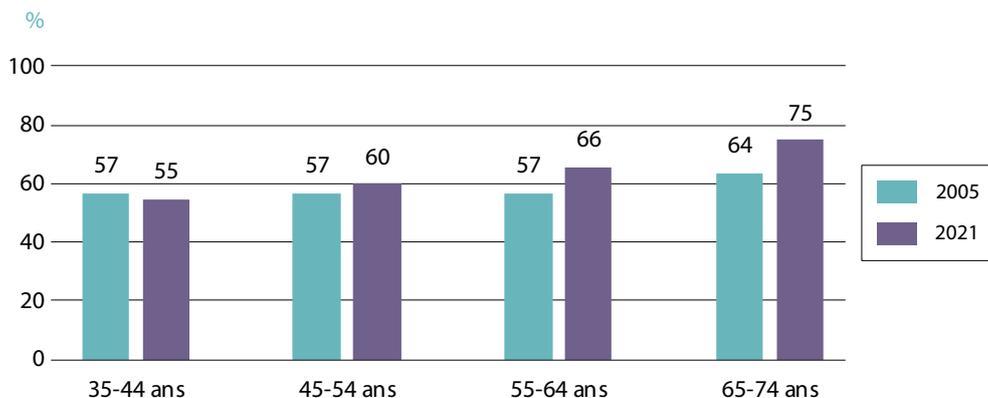


Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2005-2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2 uniquement.

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Graphique 18 Taux moyens de dépassements (%) des médecins de secteur 2 par âge en 2005 et en 2021 – *Psychiatres*

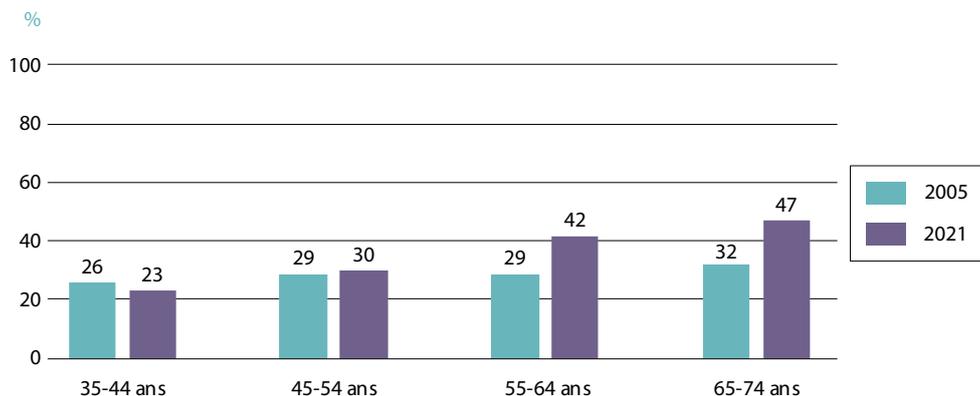


Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2005-2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2 uniquement.

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Graphique 19 Taux moyens de dépassements (%) des médecins de secteur 2 par âge en 2005 et en 2021 – *Gastro-entérologues*

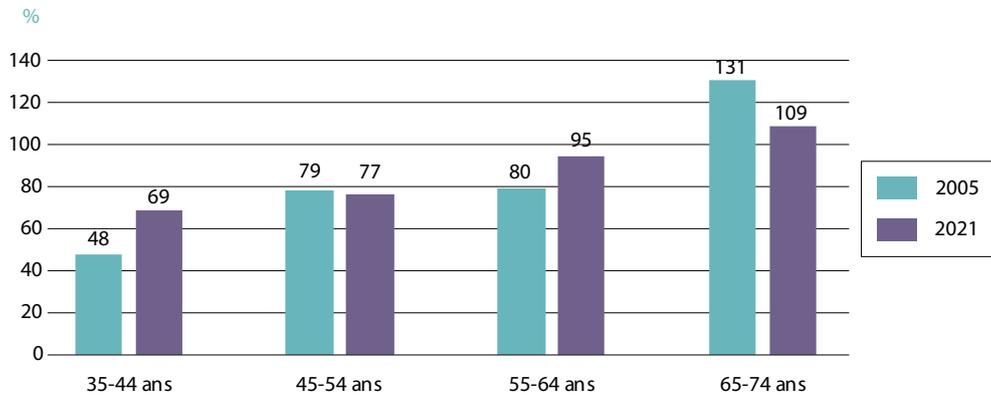


Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2005-2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2 uniquement.

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Graphique 20 Taux moyens de dépassements (%) des médecins de secteur 2 par âge en 2005 et en 2021 – *Stomatologues*



Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2005-2021, Drees. Exploitations Irdes.

Champ : Médecins de secteur 2 uniquement.

Note : Le taux de dépassements est défini comme le rapport du montant cumulé des dépassements sur le montant cumulé des honoraires opposables. Il est exprimé en points de pourcentage.

