Avec tact et mesure ? Analyse sociologique des prix pratiqués par les ophtalmologistes et les psychiatres libéraux

Noémie Morize, *Irdes*

LES RAPPORTS DE L'IRDES
n° 608 • novembre 2026

IRDES

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

INSTITUT DE RECHERCHE
ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Directeur de publication : Denis Raynaud
Éditrice : Anna Marek
Illustrations et mise en page : Desk
Fabrication : Franck-Séverin Clérembault
Diffusion : Rouguiyatou Ndoye
ISBN PDF : 978-2-87812-676-1 • **ISSN** : 2263-5416

Avec tact et mesure ? Analyse sociologique des prix pratiqués par les ophtalmologistes et les psychiatres libéraux

Noémie Morize, *Irdes*

LES RAPPORTS DE L'IRDES
n° 608 • novembre 2026

ISBN PDF : 978-2-87812-676-1

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

Sommaire

Résumé **5**

Remerciements **6**

Synthèse générale **7**

1. Les évolutions générationnelles du rapport à l'exercice libéral : vers une normalisation de l'installation en secteur 2 7

2. La valeur du travail médical : la formation sociale des prix 8

3. L'économie des prix dans l'espace professionnel médical 9

Introduction générale **11**

Méthodologie **14**

Le recrutement des médecins libéraux rencontrés 14

Caractérisation des enquêtés 17

Partie 1
Évolutions générationnelles du rapport à l'exercice libéral : vers une normalisation de l'installation en secteur 2

1.1. Entre ophtalmologistes et psychiatres, une place contrastée de l'exercice libéral dans les trajectoires professionnelles 23

1.2. La normalisation de l'installation en secteur 2 25

1.3. Une légitimité du recours aux dépassements d'honoraires inscrite dans des évolutions du travail médical 29

Conclusion 35

Partie 2
La valeur du travail médical : la formation sociale des prix

2.1. Des scripts en amont des grilles de prix 37

2.2. La formation sociale des grilles de prix 40

2.3. Les ajustements des prix de transaction 51

Conclusion 59

Partie 3
L'économie des prix dans l'espace professionnel médical

3.1. La structure des sous-espaces professionnels en libéral 62
3.2. Structure de l'espace médical et pratiques professionnelles 68
3.3. Une structure dynamique : comprendre l'évolution des prix médicaux 77
Conclusion 81

Discussion générale 83

Conclusion générale 85

Bibliographie 87

Annexes

Annexe 1 Note méthodologique sur le choix des spécialités 93
Annexe 2 Table récapitulative des entretiens 96
Annexe 3 Note méthodologique sur la caractérisation des territoires d'exercice 99

Liste des tableaux

Tableau 1 Les revenus des médecins avec une activité libérale en 2021, par spécialistes et par regroupement de spécialistes 15
Tableau 2 Mode de contact des enquêtés 16
Tableau 3 Caractéristiques démographiques des médecins enquêtés 18
Tableau 4 Tarification conventionnelle des actes d'intérêt pour l'enquête en janvier 2025 21
Tableau 5 Quatre sous-espaces de pratiques professionnelles 69

Liste des figures

Graphique 1 Caractérisation sociale des communes d'exercice 19
Graphique 2 Caractérisation de l'offre de soins des communes d'exercice 19
Schéma 1 Structure de l'espace professionnel médical selon deux axes 61

Résumé

Depuis la création en 1980 d'un secteur à honoraires libres, couramment appelé « secteur 2 », la part des médecins libéraux spécialistes qui s'y installent n'a cessé de croître, atteignant 56 % en 2024. Parallèlement, les dépassements d'honoraires ont connu une dynamique soutenue, représentant 4,5 milliards d'euros en 2024 pour l'ensemble des médecins libéraux. Ces évolutions soulèvent d'importantes questions d'accessibilité financière aux soins, dans un contexte français de raréfaction de l'offre médicale, particulièrement marquée dans les territoires ruraux, et de montée des inégalités sociales.

S'appuyant sur une quarantaine d'entretiens semi-directifs conduits auprès de médecins spécialistes libéraux en psychiatrie et en ophtalmologie, ce rapport propose un éclairage sociologique en trois temps. D'une part, pour ces deux spécialités, l'installation en secteur 2 a connu une normalisation progressive depuis les années 1990, portée par la place des réseaux professionnels dans les choix d'exercice libéral et par certaines évolutions du travail médical. D'autre part, les prix pratiqués par les médecins, loin de relever de leur seule éthique personnelle, sont structurés par des conventions sociales partagées. Les ajustements des prix de transaction obéissent à des logiques plurielles, qui vont au-delà de la seule solidarité envers les patients en difficulté. Enfin, l'hétérogénéité des prix observée s'explique par des différenciations des pratiques professionnelles au sein même des spécialités, structurées selon des logiques marchandes et de surspécialisation.

Remerciements

Ce travail s'inscrit dans le cadre du projet Estampe (Enquête sur la tarification médicale et ses pratiques).

Nous remercions le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam) pour le soutien financier qu'il a apporté à ces travaux. Nous exprimons notre gratitude plus particulièrement au secrétariat général du Hcaam pour les échanges fructueux qui ont jalonné ce projet.

Nos remerciements chaleureux vont également à toutes les personnes qui ont accepté de participer à cette enquête et d'y consacrer de leur temps, leur contribution était la condition *sine qua non* de cette recherche.

Au sein de l'Irdes, nous remercions Cécile Fournier, Renaud Legal, Marie Bonal, Véronique Lucas-Gabrielli et Denis Raynaud pour leurs précieux apports. Nous adressons enfin nos sincères remerciements à Magali Robelet, Patrick Castel, ainsi qu'aux membres de l'axe sociologie-économie du Centre de sociologie des organisations (CSO), pour les discussions scientifiques stimulantes qu'ils ont nourries autour de ces travaux.

Merci également à Christelle Mourot et Christine Caldéron pour leur précieux travail autour des retranscriptions d'entretiens.

Synthèse générale

Depuis 1980, la part des médecins spécialistes libéraux exerçant en secteur 2 (le secteur à honoraires libres) progresse de manière continue, pour atteindre 56 % en 2024 ; dans le même temps, les dépassements d'honoraires ont connu une hausse soutenue, s'élevant à 4,5 milliards d'euros pour l'ensemble des médecins libéraux en 2024 (Hcaam, 2025). Dans un contexte où l'accès aux soins est déjà fragilisé par la raréfaction de l'offre médicale, en particulier dans les territoires ruraux, et par la progression des inégalités sociales, ces dynamiques soulèvent d'importantes questions d'accessibilité financière aux soins. Plus largement, elles remettent en question le modèle de solidarité français, basé sur une mutualisation des dépenses de santé.

L'Enquête sociologique sur la tarification médicale et ses pratiques (Estampe) s'inscrit dans la continuité des travaux quantitatifs réalisés en 2025 par le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam, 2025) et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) (Legal *et al.*, 2025 ; Lucas-Gabrielli *et al.*, 2025). Cette enquête qualitative appréhende deux questions. D'une part, comment expliquer l'accroissement constant de la part des médecins libéraux (hors médecins généralistes) s'installant en secteur 2 depuis les années 2000 ? D'autre part, quels processus sociaux structurent les prix médicaux pratiqués en secteur 2 ? Il s'agit alors de comprendre comment les institutions, le contexte d'exercice ou encore les trajectoires des médecins façonnent ces prix. Dans ce rapport, la notion de « prix » renvoie à « une mesure quantitative de valeur monétaire, utilisée par les acteurs d'un marché pour déterminer quoi payer ou recevoir pour un bien ou un service dans un échange de marché, et pour comparer l'offre entre différents acteurs du marché » (Bååth, 2023)[1]. Ainsi, le prix pratiqué par les médecins libéraux pour leurs services se distingue du « tarif », qui renvoie au prix réglementé, ici conventionné avec l'Assurance maladie, et des « honoraires », qui correspondent au montant perçu par les médecins pour l'ensemble de leur activité.

Entre décembre 2024 et janvier 2026, 40 entretiens ont été réalisés avec des ophtalmologistes et des psychiatres installés en secteur 2. L'enquête a été menée à l'échelle de la France hexagonale, avec une diversité dans les territoires d'exercice des médecins rencontrés. Le rapport est structuré en trois parties, présentées de manière synthétique ci-dessous.

1. Les évolutions générationnelles du rapport à l'exercice libéral : vers une normalisation de l'installation en secteur 2

La première partie s'intéresse à la progression du taux d'installation en secteur 2, particulièrement marquée parmi les médecins récemment installés des deux spécialités étudiées. Les trajectoires professionnelles, notamment le type de postes occupés avant l'entrée en libéral et la durée de ces expériences hospitalières, sont variables selon les spécialités. D'un côté, la majorité des ophtalmologistes rencontrés s'installent en libéral après deux années d'assistanat ou de clinicat, parfois investies de manière stratégique pour permettre le choix du secteur 2. En psychiatrie, l'exercice libéral est moins fréquent et les trajectoires

[1] « *A quantitative measure of monetary value used by market actors to determine what to pay or receive for a good or service in a market exchange and to compare offers from different market actors* », traduction proposée par l'autrice (Bååth, 2023, p. 4).

sont moins standardisées : les expériences hospitalières y sont généralement plus longues, la majorité des médecins ayant occupé des postes de praticiens hospitaliers.

Ensuite, l'analyse met en évidence un changement générationnel, avec une « normalisation » progressive de l'installation en secteur 2. Pour les médecins installés avant les années 1990, le secteur 2 apparaît comme un régime d'exception. Certains en découvrent l'existence au moment de leur installation, tandis que d'autres en prennent connaissance par leurs réseaux professionnels. Pour les médecins installés après les années 2005, le secteur 2 tend à s'imposer comme une évidence. Les éléments liés à l'installation en libéral n'étant pas institutionnalisés ou formalisés, ils relèvent d'apprentissages informels entre pairs, effectués lors de remplacements, d'installation en groupe ou d'échanges confraternels. Ces réseaux professionnels jouent un rôle central dans les décisions relatives à l'installation libérale. La constitution progressive d'une nouvelle norme d'installation, dorénavant en secteur 2, s'opère à mesure du remplacement générationnel des médecins installés en secteur 1, jusqu'à s'ériger comme l'option quasi exclusive envisagée par les jeunes médecins.

Cette tendance s'inscrit dans des évolutions du travail qui participent à légitimer le recours accru aux dépassements d'honoraires. Tout d'abord, les médecins de moins de 60 ans aspirent à des temps de travail plus maîtrisés. Cela ne suffit pourtant pas à expliquer l'évolution de l'installation en secteur 2, inégale selon les spécialités. Certains facteurs favorisent la normalisation du recours aux dépassements d'honoraires dans ces deux spécialités. En ophtalmologie, la spécialité est concernée par l'accroissement des logiques gestionnaires, liées, d'une part, à l'augmentation des investissements financiers à l'installation avec le développement du matériel d'examen médical et, d'autre part, au renforcement de la division du travail, impliquant dans cette spécialité le salariat de plusieurs professionnels paramédicaux. Ces logiques gestionnaires ouvrent la porte à des logiques marchandes, justifiant le recours aux dépassements d'honoraires. En psychiatrie, les médecins recherchent davantage à maîtriser leurs conditions et cadences de travail, légitimant le recours aux dépassements d'honoraires par la faible valorisation économique de leur spécialité.

2. La valeur du travail médical : la formation sociale des prix

La deuxième partie analyse les principes éthiques de fixation des prix médicaux, le « tact et mesure », qui fait reposer sur chaque médecin la responsabilité de déterminer ses honoraires sans privilégier son intérêt personnel et en proposant des soins accessibles à tous. Le rapport démontre que, contrairement à cette conception individuelle des prix médicaux, ceux-ci sont structurés par un ensemble de conventions partagées (ou scripts de *pricing*), plus ou moins institutionnalisées. Celles-ci agissent en amont même de la réalisation du travail médical : en définissant ce qui fait valeur (l'acte), et en imposant que les prix soient établis à l'avance, indépendamment de l'interaction avec le patient.

Trois scripts structurent ensuite les prix fixés par les médecins. Premièrement, les tarifs conventionnels forment une échelle de valeurs et constituent le repère central de la détermination des prix médicaux. Deuxièmement, le contexte social d'exercice contribue à façonner les honoraires. Pour fixer leurs prix à l'installation, les médecins opèrent un mimétisme en regardant ceux pratiqués par leurs confrères, à une échelle souvent territoriale. Les prix dépendent également des modalités d'exercice : en ophtalmologie, où l'exercice regroupé est dominant, la moitié des médecins rencontrés fixent leurs prix collectivement. Dans certains cas, des acteurs tiers (sociétés financiarisées, cliniques ou établissements hospitaliers) interviennent également dans la détermination des honoraires. Troisièmement, les actes sont hiérarchisés selon des dimensions à la fois marchandes et symboliques. Du côté

marchand, des critères tels que la technicité, la durée ou la responsabilité associées à l'acte permettent une valorisation économique plus élevée. Du côté symbolique, l'utilité sociale de l'acte peut au contraire conduire certains médecins à en limiter le prix pour en garantir l'accessibilité : par exemple, certains ophtalmologistes spécialisés dans des chirurgies lourdes liées à des cancers les proposent systématiquement sans dépassement.

Au-delà des prix affichés, les prix de transaction peuvent faire l'objet d'ajustements à la baisse au moment de l'interaction avec le patient. Afin de garantir l'accès aux soins, certains médecins ajustent leurs prix pour des patients en difficulté économique, ou face à des situations cliniques particulières. En nous intéressant plus particulièrement aux ajustements réalisés pour des patients en difficulté financière, nous notons trois éléments clés dans ce type de démarche. La première est la capacité du médecin à repérer les situations de précarité. À ce titre, si les psychiatres déclarent détenir des informations sociales détaillées sur leurs patients, les ophtalmologistes se fondent plus fréquemment sur des observations subjectives (apparence physique, vêtements, langage…) que sur des informations objectives (situation professionnelle ou administrative) pour estimer leur situation sociale. Deuxièmement, l'organisation du paiement dans le cabinet peut complexifier les échanges sur les prix. Typiquement, en ophtalmologie, les paiements sont effectués au secrétariat, sans interaction directe entre les médecins et les patients sur les prix. Troisièmement, quand bien même les médecins repèrent les difficultés sociales, ils ne souhaitent pas systématiquement moduler leurs prix. Sept des 40 médecins rencontrés revendiquaient ne jamais ajuster leurs prix pour les patients en difficulté. Pour les autres médecins, ces pratiques restent hétérogènes, et majoritairement rares. Dès lors, le « tact » ne peut être envisagé comme un moyen suffisant pour assurer une équité dans l'accès financier aux soins.

Par ailleurs, ces modulations ne relèvent pas toutes de l'accès aux soins. Elles peuvent également répondre à des logiques relationnelles ou stratégiques. Par exemple, pour la chirurgie de la cataracte – un acte rentable et objet de concurrence –, on observe dans les zones urbaines denses des ajustements fréquents des médecins aux remboursements des assurances complémentaires, permettant de rendre leurs prix plus attractifs pour la patientèle.

3. L'économie des prix dans l'espace professionnel médical

La troisième partie cherche à expliquer l'hétérogénéité des pratiques tarifaires entre médecins à spécialité et contexte d'exercice similaires. Elle montre que cette hétérogénéité s'éclaire par la position des médecins au sein d'un espace professionnel structuré par deux axes : d'une part, l'opposition entre des médecins qui se surspécialisent dans certaines activités au sein de leur spécialité (chirurgies, pathologies spécifiques, etc.) *versus* des médecins qui réalisent des pratiques courantes, plus diversifiées ; d'autre part, la tension entre logiques marchandes et non marchandes. Cette structure se retrouve dans l'ensemble de l'espace professionnel médical et explique les fortes hiérarchies entre spécialités, lesquelles se traduisent entre autres par d'importants écarts de rémunération.

Cela permet d'identifier quatre sous-espaces de pratiques – élitistes, pragmatiques, universalistes et stratégiques –, qui se retrouvent dans chacune des deux spécialités enquêtées. À chaque sous-espace correspond un ensemble cohérent de pratiques professionnelles, de niveaux de prix et de représentations du « travail bien fait », en termes de qualité des soins comme d'accessibilité.

Ainsi, les médecins du pôle de pratiques « élitistes » se caractérisent par une forte surspécialisation et la fixation de prix élevés, considérant leurs services comme réservés à

une patientèle aisée. Les médecins aux pratiques « pragmatiques » sont également surspécialisés, mais plus distants des logiques marchandes, ils mettent en place des dépassements d'honoraires ponctuels pour les patients les plus aisés. Les médecins aux pratiques « universalistes » se rapprochent des spécialistes de secteur 1 : pratiquant des soins courants, ils cherchent une accessibilité financière aux soins pour tous les patients. Les médecins aux pratiques « stratégiques », quant à eux, pratiquent également des soins courants, mais investissent les dépassements d'honoraires pour mieux maîtriser leurs cadences et conditions de travail.