Annexe 4 Champ d'analyse retenu par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) dans ses études sur les revenus des médecins libéraux²

Champ

L'étude prend en compte, pour tous les constats relatifs à l'année 2021, l'ensemble des médecins conventionnés exerçant en France métropolitaine et dans les Drom, âgés de 70 ans ou moins l'année d'observation, ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires, ayant déclaré au moins 1 euro de revenu libéral et actifs le 31 décembre de l'année. Sont exclus les médecins ayant commencé leur activité libérale l'année d'observation et ceux ayant déclaré des revenus libéraux nuls. Les remplaçants sont absents de ces données. Lorsque des comparaisons sont réalisées avec des données 2005, le champ de l'étude est restreint à la France métropolitaine, les anciens appariements n'incluant pas les Drom.

Le regroupement « Autres spécialistes » rassemble les spécialités à faible effectif : médecine interne, médecine génétique, médecine physique et de réadaptation, neurologie, gériatrie, néphrologie, endocrinologie, et hématologie.

Source : Encadré 1, *Études et Résultats*, Drees, n° 1322 – décembre 2024.

² Cette annexe est issue de la dernière publication de la Drees sur les revenus des médecins libéraux : C. Dixte, C. Loussouarn (2024) : « Revenu des médecins libéraux : une légère hausse entre 2017 et 2021, avec de fortes disparités selon la spécialité et l'ancienneté d'installation ». *Études et Résultats*, Drees, n°1322 - décembre 2024.

Annexe 5 Contribution des dépassements d'honoraires aux écarts de revenus entre médecins de secteur 2 et de secteur 1

Revenu libéral moyen des médecins de secteur 1

Le revenu libéral moyen des médecins de secteur 1 se déduit du montant moyen des honoraires opposables et du taux de charge moyen de ces médecins :

$$R_1 = (1 - \tau_1) \cdot HO_1$$

Où R_1 désigne le revenu libéral moyen des médecins de secteur 1, HO_1 le montant moyen de leurs honoraires opposables et τ_1 désigne leur taux de charge moyen.

Revenu libéral moyen des médecins de secteur 2

Le revenu libéral moyen des médecins de secteur 2 se déduit du montant moyen des honoraires et du taux de charge moyen de ces médecins :

$$R_2 = (1 - \tau_2) \cdot HONO_2$$

Où R_2 désigne le revenu libéral moyen des médecins de secteur 2, $HONO_2$ le montant moyen de leurs honoraires opposables et τ_2 désigne leur taux de charge moyen.

Les honoraires des médecins de secteur 2 sont la somme de deux composantes, les honoraires opposables HO_2 ³ et les dépassements DEP_2 :

$$HONO_2 = HO_2 + DEP_2$$

Aussi, sous l'hypothèse où le taux de charge est homogène sur l'ensemble des honoraires, indépendamment de leur nature, dépassements ou honoraires opposables (Annexe 6), le revenu moyen des médecins de secteur 2 s'écrit :

$$R_2 = (1 - \tau_2) \cdot HO_2 + (1 - \tau_2) \cdot DEP_2$$

Écart de revenu libéral moyen entre médecins de secteur 2 et de secteur 1

En mobilisant les expressions précédentes, on en déduit que :

$$R_2 - R_1 = \underbrace{(1 - \tau_2) \cdot \Delta HO}_{\text{Composante liée à l'écart des honoraires opposables}} - \underbrace{HO_1 \cdot \Delta \tau}_{\text{Composante liée à l'écart des taux de charge}} + \underbrace{(1 - \tau_2) \cdot DEP_2}_{\text{Composante liée aux dépassements}}$$

Avec $\Delta HO = HO_2 - HO_1$ désigne l'écart du montant moyen des honoraires opposables et $\Delta \tau = \tau_2 - \tau_1$ désigne l'écart de taux moyen de charges entre médecins de secteur 2 et secteur 1.

³ Pour la simplicité de la décomposition, la prime Optam a été intégrée dans les honoraires opposables moyens des médecins de secteur 2 adhérents à l'Optam, ce qui augmente mécaniquement ces honoraires.

Décomposition de l'écart du montant moyen des honoraires opposables

Pour aller plus loin dans la décomposition précédente, nous décomposons l'écart ΔHO du montant moyen des honoraires opposables.

Ainsi, pour chacun des deux secteurs, nous écrivons le montant moyen des honoraires opposables comme le produit du nombre moyen d'actes réalisés par médecin par le tarif de convention moyen par acte, soit :

$$HO_i = n_i \cdot \overline{TC}_i \quad \text{avec } i \in \{1,2\}.$$

On en déduit que l'écart ΔHO du montant moyen des honoraires opposables peut aussi s'écrire :

$$\Delta HO = \overline{TC}_2 \cdot \Delta n + n_1 \cdot \Delta \overline{TC}$$

Où $\Delta n = n_2 - n_1$ désigne l'écart du nombre moyen d'actes et $\Delta \overline{TC} = \overline{TC}_2 - \overline{TC}_1$ l'écart du tarif de convention moyen entre médecins de secteur 2 et secteur 1.

Décomposition de l'écart relatif entre le revenu libéral moyen des médecins de secteur 2 et de secteur 1

En réinjectant cette dernière expression de ΔHO dans l'expression de $R_2 - R_1$ ci-dessus, on obtient finalement l'expression suivante :

$$R_2 - R_1 = (1 - \tau_2) \cdot \overline{TC}_2 \cdot \Delta n + (1 - \tau_2) \cdot n_1 \cdot \Delta \overline{TC} - HO_1 \cdot \Delta \tau + (1 - \tau_2) \cdot DEP_2$$

Pour obtenir une décomposition de l'écart relatif de revenu par rapport à R_1 , on divise chaque terme de cette égalité par R_1 .

Compte tenu du fait que $R_1 = (1 - \tau_1) \cdot HO_1 = (1 - \tau_1) \cdot n_1 \cdot \overline{TC}_1$, cela conduit finalement à la formule suivante :

$$\frac{\Delta R}{R_1} = \underbrace{\left[\frac{(1 - \tau_2) \overline{TC}_2}{(1 - \tau_1) n_1 \overline{TC}_1} \right]}_{\text{Composante liée à l'écart des volumes d'activité}} \cdot \underbrace{\frac{\Delta n}{n_1}}_{\text{Composante liée à l'écart des tarifs opposables moyens (nb : pas un effet prix pur, intègre aussi un effet structure)}} + \underbrace{\left[\frac{(1 - \tau_2)}{(1 - \tau_1)} \right]}_{\text{Composante liée à l'écart des tarifs opposables moyens}} \cdot \underbrace{\frac{\Delta \overline{TC}}{\overline{TC}_1}}_{\text{Composante liée à l'écart des tarifs opposables moyens}} - \underbrace{\left[\frac{\tau_1}{(1 - \tau_1)} \right]}_{\text{Composante liée à l'écart des taux de charge}} \cdot \underbrace{\frac{\Delta \tau}{\tau_1}}_{\text{Composante liée à l'écart des taux de charge}} + \underbrace{\left[\frac{(1 - \tau_2)}{(1 - \tau_1) HO_1} \right]}_{\text{Composante liée aux dépassements}} \cdot \underbrace{DEP_2}_{\text{Composante liée aux dépassements}}$$

Cette formule permet de décomposer l'écart relatif entre le revenu libéral moyen des médecins de secteur 2 et de secteur 1 entre les quatre composantes (additives) suivantes :

- Une composante liée à l'écart relatif entre les volumes d'activité (mesurés par le nombre total d'actes).
- Une composante liée à l'écart relatif entre les tarifs opposables moyens⁴.
- Une composante liée à l'écart relatif des taux de charge.
- Une composante liée aux dépassements.

C'est cette décomposition que nous mettons en œuvre dans la section 1 de la partie 2.

⁴ Pour rappel, pour la simplicité de la décomposition, la prime Optam a été intégrée dans le calcul du tarif opposable moyen des médecins de secteur 2 adhérents à l'Optam, ce qui augmente mécaniquement leur TO moyen.

Annexe 6 Poids relatif des composantes d'une variable Y dans l'explication de Y

Soit une grandeur Y décomposée comme la somme de $p = 1 \dots P$ composantes :

$$Y = \sum_{p=1}^P C_p$$

Donc :

$$\text{Var}(Y) = \text{Cov}(Y, Y) = \text{Cov}\left(\sum_{p=1}^P C_p, Y\right) = \sum_{p=1}^P \text{Cov}(C_p, Y)$$

Ainsi, la part de la composante C_j dans la variance de Y vaut :

$$\text{Part}_{C_j} = \frac{\text{Cov}(C_j, Y)}{\text{Var}(Y)}$$

Soit R_j le coefficient de corrélation entre la composante C_j et la variable Y :

$$R_j = \text{Corr}(C_j, Y) = \frac{\text{Cov}(C_j, Y)}{\sigma_{C_j} \cdot \sigma_Y}$$

Où σ_{C_j} et σ_Y désignent les écarts-type des variables C_j et Y .

Si bien que :

$$\text{Part}_{C_j} = \frac{R_j \cdot \sigma_{C_j}}{\sigma_Y}$$

Inspiré de cette formule, on pose :

$$\text{Poids}_{C_j} = \frac{|R_j| \cdot \sigma_{C_j}}{\sum_{p=1}^P |R_p| \cdot \sigma_{C_p}}$$

Cette mesure combine deux éléments :

- La force de la relation linéaire entre C_j et Y (via $|R_j|$) :
 - Plus C_j est corrélé à Y , plus sa contribution est élevée.
 - Le signe est ignoré, donc elle mesure l'intensité, pas la direction.
- La variabilité propre de la composante (via σ_{C_j}).
 - Une composante très variable a plus de « poids » dans l'explication potentielle de Y .