Ces configurations sont par ailleurs étroitement ancrées dans des contextes locaux d'exercice. Les médecins du pôle de pratiques élitistes ne peuvent proposer leurs services et leurs prix que dans des zones urbaines socialement favorisées. Un changement de territoire peut ainsi remettre en cause leurs prix, mais aussi leurs pratiques professionnelles dans leur ensemble. À l'inverse, les médecins aux pratiques courantes s'inscrivent dans des contextes variés, et la surspécialisation tend à s'effacer en milieu rural face à une demande de soins trop large et diversifiée pour s'y prêter.

Cet espace professionnel n'est pas figé. Tout d'abord, à l'échelle individuelle, les médecins peuvent changer de position au cours de leur trajectoire professionnelle. Ensuite, la structure de l'espace professionnel semble avoir évolué depuis les années 1990, contribuant à expliquer les transformations générationnelles de rapport aux prix et au secteur 2. D'une part, le pôle « surspécialisé » a continué de se fragmenter, pouvant inclure un effectif plus important qu'auparavant. D'autre part, la pratique des dépassements d'honoraires semble s'être étendue et normalisée au sein du pôle généraliste, là où elle relevait auparavant quasi exclusivement du pôle surspécialisé. Ce n'est donc pas tant que les médecins jeunes pratiquent des dépassements plus élevés, mais que des médecins aux pratiques courantes y recourent désormais, en plus des médecins surspécialisés.

En resituant chaque spécialité dans l'espace professionnel médical, cette lecture pourrait permettre d'expliquer également, au-delà des seuls cas de la psychiatrie et de l'ophtalmologie, les variations de pratiques de dépassements entre les différentes spécialités médicales.

Introduction générale

En 1980, neuf ans après la création de la première convention médicale unifiant les tarifs des médecins libéraux en France et leur remboursement, l'Assurance maladie ouvre un secteur à honoraires libres, le secteur 2. Cette création fait suite à la mobilisation de syndicats médicaux réclamant une revalorisation des tarifications médicales. Ce système à honoraires libres permet ainsi d'augmenter les revenus des médecins, sans accroître la participation de la Sécurité sociale, dans un contexte où son budget est soumis à un impératif de maîtrise accru (Arliaud et Robelet, 2000 ; Hassenteufel, 1997). Depuis les années 1980, la part de médecins installés en secteur 2 n'a cessé de croître, atteignant 56 % des médecins libéraux hors médecine générale en 2024 (Hcaam, 2025). Parallèlement, les dépassements d'honoraires ont connu une dynamique soutenue : ils ont atteint un taux moyen de 49,9 % du tarif opposable en 2023 (Hcaam, 2025). En valeur absolue, ces dépassements s'élevaient à 4,3 milliards d'euros en 2024 pour les médecins libéraux (hors généralistes), soit une hausse de 27 % en valeur réelle, hors inflation, par rapport à 2019 (Hcaam, 2025). Le reste à charge des ménages pour les soins de médecins libéraux (hors médecine générale), réalisés en ville ou en clinique, était estimé en 2022 à 5,6 milliards d'euros avant prise en charge par les assurances maladie complémentaires, et à 2,4 milliards d'euros après assurances maladie complémentaires (Hcaam, 2025). Alors que la démographie médicale est basse, et caractérisée par le développement de zones géographiques sous-dotées en médecins (Lucas-Gabrielli *et al.*, 2022, 2025), et que le contexte social est marqué par une montée des inégalités sociales (Insee, 2023), l'accessibilité aux soins, y compris financière, est cruciale afin d'assurer une équité dans la prise en charge des personnes. L'accroissement de restes à charge pour ces soins participe également à remettre en question le modèle de solidarité français, basé sur une mutualisation des dépenses.

Ce travail s'intéresse aux prix pratiqués par les médecins libéraux en échange de leurs services, définis comme « une mesure quantitative de valeur monétaire, utilisée par les acteurs d'un marché pour déterminer quoi payer ou recevoir pour un bien ou un service dans un échange de marché, et pour comparer l'offre entre différents acteurs du marché » (Bååth, 2023)[1]. Cette notion se distingue de celle de « tarif », qui renvoie au prix réglementé, ici conventionné avec l'Assurance maladie, et des « honoraires », qui correspondent au montant perçu par les médecins pour l'ensemble de leur activité. Ce rapport s'inscrit dans la continuité des travaux quantitatifs réalisés par le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam, 2025) et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) (Legal *et al.*, 2025 ; Lucas-Gabrielli *et al.*, 2025). Ces derniers ont permis de dresser un état des lieux des évolutions quantitatives d'installation en secteur 2 et de recours aux dépassements d'honoraires pour les différentes spécialités médicales, ainsi que d'analyser la répartition territoriale de ces installations. Ce rapport éclaire ces évolutions par une approche sociologique et qualitative, autour de deux questions centrales. D'une part, comment expliquer l'accroissement constant de la part des médecins libéraux (hors médecins généralistes) s'installant en secteur 2 depuis les années 2000 ? D'autre part, quels processus sociaux structurent les prix médicaux en secteur 2 ? Il s'agit alors de comprendre comment les institutions, le contexte d'exercice ou encore les trajectoires des médecins façonnent ces prix.

[1] « *A quantitative measure of monetary value used by market actors to determine what to pay or receive for a good or service in a market exchange and to compare offers from different market actors* », traduction proposée par l'autrice (Bååth, 2023, p. 4).

L'installation en secteur 2 et les dépassements d'honoraires font l'objet, depuis les années 1990, de plusieurs tentatives de régulation par l'Assurance maladie, qu'il convient de resituer ici pour contextualiser l'enquête. Ces instruments de régulation sont de deux natures : premièrement, incitatifs, à destination des médecins libéraux ; deuxièmement, réglementaires, et encadrant la prise en charge des patients les plus défavorisés.

Dès 1990, face à l'engouement des nouveaux installés pour le secteur 2, une nouvelle convention en restreint l'accès aux anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux**,** c'est-à-dire aux médecins ayant effectué un début de carrière à l'hôpital. Cette convention limite fortement l'accès au secteur 2 pour les médecins généralistes (Bras, 2015). Elle impose par ailleurs aux médecins un choix définitif de secteur : un médecin installé en secteur 1 ne peut basculer en secteur 2 ultérieurement, quand bien même il en remplirait les critères. Par la suite, plusieurs amendements ont progressivement élargi les conditions d'accès au secteur 2, en y intégrant de nouveaux statuts (notamment les praticiens hospitaliers), ainsi que de nouveaux types d'établissements, tels que les hôpitaux militaires ou les établissements privés participant au service public hospitalier (Hcaam, 2025).

Par ailleurs, l'Assurance maladie a mis en place plusieurs instruments incitatifs pour tenter de limiter les dépassements, avec d'abord le contrat d'accès aux soins (CAS)[2] en 2014. Ce dernier, qui rencontre peu d'adhésion de la part des médecins, est remplacé par l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam)[3] en 2017. En 2021, la part de médecins libéraux adhérant à l'Optam était de 48,7 % parmi les médecins en secteur 2 (Dixte et Loussouarn, 2024). Si ce dispositif a suscité une certaine adhésion et a permis de freiner momentanément la progression des dépassements d'honoraires (Hcaam, 2025 ; Kingsada, 2022), il s'avère néanmoins insuffisant pour en maîtriser l'essor sur le long terme. L'Optam repose sur des mécanismes incitatifs.

Par ailleurs, des mécanismes réglementaires visent à protéger les personnes les plus défavorisées de l'exposition aux dépassements. Ainsi, en 1999, la loi du 27 juillet crée la couverture maladie universelle (CMU) (refondée dans la complémentaire santé solidaire [C2S] en 2019), qui constitue une assurance solidaire destinée aux personnes françaises ou résidant légalement sur le territoire français, accessible sous un certain seuil de ressources. En parallèle, l'aide médicale de l'État (AME) est mise en place pour prendre en charge les frais de soins des étrangers en situation irrégulière. Pour les patients bénéficiaires de ces aides sociales, les médecins ont l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires. Cependant, cette mesure ne suffit pas à garantir l'équité dans l'accès aux soins, et ce pour deux raisons. Tout d'abord, les taux de non-recours à ces aides sociales restent importants, estimés à 49 % pour l'AME et entre 35 et 45 % pour la CMU (Carré *et al.*, 2021). Ensuite, certains médecins refusent de prendre en charge les patients affiliés à ces complémentaires solidaires, et ce particulièrement parmi les médecins spécialistes en secteur 2 (Chareyron *et al.*, 2019 ; Desprès, 2009). Ces refus de soins étaient principalement justifiés par l'interdiction de réaliser des dépassements d'honoraires (Desprès, 2009, 2010). Enfin, bien que seuls 3,6 % de la population de plus de 15 ans ne bénéficient pas d'assurance complémentaire

[2] Le CAS proposait une contractualisation individuelle aux médecins conventionnés, les invitant à respecter un certain nombre d'actes sans dépassements d'honoraires et un certain taux dans leurs dépassements d'honoraires (qui devait rester à un taux moyen de 100 % du tarif de base de la Sécurité sociale), en échange d'une prise en charge par l'Assurance maladie des charges sociales des médecins pour leur activité réalisée au tarif de base.

[3] L'Optam repose sur des principes similaires au CAS, mais avec une méthode de calcul un peu différente, et l'incitation financière proposée aux médecins repose cette fois sur la mise en place d'une prime selon l'atteinte de deux objectifs, un taux ciblé de dépassements d'honoraires moyen et un taux ciblé d'actes pratiqués au tarif opposable. Ces deux objectifs sont personnalisés pour chaque médecin et fixés par les caisses primaires d'assurance maladie.

en 2019, cette absence de couverture concerne davantage les personnes les plus pauvres (Pierre, 2019).

Du côté des médecins libéraux, les syndicats défendent le droit aux dépassements d'honoraires au travers de deux arguments principaux. D'une part, ils estiment que les tarifs conventionnés ne font pas l'objet de revalorisations suffisamment régulières pour tenir compte des évolutions des modes d'exercice et du contexte économique. D'autre part, ils soutiennent que l'accès financier aux soins serait garanti par l'éthique professionnelle des médecins, à travers le principe du « tact et mesure ». Cette notion est mobilisée sans être explicitement définie dans le Code de déontologie médicale[4] et dans le Code de la santé publique[5]. Elle renvoie à l'idée de déterminer des prix à une juste valeur, sans recherche excessive du gain (la « mesure ») ; tout en permettant un accès financier aux soins pour les patients dans le besoin (le « tact »). Dans la littérature, ce principe éthique est présenté comme une forme d'autorégulation professionnelle des prix, censée garantir un accès équitable aux soins pour tous (Batifoulier, 2011). Or, aucune enquête n'a jusqu'ici permis de comprendre précisément dans quelle mesure ces principes sont effectivement mis en œuvre par les médecins, ni s'ils sont de nature à garantir une équité dans les prises en charge. L'approche sociologique et qualitative adoptée dans ce rapport apparaît dès lors particulièrement adaptée pour éclairer la place de ces principes dans les processus de formation des prix médicaux. Ce travail constitue à ce titre une contribution originale à la littérature, les prix des médecins libéraux n'ayant, à notre connaissance, jamais été étudiés avec cette approche.

Le rapport s'ouvre sur une présentation détaillée de la méthodologie d'enquête, exposant les modalités de recrutement des médecins et les caractéristiques sociales des personnes rencontrées. L'analyse se structure ensuite en trois parties. La première examine les évolutions générationnelles relatives à l'installation en secteur 2 et, plus largement, les transformations des pratiques professionnelles. La deuxième s'intéresse aux processus qui sous-tendent la fixation des prix médicaux, en montrant que ceux-ci relèvent moins d'une autonomie professionnelle individuelle que d'un ensemble de règles sociales plus ou moins instituées, inscrites dans des contextes locaux d'exercice. La troisième partie montre quant à elle que les prix pratiqués dépendent également de la position de chaque médecin au sein d'un espace professionnel, laquelle influe aussi sur ses pratiques professionnelles.

4 « 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 du Code de déontologie médicale, édition 2021.

5 Le Code de la santé publique reprend exactement le Code de déontologie médicale.

Méthodologie

L'enquête s'appuie sur une méthodologie sociologique qualitative, mobilisant 47 entretiens semi-directifs, menés principalement avec des médecins libéraux exerçant en secteur 2, en ophtalmologie ou en psychiatrie. Ces deux spécialités ont été choisies en concertation avec le secrétariat général du Hcaam. Nous avons retenu des spécialités avec des taux d'installation en secteur 2 et de dépassements d'honoraires élevés, afin d'étudier ces pratiques dans des segments médicaux où elles sont répandues. Il s'agissait ensuite de construire une enquête par cas divers (Gerring, 2009), en choisissant deux spécialités contrastées sur plusieurs dimensions : attractivité de la spécialité, niveaux de revenus en exercice libéral, nature des actes (techniques ou cliniques) et suivi des patients dans le temps[6]. Ce type d'enquête présente l'avantage de permettre une meilleure généralisation des résultats aux autres spécialités médicales, les points communs observés entre deux spécialités occupant des positions très différentes dans l'espace professionnel pouvant se retrouver, a fortiori, dans d'autres spécialités.

Ci-après, nous détaillons d'abord les modalités de recrutement des médecins pour les entretiens semi-directifs, avant de caractériser socialement les enquêtés.

Le recrutement des médecins libéraux rencontrés

Un recrutement trimodal

Les médecins ont été contactés par mail, téléphone ou messagerie sur le réseau social LinkedIn. Ils ont été invités à participer à l'enquête au travers de trois modes de contact, couramment appelés le « bouche à oreille », la « boule de neige » et le démarchage.

Le bouche-à-oreille consiste à contacter des personnes *via* le réseau personnel ou professionnel de l'enquêtrice, tandis que la boule de neige revient à approcher des personnes à la recommandation d'une personne déjà enquêtée (Bozouls et Delon, 2025). Ces deux méthodes, bien connues en sciences sociales, permettent en général un meilleur taux de réponses de la part des personnes contactées qu'en cas de démarchage, et une mise en confiance des enquêtés. Cela peut occasionner des effets de recrutement où les enquêtés ont des caractéristiques proches (par exemple, être localisés dans un même département, ou appartenir au même syndicat) mais la multiplication des sources d'entrée permet cependant de minimiser cet effet (voir section « caractérisation des enquêtés »).

Le démarchage consiste à joindre directement des personnes, par mail ou téléphone, en leur proposant de participer à l'enquête sans interconnaissance préalable. Cette méthode a généralement un plus petit taux de réponses positives. Elle permet toutefois de cibler des enquêtés, ici en contactant des médecins exerçant dans des zones urbaines intermédiaires ou rurales. Comme tout mode de recrutement, il a également ses biais : en l'absence d'interconnaissance, ce sont les médecins les plus intéressés par la démarche ou la thématique de recherche qui répondent. La diversification des modes de contact permet donc de limiter leurs inconvénients réciproques.

6 La sélection des spécialités a fait l'objet d'une note, qui est présentée en annexe 1 de ce rapport.

Tableau 1 Les revenus des médecins avec une activité libérale en 2021, par spécialistes et par regroupement de spécialistes

	Effectifs	Part des effectifs exerçant en secteur 2 (%)	Part des effectifs ayant une activité mixte (%)	Revenu d'activité (en euros) Ensemble	Revenu d'activité (en euros) Secteur 1	Revenu d'activité (en euros) Secteur 2	Dont revenu libéral (en euros) Ensemble	Dont revenu libéral (en euros) Secteur 1	Dont revenu libéral (en euros) Secteur 2	Rapport inter-décile[1] D9/D1
Omnipraticiens	51 702	4,7	28,9	98 300	98 800	88 600	93 500	94 000	82 900	4,3
Spécialités médicales (hors omnipraticiens)	**24 160**	**42,6**	**35,9**	**127 800**	**128 300**	**127 100**	**115 600**	**115 100**	**116 300**	**6,4**
dont :										
• Anesthésistes-réanimateurs	3 403	58,2	19,0	191 700	178 400	201 200	182 400	166 000	194 200	5,8
• Cardiologues	4 281	25,7	38,8	163 000	164 700	158 000	144 600	145 400	142 300	5,4
• Dermatologues	2 276	44,6	26,9	96 800	90 100	105 400	92 600	87 300	99 500	4,5
• Gastro-entérologues	1 859	47,1	40,0	149 000	149 300	148 700	134 000	132 700	135 400	4,6
• Oncologues médicaux	212	25,5	33,9	187 100	181 800	202 000	171 100	169 900	174 600	8,3
• Pédiatres	2 310	46,5	40,6	88 400	86 800	90 200	79 900	77 500	82 800	4,8
• Pneumologues	1 062	23,5	44,4	129 900	135 600	111 100	114 700	120 600	95 300	4,5
• Psychiatres et neuropsychiatres	4 773	43,4	37,0	92 800	93 600	91 600	81 500	83 000	79 400	5,8
• Rhumatologues	1 312	55,6	42,0	92 200	90 200	93 800	83 400	84 000	82 900	5,0
• Autres spécialistes	2 672	42,9	44,8	114 900	128 200	97 200	98 800	110 500	83 300	6,2
Spécialités médico-chirurgicales[2]	**9 578**	**68,4**	**32,4**	**150 100**	**124 800**	**161 900**	**137 400**	**112 400**	**149 200**	**7,2**
dont :										
• Gynécologues-obstétriciens	3 922	70,4	34,5	117 700	96 800	126 600	102 600	79 800	112 400	6,2
• Ophtalmologistes	3 848	66,2	26,2	191 900	150 200	213 600	182 800	143 100	203 300	8,6
• Oto-rhino-laryngologistes	1 808	68,5	40,6	133 100	125 800	136 500	118 400	110 400	122 200	5,1
Spécialités chirurgicales	**7 418**	**82,7**	**33,3**	**178 300**	**162 200**	**181 700**	**157 000**	**120 100**	**164 800**	**6,2**
Spécialités de plateau médico-technique	**6 275**	**24,7**	**25,2**	**228 700**	**234 100**	**211 900**	**211 500**	**216 300**	**196 700**	**6,9**
dont :										
• Anatomo-cyto-pathologistes	559	25,0	18,2	189 500	196 400	169 400	178 600	186 200	156 700	6,9
• Médecins nucléaires	376	7,7	47,4	283 300	287 900	226 600	254 500	257 400	218 600	7,4
• Radiologues	4 918	26,8	23,5	212 700	216 200	203 000	196 100	198 800	188 400	6,0
• Radiothérapeutes	422	15,2	33,8	417 500	405 400	486 600	395 500	386 300	448 100	17,3
Ensemble des médecins libéraux										
• hors spécialité des omnipraticiens	47 431	51,7	33,4	153 300	151 200	155 200	138 900	135 600	142 100	5,7
• **y compris spécialité des omnipraticiens**	**99 133**	**27,2**	**31,0**	**124 000**	**115 100**	**149 100**	**114 700**	**106 900**	**136 600**	**7,0**

1. Le rapport interdécile est défini comme le rapport entre le revenu au-delà duquel se situe les 10 % des médecins les mieux rémunérés (appelé D9) et celui en-deçà duquel se situent les 10 % les moins bien rémunérés (appelé D1).
2. Une part significative de l'activité de ces spécialités correspond à des actes chirurgicaux et certains médecins peuvent se spécialiser dans la réalisation de ces actes. Il n'est cependant pas possible de les distinguer.