Finalement, cette formule donne une pondération relative de l'importance de chaque composante dans la structure de Y , en tenant compte à la fois de son influence linéaire et de sa dispersion.

Annexe 7 Poids des dépassements d'honoraires dans les revenus (libéraux) sous l'hypothèse de taux de charge uniforme

Le poids du revenu tiré des dépassements dans le revenu libéral noté *Poids* est donnée par :

$$Poids = \frac{R_{DH}}{R_{lib}}$$

Où R_{DH} désigne le revenu tiré des dépassements d'honoraires et R_{lib} le revenu libéral.

Sous l'hypothèse de taux de charge uniforme, on montre que ce poids est tout simplement donné par le ratio des dépassements *DH* sur l'ensemble des honoraires *HONO* :

$$Poids = \frac{DH}{HONO}$$

Démonstration :

Le revenu libéral R_{lib} est la somme de deux composantes : le revenu R_{HO} tiré des honoraires opposables *HO* et le revenu R_{DH} tiré des dépassements d'honoraires *DH* :

$$R_{lib} = R_{HO} + R_{DH}$$

Le revenu R_{HO} tiré des honoraires opposables vaut le montant des honoraires opposables HO^5 multiplié par $(1 - \tau_{HO})$ où τ_{HO} désigne le taux de charges supportées par les honoraires opposables :

$$R_{HO} = (1 - \tau_{HO}) \cdot HO$$

De la même manière, le revenu R_{DH} tiré des dépassements vaut le montant des dépassements d'honoraires *DH* multiplié par $(1 - \tau_{DH})$ où τ_{DH} désigne le taux de charges supportées par les dépassements d'honoraires :

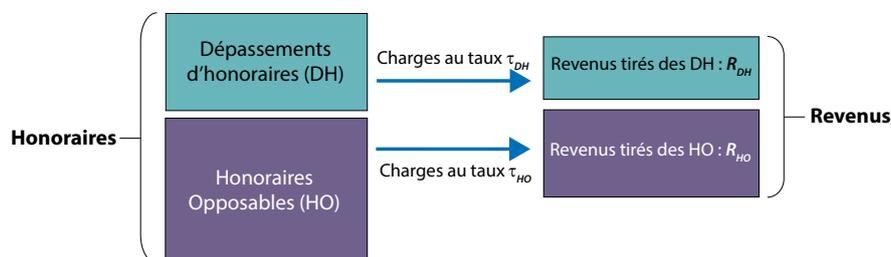
$$R_{DH} = (1 - \tau_{DH}) \cdot DH$$

Si bien que d'une manière générale, le revenu libéral peut finalement s'écrire :

$$R_{lib} = \underbrace{(1 - \tau_{HO}) \cdot HO}_{\text{Composante liée aux honoraires opposables}} + \underbrace{(1 - \tau_{DH}) \cdot DH}_{\text{Composante liée aux dépassements d'honoraires}}$$

⁵ Pour la simplicité de la décomposition, la prime Optam a été intégrée dans les honoraires opposables moyens des médecins de secteur 2 adhérents à l'Optam, ce qui augmente mécaniquement ces honoraires.

Schéma 5 Des honoraires aux revenus : une illustration par un schéma



Auteurs : Irdes

L'hypothèse selon laquelle les charges sont supportées de manière homogène par les honoraires opposables et les dépassements (au *pro rata* du poids de chacun dans l'ensemble des honoraires) se traduit par l'égalité suivante :

$$\tau_{HO} = \tau_{DH} = \tau$$

Réécrivons ce que vaut dans ce cas le poids du revenu tiré des dépassements dans l'ensemble du revenu libéral :

$$Poids = \frac{R_{DH}}{R_{lib}}$$

En remplaçant R_{DH} par $(1 - \tau) \cdot DH$, il vient :

$$Poids = \frac{(1 - \tau) \cdot DH}{R_{lib}}$$

Et comme R_{lib} vaut $(1 - \tau) \cdot (HO + DH)$, finalement :

$$Poids = \frac{DH}{HO + DH}$$

Qu'on réécrit :

$$Poids = \frac{DH}{HONO}$$

où $HONO = HO + DH$.

Annexe 8 Du taux de croissance annuel moyen (TCAM) à la progression du revenu moyen entre 2005 et 2021

Tableau A11 TCAM du revenu d'activité moyen sur la période 2005-2021 et progression moyenne du revenu d'activité entre 2005 et 2021

Spécialité	TCAM du R d'activité	Progression du R d'activité
Anatomo-cyto-pathologistes	+ 0,1 %	+ 2 %
Oncologues médicaux	+ 2,5 %	+ 47 %
Rhumatologues	- 0,4 %	- 6 %
Pédiatres	- 1,0 %	- 14 %
Pneumologues	+ 0,2 %	+ 4 %
Médecins nucléaires	- 3,8 %	- 46 %
Cardiologues	+ 0,7 %	+ 11 %
Psychiatres et neuropsychiatres	- 0,5 %	- 8 %
Gynécologues	- 0,2 %	- 3 %
Oto-rhino-laryngologistes	+ 0,6 %	+ 10 %
Dermatologues	+ 0,6 %	+ 9 %
Gastro-entérologues	+ 0,8 %	+ 14 %
Radiothérapeutes	+ 4,9 %	+ 114 %
Anesthésistes-réanimateurs	- 0,3 %	- 5 %
Radiologues	- 0,7 %	- 10 %
Chirurgiens	- 0,3 %	- 5 %
Ophthalmologues	+ 1,3 %	+ 22 %

Source : Appariement Cnam-DGFiP 2005 et 2021. Exploitations Irdes.

Champ : France métropolitaine, médecins conventionnés, âgés de 70 ans ou moins, installés avant 2021, ayant déclaré au moins 1 euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2021, hors remplacements. Les revenus ne sont calculés que pour les professionnels identifiés dans les fichiers fiscaux et ayant déclaré au moins 1 euro de revenu libéral ; les effectifs tiennent compte des professionnels non appariés avec les données fiscales.

Annexe 9 Décomposition de l'évolution relative du revenu d'activité moyen entre 2005 et 2021

Pour une spécialité donnée, le revenu d'activité moyen R_{acti} est la somme de deux composantes : le revenu salarié moyen R_{sal} et le revenu libéral moyen R_{lib} :

$$R_{acti} = R_{sal} + R_{lib}$$

Par conséquent, l'évolution relative (en %) du revenu d'activité (en euros constants) entre 2005 et 2021 vaut la moyenne pondérée des évolutions relatives du revenu salarié et du revenu libéral entre ces deux dates, les coefficients de pondération étant respectivement le poids du revenu salarié dans le revenu d'activité en 2005, d'une part, et le poids du revenu libéral dans le revenu d'activité en 2005, d'autre part :

$$\frac{\Delta R_{acti}}{R_{acti}^{2005}} = \underbrace{\left(\frac{R_{sal}^{2005}}{R_{acti}^{2005}} \right) \cdot \left[\frac{\Delta R_{sal}}{R_{sal}^{2005}} \right]}_{\text{Composante liée à la variation du Revenu salarié}} + \underbrace{\left(\frac{R_{lib}^{2005}}{R_{acti}^{2005}} \right) \cdot \left[\frac{\Delta R_{lib}}{R_{lib}^{2005}} \right]}_{\text{Composante liée à la variation du Revenu libéral}}$$

Détaillons maintenant ce que vaut l'évolution relative du revenu libéral entre les deux dates.

Le revenu libéral vaut le produit des honoraires (constitués des honoraires opposables HO ⁶ et des dépassements d'honoraires DH) multiplié par le coefficient $(1 - \tau)$ où τ désigne le taux de charge :

$$R_{lib} = (1 - \tau) \cdot (HO + DH)$$

On en déduit que l'évolution relative du revenu libéral entre les deux dates est donnée par :

$$\frac{\Delta R_{lib}}{R_{lib}} = \frac{\Delta(1 - \tau)}{(1 - \tau)} + \frac{\Delta(HO + DH)}{(HO + DH)} + \text{Effets croisés}$$

Soit encore, en décomposant :

$$\frac{\Delta R_{lib}}{R_{lib}} = \frac{\Delta(1 - \tau)}{(1 - \tau)} + \frac{\Delta HO}{(HO + DH)} + \frac{\Delta DH}{(HO + DH)} + \text{Effets croisés}$$

Puis en factorisant :

$$\frac{\Delta R_{lib}}{R_{lib}} = \left(\frac{-\tau}{(1 - \tau)} \right) \cdot \frac{\Delta \tau}{\tau} + \left(\frac{HO}{(HO + DH)} \right) \cdot \frac{\Delta HO}{HO} + \left(\frac{DH}{(HO + DH)} \right) \cdot \frac{\Delta DH}{DH} + \text{Effets croisés}$$

Que nous écrivons pour finir ainsi :

$$\frac{\Delta R_{lib}}{R_{lib}^{2005}} = \underbrace{\left(\frac{\tau^{2005}}{1 - \tau^{2005}} \right) \cdot \left[\frac{\Delta \tau}{\tau^{2005}} \right]}_{\text{Composante liée à la variation du taux de charge}} + \underbrace{\left(\frac{HO^{2005}}{HONO^{2005}} \right) \cdot \left[\frac{\Delta HO}{HO^{2005}} \right]}_{\text{Composante liée à la variation des honoraires opposables}} + \underbrace{\left(\frac{DH^{2005}}{HONO^{2005}} \right) \cdot \left[\frac{\Delta DH}{DH^{2005}} \right]}_{\text{Composante liée à la variation des dépassements d'honoraires}} + \text{Effets croisés}$$

⁶ Pour la simplicité de la décomposition, la prime Optam a été intégrée dans le calcul du tarif opposable moyen des médecins de secteur 2 adhérents à l'Optam, ce qui augmente mécaniquement leur TO moyen.