Sources : effectifs et part des médecins en secteur 2 (Cnam ; Insee-DGFiP-Cnam 2021). Exploitation Drees : revenus et activité mixte (Dixte et Loussouarn, 2024)

Les prises de contact avec les psychiatres et les ophtalmologistes ont donné des résultats très contrastés selon les modalités utilisées. En effet, les taux de réponses positives sont relativement proches entre les deux spécialités lorsque le contact se fait par bouche-à-oreille (plus d'un tiers d'acceptation), et dans une moindre mesure par boule de neige. En revanche, alors que 22 psychiatres sur 100 répondent positivement lorsqu'ils sont démarchés, les ophtalmologistes ne répondent positivement que dans 3,8 cas sur 100.

Tableau 2 Mode de contact des enquêtés

Mode de contact	Ophtalmologistes	Psychiatres	Total
Bouche-à-oreille			
Réponse positive	5	3	8
Réponse négative ou absence de réponse	8	6	14
Taux d'acceptation	38,46	33,33	36,36
Boule de neige			
Réponse positive	9	6	15
Réponse négative ou absence de réponse	33	10	43
Taux d'acceptation	21,43	37,50	25,86
Démarchage			
Réponse positive	6	11	17
Réponse négative ou absence de réponse	151	39	190
Taux d'acceptation	3,82	22	8,21

Source : Enquête Estampe

Cette différence peut s'expliquer au travers de plusieurs hypothèses. Tout d'abord, on peut aisément supposer que les psychiatres voient davantage que les ophtalmologistes un intérêt pour leur spécialité à participer à l'enquête, présentée comme une étude sur les pratiques tarifaires et les conditions de travail des médecins libéraux. En effet, contrairement aux ophtalmologistes, la psychiatrie est une des spécialités libérales les moins rémunérées (Dixte et Loussouarn, 2024), et plusieurs psychiatres ont exprimé en entretien leur insatisfaction à l'égard des cotations actuellement, notamment en comparaison avec les autres spécialités médicales. L'enquête sociologique peut ainsi être pour eux un moyen de confier leur expérience, voire de faire remonter leur voix. En outre, plusieurs psychiatres ont exprimé avoir rencontré des difficultés morales importantes dans la pratique des dépassements d'honoraires, et déclaraient participer à l'enquête car ils trouvaient important de traiter de la question de la fixation des prix, y compris dans le cadre d'une recherche. Cet élément est en revanche moins apparu dans les échanges avec les ophtalmologistes.

Conduite des entretiens

Les entretiens ont duré en moyenne 1h36, plus longs pour les psychiatres (en moyenne 1h54) que pour les ophtalmologistes (en moyenne 1h17). Si possible, les entretiens ont été menés en présentiel sur les lieux de travail des médecins, ce qui permettait de mieux comprendre leur contexte d'exercice. À cette occasion, quelques observations ont pu être réalisées, afin de compléter à la marge les entretiens semi-directifs : observations des lieux d'exercice, des configurations spatiales des cabinets et de l'accueil des patients. Cependant, pour des raisons pratiques, ou à la demande des médecins, près de la moitié des entretiens ont été menés à distance, par visioconférence ou téléphone.

Le guide d'entretien parcourait trois grandes thématiques, les deux premières visant à resituer les prix médicaux dans une trajectoire plus générale :

- le parcours professionnel (origine sociale, formation, expériences antérieures, installation en libéral)
- les pratiques professionnelles (rythmes, temps et contenu de travail, éventuelle organisation collective)
- les pratiques liées aux prix (patientèle prise en charge, fixation et évolution des prix, pratiques de cotation, ajustements des prix selon les patients, revenus et représentation de ceux-ci)

Ces trois thématiques étaient annoncées dès la prise de contact, afin de ne pas surprendre les enquêtés en abordant les sujets liés à l'argent, qui peuvent être considérés comme tabous (De Blic et Lazarus, 2007). Aucune difficulté à évoquer ces sujets au cours des entretiens n'a été rencontrée, probablement car les médecins y étaient préparés, mais aussi car ces sujets sont liés à leurs pratiques professionnelles, ce qui reste plus aisé à aborder que des éléments relatifs à leur richesse personnelle (Herlin-Giret, 2018). D'ailleurs, si aucune difficulté n'a été rencontrée pour aborder les prix médicaux, cinq médecins ont refusé d'indiquer une fourchette de leur revenu net, question utilisée pour situer globalement les médecins par rapport aux revenus libéraux moyens de leur spécialité.

Les entretiens ont été enregistrés, puis systématiquement retranscrits. L'analyse a été conduite avec des méthodes thématiques (codage des entretiens dans le logiciel MaxQDA) et biographiques (rédaction de fiches synthétiques par médecin).

Conformément aux bonnes pratiques en matière d'enquête sociologique, les entretiens sont pseudonymisés, un prénom et nom de famille fictifs ayant été attribués à chaque médecin. Les lieux d'exercice sont également décrits par leurs caractéristiques davantage que par leurs noms, pour les mêmes raisons.

Caractérisation des enquêtés

Au total, 47 entretiens semi-directifs ont été effectués entre novembre 2024 et janvier 2026 : 40 entretiens approfondis menés auprès de 20 ophtalmologistes et 20 psychiatres exerçant en secteur 2, ainsi que sept entretiens complémentaires[7].

Si la représentativité de l'échantillon constitue en méthodes quantitatives un critère central pour assurer la généralisation des résultats, le raisonnement diffère en méthodes qualitatives. Celles-ci visent une analyse compréhensive, qui ne cherche pas à quantifier des régularités, mais à interpréter des logiques d'action et des processus sociaux. La généralisation y repose sur la comparaison systématique des entretiens, dont nous tirons des interprétations compréhensives (Gros, 2017). Par ailleurs, une enquête qualitative ne saurait, par définition, être pleinement représentative : le fait même de consentir à y participer constitue déjà une caractéristique distinctive des personnes rencontrées.

7 Quatre entretiens exploratoires ont été réalisés avec des médecins syndiqués ou engagés à l'Ordre des médecins, afin de mieux comprendre les systèmes de cotation des différentes spécialités, leurs évolutions récentes et les positions défendues par ces différents acteurs sur ces sujets.
Par ailleurs, trois entretiens ont pu être menés avec des secrétaires travaillant avec certains des médecins enquêtés, permettant d'approfondir la compréhension de leurs conditions d'exercice et de leurs pratiques professionnelles.

Une certaine diversité des profils reste néanmoins souhaitable, afin de comparer les tendances observées selon les caractéristiques des enquêtés, et de mieux cerner la portée et les limites des analyses. Les médecins rencontrés présentent ainsi des profils variés, tant du point de vue de leurs caractéristiques démographiques, de leurs contextes d'exercice, du type d'activités qu'ils réalisent ou encore des prix qu'ils pratiquent. La section suivante revient sur ces dimensions.

Caractéristiques démographiques des médecins rencontrés

Tout d'abord, parmi les 40 entretiens réalisés, 19 femmes et 21 hommes ont été rencontrés, ce qui se rapproche du profil démographique de ces spécialités, avec 40 % de femmes exerçant en ophtalmologie en libéral, et 45,4 % en psychiatrie en libéral[8]. Cette répartition tend vers une plus grande féminisation lorsqu'on s'intéresse aux jeunes générations.

Ensuite, les médecins interrogés sont plutôt jeunes, avec 23 médecins âgés de moins de 45 ans, 12 médecins de 45 à 60 ans et 5 ayant plus de 60 ans ; et ce, alors que 42 % des ophtalmologistes libéraux et 47 % des psychiatres libéraux ont plus de 60 ans[9]. Cette répartition n'était pas volontaire, et pourrait témoigner d'un intérêt plus marqué des nouveaux installés à propos de leurs prix. Cette particularité sera prise en compte dans l'interprétation des entretiens, qui sont susceptibles de traduire davantage les pratiques des jeunes médecins que celles des médecins dans leur ensemble.

Tableau 3 Caractéristiques démographiques des médecins enquêtés

	Ophtalmologistes	Psychiatres	Total
Genre			
Hommes	9	12	21
Femmes	11	8	19
Âge			
Moins de 45 ans	14	9	23
45-60 ans	3	9	12
Plus de 60 ans	3	2	5

Source : Enquête Estampe

Parmi ces médecins, quatre ont débuté leur exercice libéral avant 1999, six entre 2000 et 2009, 18 entre 2010 et 2019, et 12 entre 2020 et 2025.

Contextes sociaux d'exercice des enquêtés

Les travaux quantitatifs précédents ayant mis en évidence l'importance du lieu d'exercice dans les prix médicaux (Choné *et al.*, 2019 ; Legal *et al.*, 2025 ; Montmartin et Herrera-Gomez, 2022 ; Pla *et al.*, 2020), nous avons cherché à diversifier et qualifier les contextes sociogéographiques d'exercice des médecins enquêtés.

Les pratiques professionnelles des médecins sont d'abord resituées dans un contexte d'exercice communal. Nous avons caractérisé celui-ci autour de trois dimensions : la densité d'habitants, leurs caractéristiques socio-économiques, l'offre et les besoins de soins.

8 Source Cnam, données SNDS 2022.

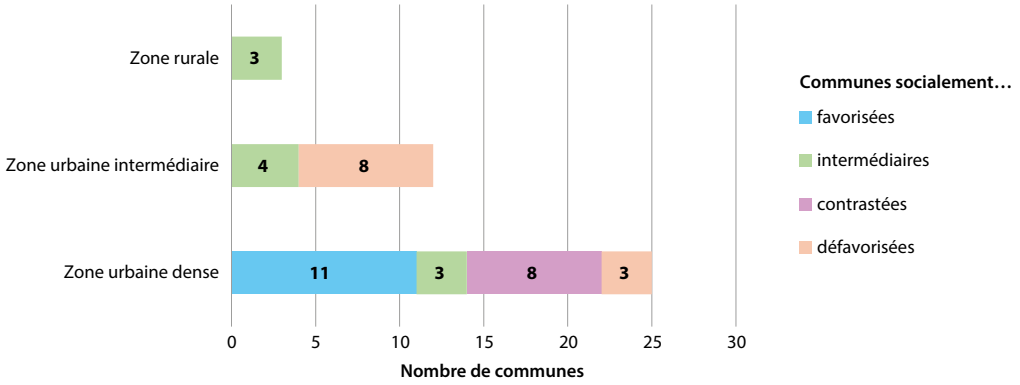
9 Source Cnam, données SNDS 2022.

Cette caractérisation est réalisée à l'aide d'indicateurs quantitatifs, et détaillée en annexe (voir Annexe 3).

25 entretiens ont été réalisés en zone urbaine dense, 12 en zone urbaine intermédiaire et trois en zone rurale (classification de densité issue des travaux de l'Insee).

À partir de plusieurs indicateurs sociaux, ces communes sont caractérisées comme socialement favorisées, intermédiaires, contrastées ou défavorisées. La répartition de ces caractéristiques sociales est représentée ci-dessous.

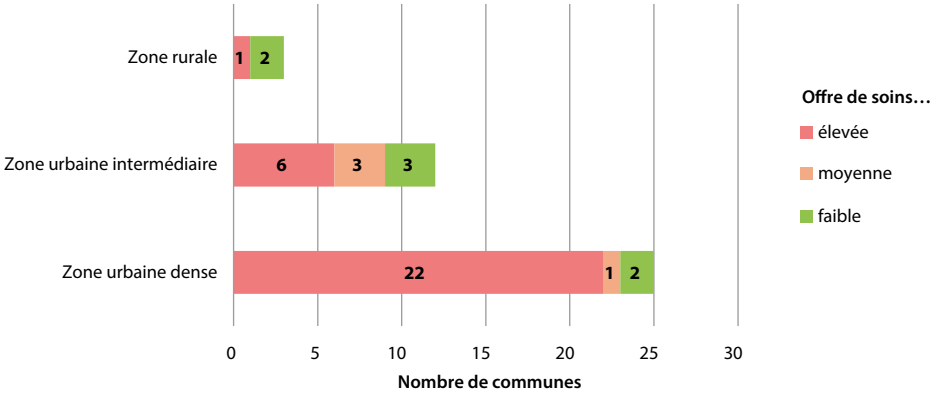
Graphique 1 Caractérisation sociale des communes d'exercice



Source : Enquête Estampe

Par ailleurs, l'offre de soins dans les communes peut être qualifiée d'élevée, de moyenne ou de faible. Le graphique ci-dessous représente la répartition des terrains d'enquête selon ces catégories.

Graphique 2 Caractérisation de l'offre de soins des communes d'exercice



Source : Enquête Estampe

Parmi les 25 entretiens réalisés en zone urbaine dense, dix ont été conduits en région parisienne, et les 15 autres dans 11 agglomérations différentes, permettant de diversifier les contextes d'enquête, y compris en zone urbaine dense.

Par ailleurs, quelques ophtalmologistes exercent également dans des zones moins dotées, avec un site secondaire de leur cabinet collectif, où ils consultent en général une fois par semaine. Ces sites secondaires proposent les mêmes prix que les sites principaux.

Le contexte social d'activité se rattache également au mode d'exercice, isolé ou regroupé, choisi par les médecins.

En ophtalmologie, les médecins emploient tous au moins une secrétaire salariée. La large majorité d'entre eux salarient également des orthoptistes, des optométristes ou des infirmières qui participent au travail médical. Les ophtalmologistes rencontrés travaillent pour 12 d'entre eux dans des petits groupes où exercent deux à cinq ophtalmologistes (libéraux et/ou salariés). Deux ophtalmologistes exercent sans confrères ; cinq autres dans des groupes entre six et dix médecins, et un seul ophtalmologiste dans un groupe d'une vingtaine de médecins. Par ailleurs, cinq des ophtalmologistes rencontrés exercent de manière libérale dans un cabinet affilié à une société détenant des actifs financiarisés.

En psychiatrie, 14 des enquêtés n'ont pas de secrétariat, cinq médecins bénéficient de secrétaires sur place (le plus souvent partagées avec d'autres professionnels), et un psychiatre utilise un service de secrétariat à distance. 12 psychiatres exercent de manière regroupée sans coordination (achat ou location de cabinets partagés), quatre exercent dans des structures d'exercice regroupé (maisons de santé ou centres de santé mentale libéraux), et quatre de manière isolée.

Pluriactivité

Les médecins rencontrés exerçaient pour certains d'autres activités – professionnelles, syndicales ou associatives – en plus de leur pratique libérale.

En ophtalmologie, seul un médecin avait une activité mixte salariée, en établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic). Quatre médecins réalisaient également des vacations hospitalières ou une activité d'enseignement. En psychiatrie, sept médecins avaient un exercice mixte salarié : quatre en hôpital, un en clinique, un en centre de santé municipal, et un en maison de retraite.