En réinjectant cette expression dans la première équation donnant l'évolution relative du revenu d'activité, on obtient finalement l'expression suivante :

$$\frac{\Delta R_{acti}}{R_{acti}^{2005}} = \underbrace{\left(\frac{R_{lib}^{2005}}{R_{acti}^{2005}}\right) \cdot \left(\frac{-\tau^{2005}}{1-\tau^{2005}}\right) \cdot \left[\frac{\Delta\tau}{\tau^{2005}}\right]}_{\text{Composante liée à la variation du taux de charge}} + \underbrace{\left(\frac{R_{lib}^{2005}}{R_{acti}^{2005}}\right) \cdot \left(\frac{HO^{2005}}{HONO^{2005}}\right) \cdot \left[\frac{\Delta HO}{HO^{2005}}\right]}_{\text{Composante liée à la variation des honoraires opposables}} + \underbrace{\left(\frac{R_{lib}^{2005}}{R_{acti}^{2005}}\right) \cdot \left(\frac{DH^{2005}}{HONO^{2005}}\right) \cdot \left[\frac{\Delta DH}{DH^{2005}}\right]}_{\text{Composante liée à la variation des dépassements d'honoraires}} + \underbrace{\left(\frac{R_{sal}^{2005}}{R_{acti}^{2005}}\right) \cdot \left[\frac{\Delta R_{sal}}{R_{sal}^{2005}}\right]}_{\text{Composante liée à la variation du revenu salarié}} + \underbrace{\text{Effets croisés}}_{\text{Terme additionnel}}$$

Cette formule permet, pour chaque spécialité, de décomposer l'évolution du revenu d'activité moyen des spécialistes de secteur 2 entre 2005 et 2021 entre les cinq composantes (additives) suivantes :

- Une composante liée à la variation du taux de charge moyen entre 2005 et 2021
- Une composante liée à la variation du montant moyen des honoraires opposables (en euros constants) entre 2005 et 2021⁷
- Une composante liée à la variation du montant moyen des dépassements d'honoraires (en euros constants) entre 2005 et 2021
- Une composante liée à la variation du revenu salarié moyen (en euros constants) entre 2005 et 2021
- Une dernière composante regroupant l'ensemble des effets croisés

C'est cette dernière expression que nous mobilisons pour les résultats de la partie 3 de cette étude.

⁷ Pour la simplicité de la décomposition, la prime Optam a été intégrée dans le calcul du tarif opposable moyen des médecins de secteur 2 adhérents à l'Optam, ce qui augmente mécaniquement leur TO moyen en 2021.

Annexe 10 Critères retenus pour la définition des épisodes de soins

Épisodes de soins	Période considérée	Critères d'inclusion
Accouchement	<ul style="list-style-type: none"> • Amont : 120 jours avant le premier jour du mois de sortie • Aval : 12 jours après le dernier jour du mois de sortie 	GHM = « Accouchement par voie basse sans complications significatives » + DP = « Accouchement unique »
Chirurgie du cristallin	<ul style="list-style-type: none"> • Amont : 1 mois avant l'acte hospitalier • Aval : 1 mois après l'acte hospitalier 	GHM = « Intervention sur le cristallin : séjour de moins de 2 j » et « intervention sur le cristallin avec ou sans vitrectomie » + sélection de DP
Prothèse totale de hanche	<ul style="list-style-type: none"> • Amont : 2 mois avant l'acte hospitalier • Aval : 2 mois après l'acte hospitalier 	GHM = « Intervention majeure sur des articulations et greffe de membres sans comorbidité associée » CCAM = « Remplacement de l'articulation coxo-fémorale par prothèse totale » et CdAM « Arthroplastie simple hanche 1ère intention par prothèse totale » +Filtre = uniquement le groupe lié aux affections rhumatologiques → Restriction à l'activité non traumatique.
Coloscopie	<ul style="list-style-type: none"> • Amont : 3 mois avant l'acte hospitalier • Aval : 1 mois après l'acte hospitalier 	Sélection de codes CCAM + Code CdAM Code GHM → Restriction aux « actes de retroscopie et coloscopie reliés à une pathologie non tumorale »

Annexe 11 Dépassements d'honoraires parmi les habitants des communes les moins/les plus favorisées

Tableau A12 Part de patients avec dépassements d'honoraires parmi les habitants des communes les moins/les plus favorisées

	Patients des communes...		Ratio
	...les moins favorisées	...les plus favorisées	
Accouchement (voie naturelle)	4 %	17 %	4,3
Césarienne non programmée	6 %	20 %	3,3
Césarienne programmée	9 %	30 %	3,3
Conisation du col de l'utérus	22 %	52 %	2,4
Endométréctomie	36 %	61 %	1,7
Amygdalectomie	32 %	54 %	1,7
Dents de sagesse	49 %	73 %	1,5
Prothèse de hanche	38 %	53 %	1,4
Mastectomie	46 %	62 %	1,3
Prothèse de genou	48 %	64 %	1,3
Cataracte	46 %	61 %	1,3
Ligaments croisés	67 %	81 %	1,2
Prostatectomie	50 %	60 %	1,2
Gastrectomie	55 %	63 %	1,1

Source : Données SNDS 2021. **Champ :** hors patients C2S. **Calculs :** Irdes.

Tableau A13 Montants conditionnels moyens des dépassements parmi les habitants des communes les moins/les plus favorisées

Actes	Patients des communes...		Ratio
	...les moins favorisées	...les plus favorisées	
Césarienne programmée	375 €	840 €	2,2
Césarienne non programmée	360 €	735 €	2,0
Mastectomie	300 €	580 €	1,9
Amygdalectomie	160 €	285 €	1,8
Conisation du col de l'utérus	135 €	240 €	1,8
Accouchement (voie naturelle)	330 €	580 €	1,8
Prothèse totale de hanche	490 €	855 €	1,7
Endométréctomie	225 €	380 €	1,7
Prostatectomie	855 €	1 415 €	1,7
Cataracte	210 €	330 €	1,6
Prothèse de genou	495 €	755 €	1,5
Ligaments croisés	465 €	660 €	1,4
Sleeve gastrectomie	800 €	1 080 €	1,4
Dents de sagesse	215 €	275 €	1,3

Source : Données SNDS 2021. **Champ :** hors patients C25. **Calculs :** Irdes.

Les dernières publications de l'Irdes



- **Prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines : quel est l'impact de l'entrée en Ehpad ?**
Penneau A., Perronnin M., Pichetti S., Juillard-Condât B. (Irdes), avec la collaboration de Vincent R. (Irdes)
Questions d'économie de la santé n° 300. Mai 2025



- **Gérer sa santé avec un diabète de type 2. Les apports de la recherche qualitative Diab-quali.**
Ballet D. (Laboratoire Icare, Université de La Réunion), Balcou-Debussche M. (Laboratoire Icare, Université de La Réunion), avec la collaboration de Fournier C. (Irdes) et Fosse-Edorh S. (Santé publique France)
Questions d'économie de la santé n° 299. Avril 2025

- **Une approche multiprofessionnelle de l'accessibilité aux soins de premier recours : des configurations territoriales très diverses.**

Bonal M. (Irdes), Padilla C. (EHESP, CNRS, Inserm, Arènes-UMR 6051, RSMS-U 1309), Chevillard G. (Irdes), Lucas-Gabrielli V. (Irdes)
Document de travail n° 93. Mars 2025

- **Mesurer la qualité des Établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) : exemple de quatre indices de qualité.**

Penneau A. et Or Z. (Irdes), en collaboration avec Vincent R. (Irdes)
Document de travail n° 92. Janvier 2025



- **Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2). Rapport (volet 1) du programme d'évaluation Era2 sur l'expérimentation de Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) inscrite dans l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018.**

Afrite A. (Irdes), Bourgeois I. (Irdes, Icone Médiation Santé), Bricard D. (Irdes), Cassou M. (Irdes), Chevillard G. (Irdes), Daniel F. (Irdes), Fournier C. (Irdes), Franc C. (Cesp-Inserm, Irdes), Guillaume S. (Irdes), Legrand J. (Irdes, Cresppa-GTM), Lucas-Gabrielli V. (Irdes), Morize N. (Sciences Po, CSO, Irdes), Mousquès J. (Irdes, EHESP), Pitti L. (Cresppa-CSU, Paris 8, Irdes), Schlegel V. (Irdes)
Rapport Irdes n° 593. Décembre 2024

Abonnements-Diffusion : Irdes 21-23 rue des Ardennes 75019 - Paris

www.irdes.fr – Tél. : 01 53 93 43 21

Contact : publications@irdes.fr

La Documentation

Responsable : Véronique Suhard

Documentaliste : Rouguiyatou Ndoye

Assistant de documentation : Damien Le Torrec

Le fonds documentaire est spécialisé en économie de la santé, organisation des systèmes de santé, politiques de santé, professionnels de santé, hôpital, etc. Il se compose de 19 000 ouvrages, 73 périodiques, 6 000 *Working papers* de centres de recherche étrangers (National Bureau of Economic Research, Center for Health Economics of York...).