Trois des ophtalmologistes et deux des psychiatres rencontrés avaient un engagement dans un syndicat de médecine libérale. Par ailleurs, deux ophtalmologistes et trois psychiatres étaient impliqués dans une association professionnelle de type société savante. Un psychiatre était également engagé dans une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

Rapport à l'Optam et prix pratiqués par les médecins enquêtés

En 2022, le taux d'adhésion à l'Optam pour les médecins éligibles était de 52,7 %, mais la psychiatrie et l'ophtalmologie font partie des spécialités qui adhèrent peu à l'instrument : seuls 37 % des psychiatres et 26 % des ophtalmologistes y sont inscrits (Hcaam, 2025). La moitié des médecins enquêtés y adhère, dont 12 ophtalmologistes et huit psychiatres. On dénombre donc davantage d'adhérents que dans la population générale.

Afin de faciliter les comparaisons, ce rapport analyse principalement les prix des consultations en ophtalmologie et en psychiatrie, ainsi que des cataractes en ophtalmologie. Ce choix s'explique par le fait qu'il s'agit des actes – cliniques d'un côté, chirurgicaux de l'autre – les plus couramment pratiqués par l'ensemble des médecins rencontrés.

À noter qu'en ophtalmologie, la moitié des médecins enquêtés déclarent coter une consultation sans complication en utilisant deux actes, la vision binoculaire (VB) et la motricité (MOT). Ces habitudes de cotation ont été prises en compte dans le calcul des taux de dépassements pour les médecins concernés.

Tableau 4 Tarification conventionnelle des actes d'intérêt pour l'enquête en janvier 2025

	SECTEUR 2		
	Optam	hors Optam	
Psychiatres	Consultation		
	55 €	42,50 €	
Ophalmologistes	Consultation	Consultation	Actes VB[a] et MOT[b]
	31,50 €	23 €	38,90 €
	Cataracte		
	271,70 €		

[a] Vision binoculaire ; [b] Motricité

Note : Les tarifs conventionnels sont plus élevés en secteur 2 Optam qu'en secteur 2 pour certains actes.

Source : Cnam

Au niveau national, le taux moyen de dépassements des ophtalmologistes sur l'ensemble des actes s'élevait à 56 %, et à 58 % pour les psychiatres (Hcaam, 2025). Les taux ci-dessous sont sensiblement plus élevés, mais ils sont calculés à partir des prix affichés par les médecins, et non pas de la moyenne des prix pratiqués.

Le taux de dépassements moyen de l'ensemble des enquêtés était de 91,3 % sur les consultations.

En ophtalmologie, les taux de dépassements sur la consultation variaient de 18,5 % à 313 %, avec une moyenne à 94,5 %. Les prix des consultations représentaient ainsi entre 40 et 90 euros en Optam, avec une moyenne à 60,30 euros ; et entre 30 et 95 euros hors Optam, avec une moyenne à 67,50 euros.

14 des ophtalmologistes rencontrés pratiquaient des chirurgies de la cataracte. Leur taux de dépassements sur cet acte variait de 0 à 150 %, avec un dépassement moyen à 85,6 %. Pour les ophtalmologistes en Optam, les prix de cataracte étaient compris entre 271,70 euros et 550 euros, avec une moyenne à 344,30 euros ; et pour les ophtalmologistes hors Optam, entre 491 euros et 671,70 euros, avec une moyenne à 365,90 euros.

En psychiatrie, les taux de dépassements sur la consultation variaient de 0 à 205 %, avec une moyenne à 88,1 %. Les prix des consultations s'élevaient de 55 à 95 euros en Optam, avec une moyenne à 61,70 euros ; et de 74,5 à 130 euros hors Optam, avec une moyenne à 96 euros.

PARTIE 1

Évolutions générationnelles du rapport à l'exercice libéral : vers une normalisation de l'installation en secteur 2

Les questions relatives aux secteurs d'installation et aux prix médicaux demeurent, à ce jour, largement absentes de la littérature sociologique sur la profession médicale en France, et peu abordées à l'international (Brown, 2025 ; Oh, 2013). Les travaux existants se sont davantage intéressés aux transformations structurelles de la profession, notamment à sa féminisation progressive et aux évolutions du rapport des médecins aux temporalités au travail (Lapeyre et Le Feuvre, 2004 ; Lapeyre et Robelet, 2010). Par ailleurs, la médecine spécialisée libérale reste un objet peu exploré, les recherches en sociologie des professions s'étant concentrées sur les médecins hospitaliers (Belorgey, 2013 ; Castel, 2020 ; Juven, 2019) et sur les médecins généralistes (Bloy et Schweyer, 2010 ; Brunn, 2020 ; Fournier *et al.*, 2024). Les enquêtes ont par ailleurs montré de fortes hiérarchies entre les spécialités médicales, résultant de processus historiques (Pinell, 2005), particulièrement documentées au moment du choix des spécialités par les étudiants en médecine (Hardy-Dubernet, 2009 ; Jaisson, 2002), mais ont peu analysé leurs traduction dans les pratiques professionnelles et les conditions de travail libéral.

Or, ces dernières années, les dynamiques d'installation des médecins spécialistes (hors médecins généralistes) en secteur 2 sont marquantes. Alors que 44 % des médecins libéraux hors généralistes exerçaient en secteur 2 en 1989, cette proportion n'a cessé de croître depuis les années 2000, atteignant 56 % en 2024, avec une accélération marquée au cours des dernières années (Hcaam, 2025). Ces taux s'élèvent à 72 % pour les ophtalmologistes et à 48 % pour les psychiatres, mais pour les médecins installés entre 2022 et 2024, ils atteignent 84 % pour les ophtalmologistes et 72 % pour les psychiatres (Hcaam, 2025). Parallèlement, les taux de dépassements des médecins libéraux hors généralistes ont fortement progressé, passant d'environ 20 % en 1985 à 49,9 % en 2023 (Hcaam, 2025). Ce pourcentage s'élève à 56 % pour les ophtalmologistes et à 58 % pour les psychiatres (Hcaam, 2025).

Cette première partie vise à resituer cette dynamique dans les parcours professionnels de médecins de générations différentes, en ophtalmologie et en psychiatrie. Elle s'articule en trois temps. Tout d'abord, l'installation en libéral occupe une place différenciée selon les spécialités, et les trajectoires permettant l'accès au secteur 2 ne sont pas les mêmes d'une spécialité à l'autre. Ensuite, la progression de l'installation en secteur 2 s'explique par sa normalisation progressive, portée par une diffusion de ce type d'installation au sein des réseaux professionnels des médecins. Enfin, cette partie interroge les transformations du travail et de ses temporalités dans les deux spécialités étudiées, en cherchant à comprendre la place de ces transformations dans la progression des taux de dépassements.

1.1. Entre ophtalmologistes et psychiatres, une place contrastée de l'exercice libéral dans les trajectoires professionnelles

En ophtalmologie, une place centrale de l'exercice libéral et des parcours standardisés

L'ophtalmologie fait partie des spécialités médicales attractives pour les étudiants en médecine (Anguis, 2017). Ainsi, les ophtalmologistes rencontrés présentent globalement des trajectoires similaires : ils décrivent une facilité durant leurs études médicales, beaucoup ayant réussi leur première année dès la première tentative, et tous ont été bien classés au concours de l'internat. L'ophtalmologie était majoritairement leur premier choix de spécialisation.

Les trajectoires professionnelles des ophtalmologistes rencontrés présentent une certaine homogénéité : la très grande majorité (14/20) d'entre eux se sont installés en libéral après avoir occupé un poste d'assistant des hôpitaux ou de chef de clinique pendant deux ans, qui correspond à la durée minimale pour avoir le droit à s'installer en secteur 2. Ces deux ans d'expériences hospitalières sont présentés comme liés à l'envie de gagner en expérience professionnelle, notamment en chirurgie.

> « *J'ai fait mon internat* […]. *Et après, j'ai fait un an d'assistanat dans un service spécialisé en glaucome. Après, j'ai fait en gros un an où je suis restée un petit peu à l'hôpital pour pouvoir opérer* […]. [Enquêtrice : Quand vous avez fait votre assistanat, c'était dans quelle perspective ?] *Se surspécialiser. Après, en pratique, tout le monde le fait. Effectivement, il y a l'accès au secteur 2. Sans assistanat, c'est un peu dur après de se lancer pour opérer seule. Donc, c'est la double casquette.* »
>
> **E. Marty**, ophtalmologiste en secteur 2, femme, 30-35 ans,
> zone urbaine dense socialement défavorisée, à l'offre de soins élevée

D'autres ophtalmologistes affirment plus directement investir l'assistanat ou le clinicat de manière stratégique, afin d'obtenir le droit au secteur 2 :

> « *Suite à cet internat de chirurgie, j'ai voulu avoir le secteur 2, donc il me fallait deux ans de clinicat.* »
>
> **A. Meynard**, ophtalmologiste en secteur 2, femme, 35-40 ans,
> zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins élevée

L'ophtalmologie est une spécialité principalement libérale : en 2024, le Conseil de l'Ordre des médecins recensait 4 691 ophtalmologistes en France, dont 57,2 % installés en libéral, 20,5 % en exercice mixte et 22,3 % en salariat. Parmi les 20 ophtalmologistes rencontrés, quatre d'entre eux ont eu le statut de praticien hospitalier. Seuls trois ont eu des carrières hospitalières de plus de cinq ans, et seul un a un exercice mixte en établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic). Ces ophtalmologistes ont des surspécialités chirurgicales lourdes, demandant une hospitalisation au minimum ambulatoire des patients suivis. En dehors de ce type de pratiques professionnelles, les ophtalmologistes déclarent que l'exercice libéral leur permet de réaliser des pratiques professionnelles similaires à celles qu'ils avaient à l'hôpital, grâce à l'équipement d'un plateau technique sur leur lieu d'exercice. Cela explique le caractère fortement libéral de cette spécialité. Cet extrait d'entretien illustre cette dynamique.

> « *L'activité en libéral et l'activité à l'hôpital, dans notre spécialité, sont quand même assez proches, parce qu'il y a très peu de patients à hospitaliser. On peut tout prendre en charge si on a un plateau technique suffisant* […]. *L'exercice libéral présente plein d'avantages. Il présente des avantages déjà en organisation. On peut faire ce qu'on veut. On peut travailler le nombre de jours qu'on veut. En termes de ressources qu'on alloue à notre activité, on fait ce qu'on veut. Si on veut une secrétaire supplémentaire parce qu'on trouve qu'on a trop de paperasse à gérer… Pour le matériel, on choisit le matériel qu'on veut* […]. *C'est une liberté qui est incroyable par rapport à l'hôpital où on est contraint dans n'importe quel domaine, que ce soit l'organisation, le matériel, la rémunération, etc.* »
>
> **P. Abassi**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, homme, 30-35 ans, zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

Cette souplesse résulte aussi de chiffres d'affaires élevés en ophtalmologie au regard d'autres spécialités, leur permettant de façonner leurs conditions de travail selon leurs aspirations – ce qui n'est par exemple pas le cas en psychiatrie, où le travail de secrétariat est plus rarement délégué en raison d'un chiffre d'affaires plus faible.

Les médecins peuvent également maintenir une activité opératoire, réalisée dans un hôpital public ou une clinique privée. L'exercice libéral apparaît donc attractif pour les ophtalmologistes rencontrés, en raison de l'autonomie qu'il offre dans l'organisation de sa pratique, mais aussi des conditions de travail plus souples et adaptables aux aspirations de chacun.

En psychiatrie, des parcours hétérogènes et marqués par plusieurs expériences salariées

En psychiatrie, les parcours sont moins homogènes. Tout d'abord, les médecins ont des trajectoires scolaires plus hétérogènes, certains ayant été davantage en difficulté durant leurs études de médecine. L'orientation en psychiatrie, si elle n'est parfois pas le premier choix des enquêtés, est souvent le résultat d'expériences de stages et/ou de relations enthousiasmantes avec des psychiatres plus âgés, et plus rarement le résultat d'une vocation préalable aux études de médecine. Les médecins ont bien conscience d'investir une spécialité réputée moins attractive pour les étudiants en médecine, en raison de représentations sociales défavorables (Hardy-Dubernet et Faure, 2006), et de moins bonnes conditions de travail – notamment en matière de revenus (Dixte et Loussouarn, 2024). La formule de la psychiatrie comme « parent pauvre de la médecine » revient ainsi assez souvent en entretien.

Les parcours des psychiatres ne sont pas standardisés, contrairement à ceux des ophtalmologistes. La psychiatrie est une spécialité avec un effectif important (13 016 médecins), dont l'exercice se fait majoritairement en salariat (64,3 % des psychiatres), avec seulement 25,2 % d'exercice libéral et 10,5 % d'exercice mixte (Cnom, 2024). Parmi les médecins enquêtés, 11 ont exercé entre sept et quinze ans à l'hôpital, cinq entre trois et six ans et quatre, deux ans ou moins. Au total, 14 psychiatres sur les 20 rencontrés avaient un statut de praticien hospitalier. En plus de ces expériences à l'hôpital, deux psychiatres ont travaillé plusieurs années en Espic, trois en clinique, une en centre de santé municipal. Sept médecins conservaient un exercice mixte salarié au moment de l'enquête : quatre à l'hôpital, un en clinique, un en centre de santé municipal, et un en maison de retraite. Par ailleurs, l'installation en libéral ne signifie pas toujours une sortie définitive du salariat : trois des psychiatres ont alterné exercice libéral et postes salariés durant leur carrière. Cette hétérogénéité montre qu'en psychiatrie, et pour ce type de spécialité à dominante salariée, les possibilités de carrière sont plus variées qu'en ophtalmologie.

Pour les psychiatres rencontrés, l'installation en libéral est souvent liée à l'envie de quitter l'exercice salarié et hospitalier. Plusieurs raisons sont exposées, souvent mêlées : souhait d'une plus grande autonomie dans leur pratique ; usure de l'exercice hospitalier (manque de ressources, problématiques de souffrance au travail) ; déménagement lié à des raisons personnelles ; ou encore volonté de développer une pratique de psychothérapie difficile à mettre en œuvre à l'hôpital. L'extrait d'entretien ci-dessous illustre ces différentes motivations à s'installer en libéral.

> « *C'était pas forcément un choix d'emblée d'être en libéral. J'avais quand même, un peu chevillée au corps, l'idée de l'exercice public. Mais j'étais pas non plus prête à postuler sur des postes qui ne me conviendraient pas en termes de compétences. Je cherchais un temps partiel et donc sur le public. En arrivant* [dans cette ville, après un déménagement]*, les postes que j'ai trouvés à temps partiel de psychiatrie publique, étaient soit sur des activités de psychose chronique, des choses qui sont pas du tout dans mes domaines de compétences, soit des postes d'urgence. Comme j'avais déjà mis dix ans à me sortir de ça* [des urgences]*, j'ai dit : "là non, donc ce sera du libéral".* »
>
> **E. Fabre**, psychiatre en secteur 2, femme, 45-50 ans,
> zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée

Parmi les psychiatres enquêtés, plusieurs d'entre eux affirment leur attachement au service public, nourri par des années de pratique hospitalière. Pour la majorité, le choix du libéral intervient alors davantage comme un moyen de réorienter ou de faire durer le métier de psychiatre face à l'usure, et moins comme une démarche entrepreneuriale assumée.

L'entrée dans le libéral recouvre ainsi des dynamiques contrastées entre les deux spécialités. En ophtalmologie, il s'agit du mode majoritaire d'exercice, souvent envisagé dès l'internat par les médecins. En psychiatrie, le libéral est plus souvent investi en seconde moitié de carrière. Ce ne sont pas non plus les mêmes types de postes qui permettent l'accès au secteur 2. En ophtalmologie, les postes d'assistanat et de clinicat sont investis de manière parfois stratégique pour acquérir le droit au secteur 2. En psychiatrie, si quelques médecins adoptent une telle stratégie, l'accès au secteur 2 est plus souvent le résultat d'une carrière hospitalière comme praticien hospitalier, sans que le libéral ne soit anticipé. Malgré ces différences, on retrouve dans les deux spécialités une dynamique élevée d'installation en secteur 2.

1.2. La normalisation de l'installation en secteur 2

La place du libéral et de l'installation en secteur 2 s'inscrit dans une évolution générationnelle commune aux deux spécialités enquêtées. Nous revenons ici tout d'abord sur les entretiens avec des médecins installés avant les années 1990, avant de montrer la diffusion progressive d'une norme d'installation en secteur 2 chez les nouvelles générations de médecins.

Avant 1990, des installations en secteur 2 qui relèvent de réseaux professionnels

Deux des médecins enquêtés se sont installés à la fin des années 1980, avant la convention de 1990. Joël Klein a un parcours un peu atypique par rapport aux ophtalmologistes rencontrés, car il a exercé plusieurs années comme praticien hospitalier à mi-temps, en plus de son exercice libéral. Travaillant en région parisienne, engagé dans plusieurs sociétés savantes, il conçoit sa trajectoire comme « élitiste ». Son installation en secteur 2 s'inscrit pour lui dans la reconnaissance de son expérience hospitalière.

> « *À l'époque, on pouvait avoir le secteur 2 avec un certain nombre de titres, et quand je me suis installé* […], *j'étais à l'hôpital, et puis avec tous les gens qui avaient des titres, qui étaient assistants et autres, parce qu'à l'époque, tout le monde ne passait pas d'internat, etc.* […]. *Cela représentait un peu un petit groupe, si vous voulez, qui pouvait justifier d'honoraires plus élevés.* »
>
> **J. Klein**, ophtalmologiste en secteur 2, homme, 70-75 ans,
> zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

Joël Klein avait une bonne connaissance des conventions médicales et du secteur 2. On peut faire l'hypothèse que cela est lié à ses réseaux professionnels, et que la connaissance du secteur 2 n'était pas si répandue à cette époque, comme le montre le cas d'Armelle Vidal : s'installant dans une ville de province, c'est le conseiller de l'Assurance maladie qui lui suggère le secteur 2, alors qu'elle n'avait pas de connaissance préalable du système.

> « *Le secteur 2, c'est un hasard pur, je vais vous dire. J'étais très, très jeune quand je me suis installée et je suis allée à la Sécurité sociale, m'inscrire* […]. *Et il y a un très gentil monsieur* […]. *Il m'a dit : "Vous savez, si j'étais vous, je m'installerais en secteur 2". J'ai dit : "C'est quoi le secteur 2 ?". Et il m'a expliqué que* […] *ça me permettrait de dépasser un peu mes honoraires, et peut-être de mieux optimiser mon travail en étant avec tact et mesure, comme il disait à l'époque, plus libre que le secteur 1. Et c'est grâce à ce monsieur que j'ai rencontré par hasard.* »
>
> **A. Vidal**, ophtalmologiste en secteur 2, femme, 65-70 ans,
> zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée

Il apparaît alors qu'il y ait d'abord eu une certaine inertie sur la connaissance de la possibilité même de s'installer en secteur 2. Cela est confirmé par un des entretiens exploratoires réalisés avec une ophtalmologiste en secteur 1, qui s'est installée à la même époque et n'avait, comme Armelle Vidal, pas connaissance du système.

> « *Moi j'étais en secteur 1 pour la bonne raison qu'au moment où j'ai eu terminé mes études, je n'avais plus le choix d'être en secteur 1 ou en secteur 2, ou si je l'ai eu pendant peut-être quelques mois je n'en ai pas eu conscience, j'ai pas fait le choix au bon moment sans doute.* »
>
> **B. Vuillemin**, ophtalmologiste en secteur 1, femme, 60-65 ans,
> zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée

Les données quantitatives semblent d'ailleurs converger avec cette hypothèse : les premières années de conventionnement sont marquées par une relative stagnation du taux de spécialistes installés en secteur 2 (et en secteur 1 avec droit au dépassement), avant d'augmenter rapidement de 31 % à 44 % entre 1986 et la convention de 1990 (Hcaam, 2025). Cet envol pourrait s'expliquer par le passage de médecins déjà installés en secteur 2, alors que le bouche-à-oreille se répand.

Une diffusion progressive par les pairs du secteur 2 comme norme sociale d'installation

Pour les médecins installés entre 1990 et 2005, nous constatons l'apparition de comportements stratégiques, liés notamment à des dynamiques collectives. Philippe Schneider est l'un des rares psychiatres rencontrés à avoir fait un assistanat de manière instrumentale, en prévision d'une installation dans un cabinet de groupe exclusivement en secteur 2.

« *Moi le secteur 2, c'est parce que mes confrères qui étaient dans le cabinet étaient en secteur 2 et ils voulaient absolument que l'on soit uniformes. Ce n'est pas un secteur 1 et les autres secteur 2. Donc pour avoir le secteur 2, il fallait faire l'assistanat, il fallait faire deux ans de plus dans un hôpital public.* »

P. Schneider, psychiatre en secteur 2 Optam, homme, 60-65 ans,
zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins faible

C'est également le cas de Sylvie Meyer, ophtalmologiste, qui réalise un assistanat en anticipant une installation collective :

« *On fonctionnait dans un cabinet de groupe, on était tous en secteur 2.* »

S. Meyer, ophtalmologiste en secteur 2, femme, 60-65 ans,
zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée

Pour autant, la pratique de dépassements d'honoraires n'est pas encore très courante pour ces médecins. D'ailleurs, Sylvie Meyer pratique des taux de dépassements de 30 % sur les consultations, tandis que Philippe Schneider n'en réalise aucun. Béatrice Pasquier, ophtalmologiste installée en 2003, explique avoir été la première à s'installer en secteur 2 au sein d'un cabinet de groupe, et avoir attendu plusieurs années avant de pratiquer des dépassements d'honoraires, pour cette raison.

« *J'étais la première en secteur 2 à m'installer dans ce cabinet-là. J'avais un de mes associés qui est toujours là, qui lui s'était installé en secteur 2 et avait fait marche arrière. Ce n'était pas simple en fait le secteur 2 à l'époque* […]*, parce qu'il y avait beaucoup, beaucoup de praticiens qui étaient en secteur 1. Le gros chirurgien du cabinet à l'époque, qui avait une activité énorme, qui avait vingt ans de plus que moi, était en secteur 1. Moi j'arrive, petite jeune, s'installer en secteur 2, c'était quelque chose de compliqué* […]*. J'avais l'impression d'une imposture vis-à-vis de mes collègues.* »

B. Pasquier, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, femme, 55-60 ans,
zone urbaine dense socialement défavorisée, à l'offre de soins élevée

Jeune chirurgienne dans un cabinet collectif en secteur 1, elle ne pratique aucun dépassement les premières années de sa carrière. Ce n'est qu'en 2019, à l'occasion d'une harmonisation des prix du cabinet, qu'elle commence à utiliser son droit au dépassement pour les opérations de la cataracte, alors que tous ses jeunes collègues en font déjà et que les médecins en secteur 1 sont majoritairement partis à la retraite.

Pour les médecins installés à partir des années 2010, les entretiens montrent que l'installation en secteur 2 est à présent considérée comme la norme sociale. Au-delà d'être devenue la norme statistique, elle est avant tout perçue comme le « bon » choix dans un parcours professionnel. Ainsi, les médecins qui ont l'opportunité de s'installer en secteur 2 l'investissent sans questionner cette décision.

« *Autant* [s'installer en] *secteur 2, je ne connais quasiment plus de secteur 1. Donc, il y a un côté aussi : Pourquoi je me mettrais en secteur 1 alors que tout le monde est en secteur 2 ?* »

L. Lefebvre, psychiatre en secteur 2, femme, 40-45 ans,
zone urbaine socialement favorisée, à l'offre de soins moyenne

« *En fait, je crois que l'ophtalmologie, il n'y a pas grand monde qui s'installe en secteur 1. Donc la question ne s'est même pas posée de se dire : "Est-ce que je m'installe en secteur 2 ou en secteur 1 ?"* »

R. Dubois, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, homme, 40-45 ans,
zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

La diffusion de cette norme sociale ne s'explique pas uniquement par l'élargissement des conditions d'accès au secteur 2. L'hypothèse poursuivie ici est qu'elle est liée à l'importance des réseaux professionnels dans les décisions relatives à l'installation en médecine libérale. En effet, de manière récurrente dans les entretiens, les médecins donnent une place importante aux conseils de leurs pairs dans les choix liés à l'installation en libéral (choix du secteur, de l'Optam, fixation des prix, cotation des actes, etc.). L'installation en libéral ne fait pas l'objet d'une régulation forte, ni de formations institutionnalisées. Ainsi, ces dimensions relèvent d'apprentissages et de conseils informels entre pairs. Ces apprentissages se font en partie lors de remplacements (fréquents en ophtalmologie, plus rares en psychiatrie), d'installations en groupe où les médecins seniors endossent un rôle de mentors, ou plus simplement lors de discussions avec des pairs déjà installés en libéral. Les extraits précités témoignent bien de l'importance du bouche-à-oreille dans leur choix : « Je ne connais personne ». La diffusion de la norme d'installation en secteur 2 se fait alors de manière exponentielle, avec le remplacement générationnel progressif des médecins installés en secteur 1 avant 1990, et s'érige comme la seule option envisagée par la majorité des jeunes médecins.

Deux nuances peuvent être apportées à ce constat. Tout d'abord, l'un des jeunes médecins rencontrés déclare avoir hésité à s'installer ou non en secteur 2. Ce médecin a un profil atypique, marqué par une socialisation politique à gauche.

> « *Mon père* [médecin libéral] *m'a toujours dit : "Il faut être en secteur 2". En calculant, à ce moment-là, je me posais vraiment la question : peut-être que ça vaut pas le coup, il vaut mieux que je sois en secteur 1. Après l'Optam, c'est vrai que c'était assez… De toute façon, c'est fait pour ça. C'est assez intéressant, il y a une prime. Ça permet de pas faire à tout le monde des dépassements. T'as quand même le tarif de base des secteurs 1.* »
>
> **C. Faure**, psychiatre en secteur 2 Optam, homme, 30-35 ans,
> zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée

Pour ce médecin, l'Optam est alors apparu comme un compromis entre les deux secteurs. Ce cas est cependant loin d'être majoritaire, et il est impossible de déterminer si ce médecin se serait installé en secteur 1 en l'absence de ce dispositif. Cela montre cependant qu'une socialisation politique peut participer, marginalement, à remettre en question la légitimité du secteur 2.

De plus, parmi les trois médecins enquêtés exerçant dans des zones rurales, deux ont déclaré avoir été découragés à s'installer en secteur 2 par leurs réseaux professionnels. Adrian Keller, psychiatre, s'est ainsi installé dans une zone rurale après plusieurs années d'exercice hospitalier. Il a repris le cabinet d'une consœur exerçant en secteur 1 à son départ en retraite, et qui lui a fortement reproché ce choix d'installation.

> « *Qu'est-ce qu'elle m'a engueulé* [ma collègue] *: "Mais qu'est-ce que c'est ça, tu vas pas faire de l'argent sur tes patients. Moi, j'étais cheffe de clinique et j'ai renoncé au secteur 2* […]. *En plus, pour les patients, c'était pas remboursé comme il fallait. Et j'ai fait toute ma carrière en secteur 1. Et toi, tu veux faire ça ?". Je voyais qu'elle était en colère. Elle me disait : "Moi, je te donne les patients, je te fais confiance"* . »
>
> **A. Keller**, psychiatre en secteur 2 Optam, homme, 45-50 ans,
> zone rurale socialement intermédiaire, à l'offre de soins élevée

Cette stigmatisation du secteur 2 comme une marque d'intérêt économique personnel, pouvant décrédibiliser l'autorité professionnelle, est complétement absente des autres entretiens. Il apparaît que pour les médecins installés en zone rurale, le fort besoin de soins participe à remettre en question la légitimité du secteur 2, pouvant contribuer à expliquer

la moindre concentration de ce type d'exercice dans les espaces ruraux (Lucas-Gabrielli *et al.*, 2025). D'ailleurs, dans l'exemple cité, Adrian Keller décide de conserver une tarification conventionnelle pour tous les anciens patients de sa consœur, ne pratiquant des dépassements que sur une petite partie de sa patientèle, recrutée après son installation.

Outre ces exceptions, les mécanismes de diffusion par réseaux professionnels ne suffisent pas seuls à légitimer l'installation en secteur 2, à présent considérée comme allant de soi par les jeunes médecins urbains. Elle est régulièrement justifiée par l'inertie des tarifs conventionnels, discours que l'on retrouve également chez les syndicats de médecine libérale.

> « *Certains actes de nomenclature n'ont pas changé depuis dix ans, depuis trente ans. C'est fou.* »
>
> **J-L. Gehin**, psychiatre en secteur 2 Optam, homme, 60-65 ans, zone rurale socialement intermédiaire, à l'offre de soins faible

Au-delà de cette rhétorique professionnelle, cette légitimité s'inscrit toutefois dans des évolutions plus globales du travail médical, comme il sera exposé ci-après.

1.3. Une légitimité du recours aux dépassements d'honoraires inscrite dans des évolutions du travail médical

Afin de comprendre les dynamiques d'installation en secteur 2 et le recours aux dépassements d'honoraires, il est nécessaire de les resituer dans des évolutions plus globales du travail médical. La plus structurante d'entre elles est l'évolution du rapport au temps de travail, les jeunes générations de médecins privilégiant des horaires/plages horaires plus réduits que leurs ainés. Cependant, d'autres évolutions entrent également en jeu, pouvant influencer globalement la productivité médicale, et participer à légitimer différemment la hausse des prix médicaux dans ces deux spécialités présentant des taux de dépassements élevés.

Des temps de travail moindres chez les jeunes médecins enquêtés

L'une des hypothèses régulièrement évoquées lorsqu'on aborde l'accroissement des dépassements d'honoraires est que celui-ci permettrait aux jeunes générations de maintenir une rémunération équivalente à leurs ainés, malgré un temps de travail moins important. Depuis les années 2000, des travaux sur les médecins généralistes ont ainsi mis en évidence un changement dans le rapport au travail. Les médecins généralistes sont passés d'un rapport vocationnel au travail, justifiant des horaires étendus, aux limites floues, à un rapport plus mesuré, se traduisant par le souhait de mieux maîtriser leur temps de travail, privilégiant des horaires de bureau (Lapeyre, 2003 ; Lapeyre et Le Feuvre, 2004 ; Lapeyre et Robelet, 2010). Cette évolution s'opère dans un contexte de féminisation de la profession médicale, les femmes médecins devant articuler à leurs temps de travail clinique des temps de travail domestique, rendant difficile le maintien d'une même disponibilité au travail. Toutefois, cette reconfiguration affecte également les hommes médecins, qui aspirent également à une meilleure articulation entre vie professionnelle et vie privée (Lapeyre et Robelet, 2010). Les enquêtes statistiques de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) étayent ces constats, les médecins généralistes de moins de 50 ans déclarant travailler en moyenne près de 48 heures par semaine, alors que les plus de 59 ans atteignaient près de 52 heures hebdomadaires (Chaput *et al.*, 2019).

De telles données n'existent pas pour les médecins libéraux hors médecine générale ; pour autant, les ressorts sociaux sont identiques à ceux de la médecine générale : d'une part, une féminisation progressive en ophtalmologie et en psychiatrie ; d'autre part, un contexte social de réduction des temps de travail (Insee, 2019). Cette transformation des rapports au travail est loin d'être récente, puisqu'elle a eu lieu au tournant des années 2000. Les représentants de cette génération aux horaires de travail extensifs sont donc les médecins installés avant 2000, âgés au moment de l'enquête de 60 ans ou plus.

L'enquête qualitative a permis de recueillir, de manière déclarative, un nombre d'heures d'activité approximatives pour l'ensemble des médecins enquêtés, qui prend en compte à la fois le travail clinique en libéral, mais aussi le travail administratif, le travail salarié pour les médecins ayant une activité mixte, et les activités professionnelles non rémunérées comme l'engagement dans un syndicat ou une société savante. Les 40 médecins enquêtés déclarent en moyenne 44 heures de travail hebdomadaires[10], un taux qui est bas par rapport à la moyenne de 51,1 heures hebdomadaires déclarées par les médecins généralistes en 2022 (Davin-Casalena *et al.*, 2024), sans qu'il soit possible d'établir s'il s'agit d'une particularité de la méthode de recueil, de l'échantillon enquêté, ou une tendance plus générale aux médecins spécialistes exerçant en secteur 2. Les médecins plus âgés déclarent des temps d'activité plus élevés que les jeunes : en moyenne 47,3 heures hebdomadaires pour les plus de 60 ans ; 45,3 heures pour les 45-60 ans et 42,6 heures pour les moins de 45 ans. Les hommes attestent travailler en moyenne 46,7 heures par semaine, contre 41 heures pour les femmes.

Ces résultats sont concordants avec la littérature sur les transformations des rapports au temps de travail des médecins généralistes (Lapeyre et Robelet, 2010). Les médecins les plus âgés expliquent ainsi privilégier une disponibilité permanente à leur travail, sans établir de frontière claire entre leurs temps de travail et hors travail.

> « *Moi, je viens d'une génération où quand j'ai été formé, on n'avait pas les 35 heures et, quand on était nommé interne, on était tellement fiers à l'époque que l'on passait des gardes à l'hôpital de 24 heures* […]. *On n'avait pas de notion de temps* […]. *Quand il y avait un patient qui venait, on le traitait quel que soit le nombre d'heures que l'on avait dans les jambes. Et puis, j'ai vécu à l'hôpital l'arrivée des 35 heures et je peux vous dire que c'était une transformation comme vous ne pourrez même pas imaginer parce que vous ne connaîtrez jamais cela.* »
>
> **J. Klein**, ophtalmologiste en secteur 2, homme, 70-75 ans,
> zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

Pour les jeunes générations, les temps de travail sont plus clairement séparés des temps hors travail, afin de faciliter une meilleure articulation avec la vie familiale. Le libéral est d'ailleurs souvent présenté comme avantageux à cet égard, permettant de déterminer ses horaires de travail, ses congés, et d'éviter les gardes à l'hôpital.