La base documentaire est accessible en ligne : <https://doc.irdes.fr/>

Les documents peuvent être consultés sur rendez-vous au Centre de documentation de l'Irdes : 01 53 93 43 21/56. Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.

Enfin, des produits documentaires réalisés par les documentalistes sont disponibles sur le site de l'Irdes : www.irdes.fr (voir ci-dessous).

Contact : documentation@irdes.fr

À découvrir sur le site de l'Irdes <http://www.irdes.fr>

- **La série des podcasts**, créée en décembre 2023, donne la parole aux chercheuses et chercheurs de l'Irdes sur une question de recherche, en écho à l'actualité de la santé et de la protection sociale. Elle met à la disposition d'un large public, sous format audio, les résultats les plus récents des études, recherches ou enquêtes menées par l'Institut : <https://www.irdes.fr/recherche/podcasts.html>
- Toutes les **publications** de l'Irdes sont mises en ligne dès leur parution.
- La **Lettre d'information** mensuelle de l'Irdes, qui présente les dernières actualités en économie de la santé (publications, séminaires et colloques, 3 questions à un chercheur, graphique du mois...), est envoyée par courriel sur simple inscription : www.irdes.fr/presse/lettre-d-information-de-l-irdes-historique.html
- Des **produits documentaires** élaborés par la Documentation : Veille scientifique en économie de la santé et Actualités santé et protection sociale sont deux veilles thématiques bimensuelles. L'une bibliographique est réalisée à partir de la littérature scientifique en santé et l'autre à partir de la presse santé en ligne.

Contact : contact@irdes.fr

Les dépassements d'honoraires

Pratiques des médecins, part dans leurs revenus et impacts pour les patients

Les dépassements d'honoraires des médecins sont aussi anciens que l'Assurance maladie. Pour autant, c'est réellement avec la convention médicale de 1980, qui crée le secteur 2, que ces dépassements connaissent véritablement leur essor. Leur montant n'a cessé de progresser depuis, pour atteindre 4,5 milliards d'euros en 2024. Parmi les médecins spécialistes libéraux, plus d'un sur deux exerce en secteur 2 en 2024 et cette proportion est amenée à croître à l'avenir, compte tenu de l'attrait pour le secteur 2 des nouvelles générations de médecins. Pour les professionnels, les dépassements d'honoraires apportent des compléments de revenus importants, mais génèrent des disparités de revenus avec les médecins de secteur 1. Par ailleurs, les dépassements d'honoraires peuvent conduire les médecins à réduire leur activité, et donc la quantité totale de soins délivrés. Pour les assurés, les dépassements peuvent potentiellement alourdir significativement les restes à charge, notamment pour ceux ayant une faible couverture complémentaire et de faibles ressources financières. Pour autant, il n'est pas toujours possible de les éviter : dans certaines zones géographiques, il n'existe plus d'offre en secteur 1, ce qui conduit à supporter inéluctablement des dépassements en cas de recours aux spécialistes.

Pour éclairer ces questions, l'Irdes a réalisé plusieurs travaux, avec le soutien financier du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam), regroupés dans ce rapport.

La première étude met en évidence une forte hétérogénéité des pratiques de dépassements d'honoraires entre les médecins d'une même spécialité. Pour de nombreuses spécialités, pratiquer des dépassements plus élevés permet d'augmenter les revenus tout en réalisant moins d'actes. De forts effets d'âge dans les niveaux de dépassements pratiqués sont également mis en évidence, mais sans effets de générations marqués. La deuxième étude analyse, pour les médecins de secteur 2 et dans chaque spécialité, la part des revenus issue des dépassements d'honoraires, la contribution des dépassements aux écarts de revenus entre secteurs et à la progression du revenu moyen entre 2005 et 2021. Les résultats sont fortement contrastés entre les spécialités. La troisième étude, pour quatre épisodes de soins, les montants atteints par les dépassements lorsqu'ils se cumulent sur plusieurs actes et médecins au cours d'un épisode de soins. Elle montre que les dépassements sont fréquents, et que leurs montants cumulés peuvent être conséquents pour les patients. Dans certains départements, les patients des communes défavorisées non protégés par la Complémentaire santé solidaire (C2S) sont confrontés à des dépassements fréquents et élevés. La quatrième étude porte sur une sélection de 14 actes techniques et montre que la concentration des dépassements chez les patients des communes les plus favorisées est plus ou moins importante selon les actes, et d'autant plus marquée que l'offre à tarif opposable est importante. Enfin, la dernière étude explore, sur le même champ, la question du « tact et mesure ». L'approche utilisée appelle des travaux complémentaires, mais les résultats semblent indiquer que la modulation des tarifs en fonction des caractéristiques sociales des patients est peu répandue.



Irdes
21 rue des Ardennes 75019 Paris
Tél. : 01 53 93 43 21
www.irdes.fr