> « *Moi, ça va nickel. Je dépose ma fille à l'école le matin, on y va à pied. Je viens au cabinet après* […]. *Je fais ma journée. J'ai mon heure de coupure à midi où je me détends, je mange devant une série ou un truc comme ça. Et puis le soir, je rentre entre 6 h et 6 h 30 à la maison. Je retrouve les enfants. Je prépare à manger, etc. Je suis tous les soirs dans mon lit et tous les week-ends à la maison ou ailleurs, mais pas au boulot.* »
>
> **J. Lambert**, psychiatre en secteur 2 Optam, homme, 40-45 ans,
> zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins moyenne

[10] En moyenne, 43,8 heures pour les ophtalmologistes et 44,1 pour les psychiatres.

Ces transformations concernent les médecins hommes comme femmes – bien que celles-ci puissent parfois déclarer des temps de travail inférieur, en lien avec un travail domestique souvent plus important que les hommes. Ce changement dépasse largement les médecins. Les aspirations à une meilleure maîtrise des temporalités au travail sont l'objet d'une transformation sociale plus générale, accompagnée par les politiques publiques : entre le milieu des années 1970 et 2018, la durée annuelle effective du travail a diminué de 17 % en moyenne en France (Insee, 2019).

Chez les médecins de moins de 60 ans, cette aspiration à une bonne articulation entre temps professionnels et personnels se traduit souvent par des horaires de travail définis et des vacances régulières. Plusieurs expliquent ainsi réaliser un arbitrage entre temps de travail, prix et rémunération.

> « *Moi, j'ai un temps à fournir au quotidien dans lequel je peux travailler et ce temps, il dépend de ma capacité à travailler et de la rémunération qui est la mienne. Après, si je voulais travailler moins, il faudrait que soit je baisse mon niveau de vie, soit que je rentabilise mieux mon temps de travail, ce qui reviendrait soit à augmenter mon tarif de consultation, soit à travailler ailleurs. C'est perpétuellement un équilibre qui est compliqué.* »
>
> **E. Bayer**, psychiatre en secteur 2 Optam, femme, 35-40 ans, zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins faible

Ces arbitrages suggèrent que les dépassements d'honoraires pourraient être investis par les médecins de moins de 60 ans afin de maintenir un même niveau de rémunération que leurs aînés, malgré des temps de travail moindres. Parmi les 40 médecins enquêtés, on observe d'ailleurs des taux de dépassements supérieurs pour les jeunes médecins, et ce davantage en psychiatrie qu'en ophtalmologie. Le taux moyen de dépassements pour la consultation s'élève ainsi à 79 % pour les plus de 60 ans, 83,7 % pour les 45-60 ans et 98 % pour les 45 ans[11]. Toutefois, l'étude quantitative réalisée au niveau national ne permet pas de mettre en évidence un effet de génération dans les taux de dépassements pratiqués (Legal *et al.*, 2025). Cette différence entre les résultats quantitatifs et qualitatifs peut s'expliquer par la nature de ces transformations, qui concernent de manière plus générale la structure de l'espace professionnel et le type de médecins qui réalisent les dépassements, comme nous y reviendrons en troisième partie.

Cette transformation des rapports au temps de travail parcourt la profession médicale dans son ensemble, or les différentes spécialités n'évoluent pas de manière homogène dans leur rapport au secteur 2 et aux dépassements d'honoraires. Parmi les spécialités médicales, l'ophtalmologie et la psychiatrie investissent particulièrement ces logiques marchandes. Ces deux spécialités médicales sont confrontées à des évolutions qui participent, d'une manière différente, à légitimer le recours aux dépassements d'honoraires.

En ophtalmologie, l'introduction de logiques marchandes liées aux évolutions organisationnelles

L'ophtalmologie connaît deux transformations majeures du travail depuis les années 2000. La première est la montée en technicité de la spécialité, marquée par la multiplication des équipements d'imagerie et des outils de traitement chirurgical. Cette évolution implique d'importants investissements financiers lors de l'installation en libéral, souvent de

[11] Si ces éléments descriptifs permettent d'apporter des éléments de comparaison, ils ne sont nullement généralisables, étant calculés sur un petit échantillon et sans prendre en compte, toutes choses égales par ailleurs, les autres dimensions (contexte d'exercice notamment) susceptibles d'influencer les prix.

l'ordre de plusieurs centaines de milliers d'euros. Certains médecins évoquent 400 000 ou 500 000 euros d'investissement par personne, ce qui conduit à raisonner l'activité en termes de chiffre d'affaires et de capacité de remboursement de l'emprunt.

> « *Les investissements, je ne sais pas si vous avez un peu des notions de chiffres sur les investissements que l'on fait, nous, pour les machines* […] *? J'avais emprunté 450 000 euros* […]. *Moi, quand j'avais fait mes calculs avec les comptables, je m'étais rendue compte que soit, je me mettais salariée dans une structure toute faite pour gagner de l'argent, sans avoir d'investissement, soit j'investissais moi-même et du coup, il fallait que le chiffre d'affaires permette l'emprunt et du coup, c'est pour cela que je me suis installée en secteur 2.* »
>
> **L. Duchaine**, *ophtalmologiste en secteur 2, femme, 35-40 ans, zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins faible*

Dans ce cadre, les experts mobilisés au moment de l'installation – banquiers, comptables, conseillers – sont autant d'intermédiaires qui participent à diffuser une logique entrepreneuriale de l'exercice médical. Ils encouragent les praticiens à anticiper leurs prix de manière stratégique, en les pensant comme des instruments de soutenabilité financière de la structure, et participent à légitimer l'installation en secteur 2. Cette logique contribue à déplacer la fixation des prix dans un registre gestionnaire.

Une seconde évolution importante réside dans la rationalisation accrue du travail médical en ophtalmologie. Depuis les années 2010, le Syndicat national des ophtalmologistes français (SNOF) a vivement encouragé le développement de délégations de tâches à des orthoptistes, des opticiens et des infirmiers, dans l'optique d'augmenter le nombre de patients pris en charge, d'améliorer l'accès aux soins et de réduire les délais d'attente. En 2022, le SNOF comptait ainsi 78 % des ophtalmologistes travaillant dans ce type de configurations, appelé « travail aidé ». Cela demande aux médecins de gérer les cabinets médicaux comme de petites ou moyennes entreprises, avec un chiffre d'affaires suffisamment important pour couvrir les nombreux salaires associés à ce mode de travail. Cette perspective fait partie des motivations à s'installer en secteur 2, afin de mieux couvrir les risques financiers liés à l'embauche de salariés.

> « *Pour nous, le secteur 2, par rapport aux tarifs que propose la Sécu, en libéral, je vois pas comment on peut aujourd'hui s'installer en secteur 1. Pour le matériel, pour payer les salariés, puisque c'est une structure, à moi ou à un autre, il y a beaucoup de salariés en jeu. Si on veut pouvoir les rémunérer derrière, le secteur 1 suffirait pas. Ou alors il faudrait être seul avec une secrétaire, mais du coup ça veut dire voir très peu de patients, faire tout à la place. C'est pas la même logique de travail après.* »
>
> **T. Farges**, ophtalmologiste en secteur 2, homme, 30-35 ans, zone urbaine intermédiaire socialement intermédiaire, à l'offre de soins élevée

Certains ophtalmologistes salarient des directeurs de centre au profil gestionnaire pour déléguer une partie de ce travail. Tout comme le développement des emprunts, ce recours accru au salariat favorise ainsi la mise en œuvre de logiques marchandes et justifie le recours aux dépassements d'honoraires. De plus, ces formes d'exercice regroupé génèrent un travail gestionnaire et organisationnel important : gestion du personnel, du matériel, des locaux… Lorsque ce travail est directement pris en charge par les médecins, ils peuvent le percevoir comme particulièrement lourd (jusqu'à une dizaine d'heures de travail par semaine, en plus de leur exercice clinique). C'est d'ailleurs l'un des ressorts de l'attractivité de sociétés financiarisées, qui externalisent une partie de cette charge gestionnaire et réduisent l'investissement initial lié à l'installation.

Par ailleurs, une autre dimension des temporalités au travail, abordée précédemment, est celle de la cadence de travail. En ophtalmologie, le recours à des professionnels paramédicaux salariés, assistant les médecins, participe à accroître le nombre de patients pris en charge. Dans ces configurations, les patients sont d'abord pris en charge par les professionnels paramédicaux salariés, qui réalisent les examens préalables, avant d'être vus par le médecin sur un temps plus court. Pour les patients sans pathologie, la consultation médicale peut ainsi être réduite à quelques minutes, parfois moins de cinq. Cette accélération des cadences est liée à une transformation organisationnelle du travail, fondée sur la division des tâches et la standardisation des parcours des patients. Dans certains cabinets, la division du travail est encore plus poussée, les renouvellements de lunettes pouvant être entièrement délégués dans le cadre de protocoles. Dans ces cas, les ophtalmologistes se concentrent uniquement sur le suivi des pathologies. Pour l'ophtalmologie, les évolutions liées à la réduction des temps de travail peuvent ainsi être largement compensées, en termes de chiffres d'affaires, par l'accélération des cadences. Au total, l'accroissement du recours aux dépassements d'honoraires semble ainsi davantage lié aux transformations organisationnelles, amenant les médecins à gérer leurs cabinets comme de « petites entreprises » et à adopter des logiques gestionnaires.

Ces évolutions d'organisation du travail ne sont pas totalement homogènes. Quelques médecins, en particulier des femmes, défendent une vision globale de leur travail clinique, et refusent le recours systématique au travail aidé. C'est le cas d'Anaïs Muguet, qui salarie une secrétaire, mais n'a pas souhaité recruter d'orthoptiste.

> « *En travail aidé, ils savent plus rien faire. Ils savent plus faire une paire de lunettes correctes, ils savent plus faire un interrogatoire au patient* […]. *Après, si on m'impose ça, je m'arrête de travailler.* »
>
> **A. Muguet**, *ophtalmologiste en secteur 2 Optam, femme, 40-45 ans, zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée*

Ce mouvement de rationalisation du travail n'est donc pas uniforme. Les pratiques les plus intensives en termes de cadence sont plus fréquentes chez les médecins de moins de 45 ans, en particulier les hommes, ce qui renvoie à des effets de génération et de genre. Toutefois, il ne s'agit pas d'une rupture nette entre générations : plusieurs médecins installés avant les années 2010 ont progressivement adopté ces nouveaux modes d'organisation. L'enjeu n'est donc pas tant un clivage générationnel strict qu'une diffusion progressive de nouvelles organisations du travail médical.

En psychiatrie, la revendication d'une meilleure maîtrise des cadences de travail

En psychiatrie, la dynamique apparaît sensiblement différente. Le recours aux dépassements d'honoraires est largement justifié par le niveau des tarifs conventionnels des actes en psychiatrie au regard d'autres spécialités, notamment plus techniques.

> « *Je trouve ça très injuste les différences de tarifs conventionnels entre les spécialités, par exemple entre les radiologues, même s'ils ont des machines, et les psychiatres, les pédiatres.* »
>
> **M. Pages**, psychiatre en secteur 2, femme, 45-50 ans, zone urbaine dense socialement intermédiaire, à l'offre de soins élevée

Ainsi, cette position de « parents pauvres » de la médecine justifie le recours aux dépassements d'honoraires, qui permet d'une part une revalorisation symbolique et économique de la spécialité, et d'autre part, une meilleure maîtrise des cadences de travail.

En effet, la plupart des psychiatres justifient leur installation en secteur 2 par la recherche d'une meilleure maîtrise du rythme de leurs consultations, afin notamment d'intégrer des pratiques de psychothérapie à leur activité.

> « *Une des raisons pour lesquelles je ne me suis pas installé en secteur 1* […], *c'est qu'en secteur 1, on a une cadence contrainte des consultations, on est obligé de faire des consultations plus courtes. Donc, on est moins amené à pouvoir faire de la psychothérapie, ce qui est une partie de l'exercice clinique qui m'intéresse.* »
>
> **F. Morin**, psychiatre en secteur 2, homme, 40-45 ans,
> zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

Ces pratiques de psychothérapie sont davantage développées chez les médecins de moins de 60 ans que chez leurs ainés. La majorité des psychiatres rencontrés déclarent pratiquer des thérapies dites « de soutien », sans ancrage théorique exclusif, généralement en complément d'un traitement médicamenteux. Quelques-uns se rattachent plus explicitement à la psychanalyse, tandis que d'autres mobilisent des outils issus des thérapies comportementales et cognitives, de l'EMDR (*Eye movement desensitization and reprocessing*) ou encore de la médecine du sommeil. Cette diversité des pratiques s'accompagne toutefois d'une relative homogénéité des formats de consultation, centrés sur l'échange verbal et le suivi dans le temps.

Parmi les psychiatres enquêtés, les consultations durent en moyenne 32 minutes, avec des variations selon le genre (en moyenne 35 minutes pour les femmes, contre 30 minutes pour les hommes). Contrairement à l'ophtalmologie, aucune évolution générationnelle nette n'apparaît dans ces durées de consultation. En revanche, le recours plus fréquent à la psychothérapie chez les médecins de moins de 60 ans – dont le caractère générationnel resterait à confirmer compte tenu de la taille de l'échantillon – pourrait contribuer à dynamiser les dépassements d'honoraires.

Par ailleurs, la majorité des psychiatres réalisent leur travail de secrétariat eux-mêmes, et si certains le présentent comme un choix, d'autres l'expliquent par les contraintes liées à des ressources financières limitées.

> « *Je commence à réfléchir pour peut-être travailler avec une plateforme, une secrétaire, pas ici parce que l'on ne peut plus se permettre d'avoir physiquement quelqu'un. Je trouve que* [le travail administratif] *c'est, je ne sais pas, 20-30 % de mon temps, c'est dommage parce que je pourrais voir encore des gens.* »
>
> **E. Balasko**, psychiatre en secteur 2, femme, 55-60 ans,
> zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins élevée

Ces tâches administratives et de secrétariat prennent des temps de travail très variables selon les praticiens, allant jusqu'à une dizaine d'heures par semaine. On retrouve alors de manière équivalente entre les deux spécialités des enjeux liés aux tâches administratives, qu'elles soient plutôt gestionnaires et collectives en ophtalmologie, ou individuelles et de secrétariat en psychiatrie. Toutefois, cette équivalence traduit mal les différences de conditions de travail et de revenu entre les deux spécialités – en ophtalmologie, le collectif s'inscrivant également dans une augmentation de la rationalisation du travail et du chiffre d'affaires.

La légitimation du recours aux dépassements d'honoraires n'est ainsi pas homogène entre les deux spécialités. D'un côté, en ophtalmologie, la réduction des temps de travail est sans doute compensée par la rationalisation du travail et l'augmentation des cadences.

Le recours aux dépassements s'inscrit dans le développement de logiques gestionnaires et marchandes, facilitées par le recours à des intermédiaires marchands (banquiers, comptables, conseillers) et par les transformations organisationnelles du travail. De l'autre, en psychiatrie, les dépassements d'honoraires sont mobilisés comme un levier de revalorisation de la spécialité, tout en permettant de ralentir les cadences de travail afin de préserver un certain idéal de la relation thérapeutique. Dans les spécialités cliniques, la tension sur la productivité entraînée par l'augmentation de la demande est particulièrement difficile à résoudre, alors que le cœur du travail repose sur l'interaction avec le patient et que le temps constitue une ressource peu compressible.

Conclusion

Cette première partie visait à expliquer la progression de l'installation en secteur 2 parmi les médecins libéraux spécialistes. Les entretiens menés mettent en évidence des trajectoires différenciées selon les spécialités : les postes ouvrant l'accès au secteur 2 ne sont pas les mêmes en ophtalmologie et en psychiatrie. Pour autant, un phénomène transversal aux deux spécialités se dégage : la diffusion progressive d'une norme sociale d'installation en secteur 2. Alors que ce secteur restait largement méconnu des médecins installés avant les années 1990, il s'est imposé au fil des générations comme la modalité d'installation de référence, dans un contexte où les réseaux professionnels et le bouche-à-oreille participent grandement à structurer les choix des médecins libéraux.

Cette diffusion d'une nouvelle norme sociale d'installation prend racine dans des évolutions du travail médical favorisant sa légitimation. Ainsi, de manière transversale aux deux spécialités médicales étudiées, on observe une transformation générationnelle du rapport aux temporalités au travail. Les médecins de plus de 60 ans privilégient des horaires de travail extensifs, tandis que les médecins plus jeunes cherchent à mieux maîtriser ceux-ci, afin de favoriser une meilleure articulation avec leur vie personnelle. Ces arbitrages pourraient expliquer la hausse des taux de dépassements d'honoraires, qui permettraient alors de maintenir une rémunération élevée malgré une diminution des temps de travail. Ces évolutions ne sont cependant pas univoques, puisqu'en ophtalmologie, les transformations récentes de l'organisation du travail médical amènent à une hausse de la productivité, particulièrement marquée chez les médecins hommes. Dans cette spécialité clinique, la baisse des temps de travail est probablement largement compensée par une productivité plus importante. Cependant, l'essor de la technicité, demandant d'importants investissements à l'installation, et ces transformations organisationnelles, favorisent le développement d'une approche gestionnaire des cabinets, soumis à des impératifs de rentabilité forts qui participent à légitimer le recours aux dépassements d'honoraires. En psychiatrie, le soin passe avant tout par un travail relationnel dont la durée apparaît plus difficilement compressible. Outre l'évolution des temps de travail, les dépassements d'honoraires pourraient être liés au développement des pratiques de psychothérapie en psychiatrie libérale. Le recours à ces dépassements apparaît principalement légitimé par les inégalités de rémunération entre spécialités médicales, les psychiatres étant conscients de la faible valorisation économique de leur travail au regard d'autres spécialités.

PARTIE 2

La valeur du travail médical : la formation sociale des prix

Depuis les années 1980, plusieurs travaux en sociologie se sont intéressés aux prix, objet classique de la discipline économique, au travers d'enquêtes souvent qualitatives (Beckert, 1996 ; Karpik, 1989 ; Krippner, 2001). Ces travaux sociologiques viennent alors interroger les théories économiques du marché, en démontrant qu'au-delà des dynamiques d'offre et de demande, les prix sont également encastrés dans des dimensions morales et symboliques, et traduisent des hiérarchies et des valeurs sociales (Beckert, 2011 ; Chiffoleau *et al.*, 2006 ; Velthuis, 2008). D'autres travaux s'intéressent davantage aux dimensions performatives des prix, en analysant comment ceux-ci participent à produire le social (Aspers, 2007 ; Callon, 2007).

En nous inscrivant dans une approche structurelle et symbolique des prix, nous considérons ici que ces derniers sont à la fois le résultat de processus sociaux qui les structurent, et que, reflétant ces structures, ils participent à les renforcer (Beckert, 2011 ; Jourdain, 2018 ; Velthuis, 2008). Les travaux sociologiques portant sur les prix des médecins sont rares et principalement états-uniens, dans un contexte libéral et assurantiel très différent du cas français. Ces travaux s'intéressent aux négociations institutionnelles sous-jacentes à l'élaboration des tarifs médicaux (Laugesen, 2016) et aux négociations entre patients et médecins autour des prix (Brown, 2025 ; Oh, 2013). En Argentine, Fridman a étudié les processus de fixation des prix des psychanalystes (Fridman, 2022). Toutefois, ces thérapeutes approchent le paiement dans le cadre particulier des théories analytiques, et proposent des prix différents à chaque patient. Cela rend les constats de l'enquête difficilement généralisables à notre cas. Enfin, en économie des conventions, Batifoulier s'inscrit dans une approche théorique proche de la nôtre, en analysant les prix médicaux comme le reflet de conventions professionnelles (Batifoulier, 2011). Ses travaux ne permettent cependant pas d'expliquer comment ces conventions s'établissent précisément. Cette enquête vient donc combler un manque dans la littérature scientifique, en analysant les processus sociaux sous-tendant la fixation des prix médicaux dans le cas français, caractérisé par une régulation partielle.

Pour cela, nous allons démontrer l'existence de scripts de *pricing* en médecine libérale, définis comme l'ensemble des processus cognitifs et sociaux amenant des conventions partagées entre l'ensemble des acteurs de la transaction qui sous-tendent et légitiment l'établissement des prix (Beckert, 2011 ; Velthuis, 2008). Ils peuvent être formels comme informels. Dans le cas des prix médicaux, les acteurs de la transaction sont d'un côté les médecins libéraux, qui proposent leurs services, et de l'autre les patients, l'Assurance maladie et les assurances complémentaires, qui les achètent. Nous prêterons alors attention à la manière dont ces différents acteurs interviennent dans la transaction.

Afin d'interroger la notion de « tact », nous proposons également de distinguer les prix fixés et les prix de transaction (Bååth, 2023). Les prix fixés sont définis comme les prix affichés – la « grille de prix » – établis en amont des actes médicaux et fournissant des informations sur le service. En médecine libérale, ces prix sont typiquement indiqués sur

les pages Internet des médecins, ou affichés dans la salle d'attente des cabinets. Le prix de transaction est celui qui est pratiqué au moment même de l'échange, entre le médecin et le patient, à la suite de l'acte médical. Ce prix n'est pas toujours identique au prix fixé.

Cette partie entend montrer que les prix médicaux ne résultent pas de préférences individuelles et autonomes : ils sont largement structurés par des conventions partagées entre les acteurs de la transaction, en partie institutionnalisées. Nous examinerons d'abord les scripts de *pricing* qui se déploient en amont du travail médical et en définissent la valorisation. Nous analyserons ensuite trois scripts qui sous-tendent la fixation des grilles de prix. Nous nous pencherons enfin sur les ajustements que les médecins peuvent apporter aux prix effectivement pratiqués lors de la transaction.

2.1. Des scripts en amont des grilles de prix

Avant d'aborder les mécanismes de détermination des prix à proprement parler, il convient de revenir sur deux scripts qui les structurent en amont. Ces scripts contribuent à définir ce qui fait valeur dans le travail médical, en orientant la manière dont les actes sont évalués et hiérarchisés. Ils encadrent également les conditions de fixation des prix, en contraignant les médecins à les déterminer en amont de la transaction, indépendamment des interactions immédiates avec les patients.

Ce qui fait valeur dans le travail médical : l'acte

Un des premiers scripts influençant les prix médicaux est ce qui, dans le travail médical, se voit attribuer une valeur économique. C'est ce qu'on appelle couramment l'acte, c'est-à-dire un acte de soins, ou plus rarement, un épisode de soins, réalisé en présence physique ou virtuelle d'une personne. Ce script est très largement institutionnalisé et forme le script central entre les différents acteurs de l'échange. Unité de valeur du travail médical libéral, l'acte est l'objet de négociations entre l'Assurance maladie et les représentants de la profession dans les conventions médicales.

Le paiement à l'acte participe à structurer les pratiques médicales en libéral (Muller et Hewlett, 2016 ; Samson, 2009). Pour les psychiatres, c'est d'autant plus marquant que l'acte diffère des modes de suivi dans les institutions. À l'hôpital, le suivi des patients se fait souvent en équipe, et surtout, plusieurs formes de thérapie peuvent être envisagées, y compris des thérapies collectives. Ces pratiques médicales n'entrent pas dans le script du paiement à l'acte, qui inscrit le travail médical dans un colloque singulier entre médecin et patient. Certains psychiatres expliquent ainsi avoir envisagé la mise en place d'ateliers collectifs, sans jamais franchir le pas, face à la difficulté de mettre en place un paiement spécifique pour ce type de pratiques.

> « *J'avais le projet* […] *de créer des groupes de psychoéducation du TDAH [trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité]. J'ai un collègue psychiatre qui fait ça et qui le fait au minimum avec une psychologue et qui facture ça hors actes* […]. *Mais, comme je suis stressée de ça, je ne sais pas comment… Parce que lui me dit, moi, je trouve ça louche, désolée, qu'il demande à être payé en cash pour ça et, avec la psychologue, ils se répartissent et comme ça, il ne déclare pas cette activité. Moi, je ne me vois pas demander ça aux patients. Et si je devais les facturer, je ne sais pas comment je les facturerais.* »
>
> **L. Gommez**, psychiatre en secteur 2, 35-40 ans,
> zone urbaine socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

Dans cet extrait d'entretien, Lucia Gommez prend l'exemple d'un collègue qui a mis en place de tels ateliers. La sortie du script du paiement à l'acte est aussitôt associée à des pratiques malhonnêtes. Cet exemple montre que ce script structure l'activité professionnelle, et que les médecins peuvent difficilement s'en extraire. En ophtalmologie, plusieurs médecins réalisent des actes qui ne sont pas conventionnés avec l'Assurance maladie, comme les chirurgies de la réfraction traitant les problèmes de vue ou les chirurgies esthétiques des paupières, un travail qui est facturé à l'acte. Même si les médecins n'ont plus de contraintes liées aux conventions médicales, ce script continue d'être partagé et attendu par les différents acteurs de la transaction (médecins et patients, mais aussi hôpitaux et cliniques dans le cas de chirurgies).

Ce script définit de manière restrictive ce qui a de la valeur économique dans le travail médical (Samson, 2009). Les tâches qui se réalisent en dehors du patient, comme le travail de coordination des parcours, administratif ou de gestion, sont autant d'activités non directement rémunérées.

La relative transparence des prix au travers de grilles préalables aux soins

Un second script concerne la définition d'une grille de prix par les médecins en secteur 2 pour l'ensemble des actes proposés aux patients. Ce script est fortement institutionnalisé et imposé légalement aux médecins comme une garantie d'information pour les patients, afin d'éclairer le choix d'un praticien. Ainsi, depuis 1996, les médecins sont tenus d'afficher leurs tarifs en salle d'attente. Depuis 2018, un arrêté complémentaire renforce cette obligation, en mandatant les médecins pour renseigner leur secteur de conventionnement et les critères de détermination de leurs honoraires, notamment sur les plateformes de prise de rendez-vous en ligne. L'ensemble des médecins rencontrés ne respectent pas strictement les obligations d'affichage en salle d'attente ou en ligne, mais tous respectent le script sous-jacent et établissent en amont des soins une grille des prix des différents actes pratiqués.

Un détour historique permet de mesurer le caractère relativement récent de ce script. Celui-ci ne s'est imposé qu'à partir des premières conventions avec l'Assurance maladie, d'abord au niveau départemental à partir de 1960, puis national en 1971. Auparavant, l'honoraire médical, à l'instar de celui des avocats, se définissait précisément par son caractère individualisé : son montant variait selon les patients. « À ce point de vue, l'honoraire diffère en principe de la rémunération du commerçant puisque celle-ci est un pourcentage à partir de prix identiques pour n'importe quel acheteur, quelle que soit sa situation de fortune » (De Coster, 1975, p. 373-374). Avant les conventions nationales, la modulation des prix constituait ainsi pour ces professions un moyen de se distinguer du commerce et d'affirmer la spécificité de leur activité. Aujourd'hui, la situation s'est en quelque sorte inversée : comme nous y reviendrons, le fait de ne pas fixer ses prix « à la tête du client » représente pour certains médecins une manière de se distancier des pratiques marchandes, dans lesquelles les prix feraient l'objet d'une négociation entre acheteur et vendeur.

La grille de prix est-elle lisible pour les patients ?

La plupart des médecins renseignent un prix indicatif en ligne, le plus souvent sous la forme de fourchette. Tous ne respectent pas systématiquement l'obligation d'affichage en ligne de leurs prix. D'ailleurs, en psychiatrie, beaucoup de médecins recrutent leurs patients par bouche-à-oreille, le patient étant recommandé par un autre professionnel de santé, ce qui limite leur utilisation des plateformes de prise de rendez-vous en ligne et donc l'information sur les prix. Ils affirment cependant tous communiquer leurs prix aux patients en amont des consultations, au moment de la prise de rendez-vous.

En ophtalmologie, quand bien même les médecins respectent l'obligation légale d'affichage des prix, les patients ont néanmoins une information limitée en amont des consultations sur le coût des soins. En effet, la complexité de la cotation ophtalmologique rend difficile la lisibilité d'une simple grille tarifaire. Le tableau suivant retranscrit une grille de prix telle que présentée sur un site Internet de cabinet de groupe.

Exemple de la présentation des prix dans un des cabinets enquêtés

Fourchette des honoraires pour les actes ou prestations les plus couramment pratiqués		**Base de remboursement**
Consultation	23-50 €	23 €
Biométrie + fond d'œil	47,37-70,16 €	47,37 €
Fond d'œil + vision binoculaire	40,95-70,00 €	40,95 €
Lasers Yag	83,60-103,52 €	83,60 €
Angiographie + OCT (sur un œil)	91,60-120,60 €	91,60 €
OCT (sur un œil)	47,88-63,52 €	47,88 €

Source : Enquête Estampe

Quand bien même il s'agit d'un des cabinets enquêtés qui détaille le plus ses tarifs, l'information fournie reste floue : les restes à charge varient de zéro à 30 euros, et le patient lambda peut difficilement prédire quel acte sera pratiqué. En outre, la diversité des actes est telle que seules les cotations le plus souvent réalisées sont mentionnées.

De plus, les patients ne sont jamais informés en amont des soins des prix de transaction, les secrétaires ne pouvant pas déterminer à l'avance quels actes seront effectués. L'extrait d'observation ci-dessous restitue l'organisation du paiement dans le secrétariat d'un des cabinets ophtalmologiques visités.

> *« À l'étage du cabinet d'ophtalmologie, quatre secrétaires sont assises derrière un large comptoir. Elles accueillent et filtrent les patients, en les répartissant entre quatre zones de salle d'attente. Les honoraires sont affichés sur une feuille A4, au milieu de l'accueil, dans une zone entourée de cordons qui servent à créer différentes files d'attente : même avec de la bonne volonté, il est difficile d'y accéder, et l'écriture est trop petite pour être lisible à distance. À l'arrivée des patients, les secrétaires prennent la carte Vitale, confirment le rendez-vous et orientent les patients entre les différentes salles d'attente. Les honoraires ne sont alors pas annoncés. Après la consultation, les secrétaires consultent sur leur ordinateur les actes cotés par le médecin, puis annoncent le prix. La plupart des patients règlent sans mot dire. Une patiente proteste cependant à l'annonce du prix : 60 euros, dont 21 euros de dépassement d'honoraires. Elle dit d'une voix énervée que si elle avait su qu'il y aurait ce dépassement d'honoraires, elle ne serait pas venue. La secrétaire lui explique calmement que la mutuelle prendra peut-être en charge le dépassement, et que les médecins du centre sont conventionnés en secteur 2. La patiente continue de se plaindre en disant que ces histoires de secteur, ce n'est pas du tout clair, que pour les patients c'est l'enfer pour comprendre. Elle paie puis quitte le cabinet. »*
>
> **Notes d'observation**, cabinet d'ophtalmologie de M.C Le Blanc, ophtalmologiste libérale en secteur 2 Optam, femme, 45-50 ans, zone périurbaine défavorisée

Cette organisation du paiement empêche une information complète des patients en amont de la réalisation des actes, et limite également le dialogue avec les médecins sur ces questions, pour des patients qui viennent de manière occasionnelle : ils ne peuvent pas anticiper le coût et cette question n'est pas abordée par les médecins pendant la consultation.

Pour les chirurgies, les prix sont rarement affichés en ligne : les patients peuvent donc difficilement choisir le « meilleur prix » entre plusieurs ophtalmologistes en secteur 2. Ils reçoivent cependant un devis, comme cela est requis légalement pour tout dépassement de plus de 70 euros.

2.2. La formation sociale des grilles de prix

Dans les revendications syndicales, la liberté tarifaire est présentée comme l'un des garants de l'autonomie professionnelle des médecins. Le principe du « tact et mesure » en fait plus encore un choix personnel et éthique, qui s'exercerait dans la conscience de chaque praticien. L'objectif de cette sous-partie est de montrer que les médecins déterminent leur grille de prix avant tout en fonction d'un ensemble de scripts de *pricing* socialement établis. Trois scripts centraux se dégagent de l'analyse. Les tarifs conventionnels jouent d'abord un rôle d'échelle de valeurs et déterminent les ordres de grandeur des prix médicaux. Les médecins déterminent également leurs prix au sein d'un contexte social d'exercice spécifique, qui les encadre fortement. Enfin, les prix médicaux apparaissent fortement différenciés et hiérarchisés, en fonction de leur valeur marchande et symbolique.

Le rôle structurant des tarifs conventionnels dans les prix médicaux

Loin des discours revendiquant une pleine autonomie professionnelle, l'élément le plus structurant dans l'établissement des prix médicaux est, au premier chef, le tarif conventionné. Son montant est négocié entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins, et chaque acte se voit associé à une cotation spécifique, répertoriée dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour les consultations et visites médicales ; et dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les actes techniques. Le tarif opposable varie selon que le professionnel exerce en secteur 1, en secteur 2 avec adhésion à l'Optam ou en secteur 2 hors Optam[12]. Les nomenclatures et classifications précisent également des règles tarifaires, pensées pour limiter les surfacturations stratégiques. Par exemple, en ophtalmologie, le second acte technique est facturé à 50 % de son prix, et à partir du troisième, il devient gratuit.

Les tarifs conventionnels servent de point de référence pour l'établissement des grilles de prix. En ophtalmologie par exemple, où les actes techniques sont nombreux, plusieurs médecins déclarent appliquer un taux de dépassements fixe pour l'ensemble de leurs actes cliniques. C'est le cas dans le cabinet de Francesco Caron, où tous les actes valent 30 euros de plus que le tarif conventionnel.

> « *En fait nous y a un dépassement fixe de 30 euros, quel que soit l'acte. Il y a le tiers payant sur la partie Sécu et le patient, quel que soit son acte… C'est une volonté qu'on a fait ici pour qu'à la sortie ce soit beaucoup plus simple pour le patient. Quel que soit le patient, la secrétaire n'a pas à expliquer pourquoi c'est 22.30 ou 25.10. En fait, le patient d'à côté aura exactement le même prix à payer en sortant, c'est-à-dire 30 euros.* »
>
> **F. Caron**, ophtalmologiste libéral en secteur 2 Optam, homme, 35-40 ans, grand pôle urbain favorisé

Le reste à charge demeure variable en fonction des assurances complémentaires des patients, mais le dépassement est uniforme. Cela permet également de réduire le manque de visibilité des patients sur leur reste à charge en ophtalmologie, évoqué dans la partie précédente. Ainsi, dans la plupart des cas, la réflexion ne porte pas tant sur un taux de dépassements, que sur le reste à charge final pour les patients et leur mutuelle. Cela conduit à des taux de dépassements plus élevés pour les actes les moins rémunérateurs (qui peuvent alors facilement doubler, voire tripler), mais qui décroissent pour les actes mieux rémunérés. Les prix des chirurgies sont davantage calculés selon des taux de dépassements, le reste à charge

[12] Certains actes ont des tarifs plus élevés en secteur 1 ou en secteur 2 Optam par rapport au secteur 2 hors Optam.

représentant des sommes plus importantes pour ces actes coûteux que pour les autres actes ophtalmologiques.

> « *La cataracte en France, elle est à 271.72, tarif qui date de 1980. Nous, soit on fait 40 % [de dépassement], ça fait 380 euros en tout, et 80 %, ça fait 480 euros en tout. Là, je pense qu'on est largement en dessous du marché. En tout cas, à [métropole voisine], la plupart font fois deux, c'est-à-dire 550.* »
>
> **F. Caron**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, homme, 35-40 ans, zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

En psychiatrie, la palette d'actes cotables par les médecins est assez réduite, la majeure partie de l'activité se faisant en consultation. Comme pour les chirurgies en ophtalmologie, les médecins prennent le tarif conventionné comme référence et fixent des taux de dépassements. Emma Bayer, par exemple, s'est appuyée sur le taux de dépassements conventionné dans son contrat Optam pour établir ses prix.

> « [L'Optam] *on m'avait fixé un taux de dépassements qui était à 55 %. À l'époque, je pense que la consultation, les majorations ça devait être 42.50. Donc j'avais pris la moitié et j'avais ajouté* […]. *J'ai appliqué un petit peu cette recette pour chacun des tarifs que je propose. C'est basé sur le tarif secteur 1.* »
>
> **E. Bayer**, psychiatre libérale en secteur 2 Optam, femme, 35-40 ans, grand pôle urbain défavorisé

Pour d'autres psychiatres, il s'agit de fixer un prix à 20 % du tarif conventionnel pour amortir la différence de charges sociales avec le secteur 1[13], ou encore d'établir un dépassement de 100 % du tarif, en partant du principe que la majorité du reste à charge sera remboursée par les assurances complémentaires. Même si ces différentes approches conduisent à des écarts de prix importants selon les praticiens, le tarif conventionné conserve un rôle d'échelle et appuie les écarts de prix entre les spécialités, y compris en secteur 2.

Les médecins fixent leurs prix en prenant également en compte des contraintes liées au recrutement de la patientèle. De manière générale, ils sont conscients que des restes à charge trop importants pourraient réduire leur patientèle, y compris dans des communes très bien dotées où leur patientèle est aisée. En ophtalmologie, plusieurs médecins ont rejoint l'Optam pour limiter ce reste à charge :

> « [L'Optam] *c'est que des avantages puisque les actes sont mieux rémunérés par la Sécu. Les gens sont mieux remboursés, y compris par leur mutuelle. Alors ça, j'ai jamais compris pourquoi, mais les mutuelles les remboursent mieux si on met Optam.* »
>
> **P. Abassi**, ophtalmologiste libéral en secteur 2 Optam, homme, 30-35 ans, grand pôle urbain favorisé

Ainsi, même dans les segments les plus solvables du marché, la demande n'est pas indéfiniment élastique aux prix. Quelques psychiatres expriment ainsi avoir atteint une forme de plafond dans leur prix, à l'image de Nicolas Moreau, qui, installé dans une zone socialement très favorisée, pratique des consultations à 130 euros, soit 205 % de dépassement par rapport au tarif conventionnel en secteur 1.

---

13 En effet, les médecins installés en secteur 1 bénéficient de certains avantages fiscaux par rapport aux médecins en secteur 2.

> « *Tous les deux ans, je les réévalue un petit peu pour être toujours sur la frange haute par rapport à la réévaluation des autres. Mais j'ai l'impression que je ne vais pas les réévaluer avant longtemps maintenant parce que c'est la première fois que je sens vraiment que mes patients tirent la langue. J'ai l'impression qu'il y a une tranche moyenne haute, enfin surtout moyenne, qui s'appauvrit et pour laquelle c'est de plus en plus dur, ce que je n'avais pas senti jusque-là.* »
>
> **N. Moreau**, psychiatre en secteur 2, homme, 45-50 ans,
> zone urbaine socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

L'extrait d'entretien souligne que la fixation des prix repose également sur la capacité des médecins à évaluer la capacité à payer des patients, construite au fil de la pratique et dans les interactions. Pour autant, la plupart des médecins cherchent davantage à établir un « juste prix » au regard de leur contexte d'exercice – nous y reviendrons – qu'à maximiser leur prix, à l'image de ce qui était constaté pour les avocats (Karpik, 1989).

Ainsi, les tarifs conventionnels donnent des ordres de grandeur aux prix médicaux, y compris en secteur 2. Ils contribuent à définir implicitement ce qui constitue un écart « raisonnable » au prix de référence. Ce rôle de référence se retrouve dans les deux spécialités lorsque les tarifs conventionnés évoluent, ce qui entraîne dans la grande majorité des cas une évolution parallèle des prix médicaux. Par exemple, si le tarif de la consultation est revalorisé de cinq euros, le montant du dépassement reste le même et le prix final est augmenté de cinq euros également.

> « *Je me suis contenté de répercuter l'augmentation. Là, en juillet, quand on va être réaugmenté, ce sera pareil, ce sera une répercussion de l'augmentation, de toute façon.* »
>
> **J. Lambert**, psychiatre en secteur 2 Optam, homme, 40-45 ans,
> zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins moyenne

Il semble alors probable que les évolutions des tarifs conventionnés ne permettent pas de réduire les restes à charge des patients dans la majorité des cas.

Un encadrement collectif localisé sous-tendant la formation des prix

Au-delà du rôle de référence des tarifs conventionnels, les médecins dépendent également fortement d'un encadrement collectif et local pour établir leur grille de prix. Ce contexte social est composé de plusieurs dimensions. Tout d'abord, l'exercice médical s'inscrit dans un territoire spécifique, dont les caractéristiques en termes de densité d'habitants, de professionnels et de catégories de patients y habitant peuvent influencer à la fois les pratiques médicales et la fixation des prix (Bellamy et Samson, 2010 ; Montmartin et Herrera-Gomez, 2022 ; Pla *et al.*, 2020). Par ailleurs, et ce sont ici des dimensions moins étudiées dans la littérature économique, les médecins sont également pris dans des conditions concrètes d'exercice, et notamment la réalisation du travail de manière isolée ou collective. Les conditions d'exercice sont liées à des charges plus ou moins importantes, notamment lorsque les médecins embauchent des salariés. Enfin, en ophtalmologie, d'autres organisations peuvent être impliquées dans le travail médical, telles que des sociétés privées financiarisées, mais aussi les cliniques et les hôpitaux pour l'activité chirurgicale, et peuvent grandement influencer les prix. Nous revenons ici sur ces différentes dimensions.

Les évolutions des prix médicaux au cours de la carrière

L'étude quantitative montre une évolution à la hausse des dépassements avec l'âge, indépendamment des effets de génération (Legal *et al.*, 2025). Les entretiens rejoignent ce résultat, montrant une volonté des médecins de valoriser leur expérience et la qualité accrue de leur travail, mais également des tâtonnements dans la fixation des prix, qui conduisent à déterminer des prix d'abord bas, avant de les augmenter progressivement.

> « *Au tout début de la pratique, on était forcément sans dépassement parce que l'on n'est pas sûr de soi et puis… Comme c'est une nouveauté, bon, on tâte le terrain et puis on resterait comme ça, plutôt en retrait.* »
>
> **P. Schneider**, psychiatre en secteur 2 Optam, homme, 60-65 ans, zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins faible

> « *J'ai des copains qui sont à 450 de dépassements [sur la chirurgie de la cataracte], d'autres qui sont à 300. C'est assez variable. Moi, je commence mon activité, je trouvais que* [220 euros de dépassements] *c'était cohérent* […]. *Après, on verra. Je commence mon activité, il y aura le bilan comptable à mi-parcours, selon les charges et les recettes, il faudra peut-être ajuster.* »
>
> **T. Farges**, ophtalmologiste en secteur 2, homme, 30-35 ans, zone urbaine intermédiaire socialement intermédiaire, à l'offre de soins élevée

Les évolutions dans les prix peuvent également être liées à des changements dans les tarifs conventionnés, à des déménagements, ou plus généralement à une augmentation des charges. Les hausses régulières des salaires minimums ces dernières années, liées à l'inflation, sont ainsi régulièrement évoquées par les ophtalmologistes[14] comme une des raisons les ayant amenés à augmenter leurs prix ces dernières années.

Un encadrement territorial des prix

Dans notre enquête qualitative, les taux de dépassements moyens sur les consultations sont plus élevés en zone urbaine dense (111,6 %) qu'en zone urbaine intermédiaire (64,5 %) et en zone rurale (29,4 %). Des effets d'homogénéité locale dans les prix, soulignés dans les études économiques, se retrouvent également. Ils s'expliquent par la convention informelle, largement partagée parmi les médecins, d'un alignement des prix sur le territoire.

Dans les grandes zones urbaines, les médecins déclarent en majorité s'être informés sur les prix moyens proposés par leurs collègues libéraux au moment de leur installation, avant de fixer leurs prix. Le psychiatre Fabrice Morin, installé en centre-ville d'un grand pôle urbain, avait par exemple « fait une étude des tarifs du quartier » : durant l'entretien, il montre le document réalisé à l'époque, un tableur de trois pages recensant l'offre de soins du quartier en psychiatrie et le prix de la consultation pratiquée (psychiatre libéral en secteur 2, homme, 40-45 ans, grand pôle urbain favorisé).

Ces mécanismes de mimétisme sont également communs en ophtalmologie, à l'image d'Audrey Meresse, qui explique s'être d'abord fondée sur une commune voisine, plus pauvre que celle où elle exerce, avant de remonter ses prix en prenant connaissance de ceux qui se pratiquent au niveau départemental.

[14] Ce n'est pas le cas des psychiatres, qui recrutent rarement des salariés.

> « *Je m'étais alignée sur ce que faisait mon collègue* […], *j'avais récupéré les tarifs de mes collègues de* [commune voisine]. *Je m'étais basée là-dessus. Et c'est vrai que là, en fait, c'est parce que j'ai vu une formation il y a un an où j'avais échangé avec d'autres collègues du* [département]. *Je me suis rendu compte que je tarifais moins que ce qu'eux mettaient comme consultation. Ma conseillère Optam m'avait dit qu'en fait, je pouvais largement augmenter mes dépassements parce que j'étais bien en deçà de mon plafond à atteindre. Et donc, j'ai regardé ce qu'ils faisaient dans les autres cabinets et je me suis réalignée pour rentrer toujours dans les clous de mon Optam, mais pour me réaligner sur ce que faisaient les autres praticiens.* »
>
> **A. Meresse**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, femme, 40-45 ans,
> zone urbaine dense socialement intermédiaire, à l'offre de soins élevée

De manière contre-intuitive, les conseillers de la caisse primaire d'Assurance maladie peuvent ainsi, dans certains cas, participer à cette homogénéisation des prix à la hausse, en diffusant des éléments de connaissance sur les prix pratiqués à l'échelle territoriale, notamment dans le cadre du contrat Optam.

Dans les zones intermédiaires ou rurales, les comparaisons sont moins aisées qu'en zone dense. Les médecins peuvent plus difficilement se comparer à leurs voisins, l'offre de soins en secteur 2 étant souvent plus rare. Ils tendent cependant à pratiquer d'eux-mêmes des tarifs moindres qu'en zone urbaine dense, en présupposant de moyens financiers plus réduits des patients[15]. Autrement dit, en l'absence de normes locales diffusées par mimétisme, les anticipations sur la solvabilité de la patientèle jouent un rôle central dans la fixation des prix. De plus, comme souligné dans la première partie, le recours aux dépassements d'honoraires apparaît moins socialement légitime dans les contextes territoriaux où l'offre de soins est basse.

À ce titre, les cas de médecins ayant déménagé sont éclairants pour illustrer le rôle du contexte territorial dans la détermination des prix. Stéphanie Rossi a ainsi successivement exercé en banlieue parisienne aisée (ville A dans l'extrait d'entretien), puis en zone urbaine pauvre (ville B), avant de s'installer dans une zone rurale socialement intermédiaire, où elle exerce au moment de l'entretien. Sa consultation actuelle s'élève à 80 euros, un taux de dépassements de 88,2 % du tarif conventionné, qui s'avère moindre que lors de sa première installation en 2008.

> « *La première fois, j'étais installée à Paris, en région parisienne, à* [ville A] […]. *Moi, j'étais à 90 euros à l'époque. Vous voyez, 2008, 90 euros. 2025, 80. Cherchez l'erreur. C'était essentiellement des gars qui travaillaient dans la finance, donc ils avaient des mutuelles de groupe et des moyens financiers que mes petits patients ici n'ont pas, à* [ville B] *non plus. En fait, on s'était alignés sur les tarifs du coin, je crois. Je dis "on" parce que je m'étais installée avec mon premier chef de clinique* […]. *Après quand j'étais partie à* [ville B], *j'avais baissé mes tarifs. J'avais regardé ce que faisaient mes collègues autour. J'étais à 70 euros à l'époque* […]. *Et quand je suis arrivée ici, la conseillère de la Sécu m'a dit : "Oh là là, vous allez être la seule en secteur 2."* »
>
> **S. Rossi**, psychiatre en secteur 2, femme, 50-55 ans,
> zone rurale socialement intermédiaire, à l'offre de soins faible

Cet extrait d'entretien met en évidence la forte plasticité des prix médicaux au fil des trajectoires professionnelles, directement liés aux caractéristiques des communes dans lesquels ils exercent. En s'installant dans une zone rurale à l'offre de soins faible, Stéphanie Rossi

[15] Parmi les médecins enquêtés, seuls ceux exerçant en zone urbaine dense sont implantés dans des communes socialement favorisées.

aurait théoriquement pu fixer librement des prix élevés. Pourtant, sa modération montre que les prix des actes courants sont davantage déterminés par des représentations autour de leur « justesse » marchande dans des contextes sociaux locaux, que par la densité de l'offre.

Outre la comparaison avec d'autres médecins, le bouche-à-oreille et les conseils informels de collègues déjà installés jouent un rôle important au moment de l'installation. Les alignements entre collègues débordent ainsi parfois des localités, certains médecins établissant leurs prix par mimétisme avec des collègues installés dans d'autres localités.

> « *Je me suis basée un petit peu sur mes amies qui connaissaient beaucoup mieux que moi le libéral. L'amie dont je vous ai parlé, elle venait de s'installer ça faisait à peu près un an. Donc, elle connaissait tout pratiquement par cœur, les conditions. J'ai repris un petit peu les tarifs qu'elle avait mis en place. Après, elle, elle est à Bordeaux. Elle est quand même dans une grande ville* […]. *C'est un petit peu elle qui m'a orientée. Au début, j'avais choisi 70 euros.* »
>
> **Z. Demir**, psychiatre en secteur 2, femme, 40-45 ans,
> zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins élevée

Cela rejoint le constat établi autour des choix d'installation : les réseaux professionnels des médecins et le bouche-à-oreille jouent des rôles centraux dans les différentes décisions liées à l'installation en libéral, et y compris dans la fixation des prix. Des dynamiques similaires se retrouvent dans l'établissement des honoraires des avocats, avec des formes de régulation sociale informelle similaires (Karpik, 1989).

En ophtalmologie, une organisation collective des prix

En ophtalmologie où la grande majorité des médecins travaillent en groupe, les prix sont régulièrement déterminés collectivement. C'est le cas pour 11 des 20 ophtalmologistes enquêtés. Dans ces cas, les grilles de prix sont établies à l'échelle du cabinet, souvent dans l'objectif de proposer une offre unifiée aux patients. Les prix étant déterminés à l'ouverture du cabinet, les médecins qui s'y installent dans un second temps sont invités à les adopter afin de maintenir cette homogénéité.

> « *Eh bien, c'est pas moi qui les ai fixés* [les prix]. *En fait, comme à chaque fois, j'ai rejoint des cabinets, j'ai fait les tarifs que mes associés pratiquaient. Quand j'étais avec le Docteur X. à* [ville A], *il avait déjà ses prix de consultation, de chirurgie, tout ça. Je ne pouvais pas faire de la concurrence entre guillemets déloyale en faisant moins cher ou au contraire en faisant plus cher parce que c'était déjà suffisant. Du coup, je me suis adapté aux tarifs qui étaient déjà notés. Et pareil sur [ville B] finalement. Quand je suis arrivé sur* [ville B], *les tarifs étaient déjà faits.* »
>
> **R. Dubois**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, homme, 40-45 ans,
> zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

Dans ces cabinets collectifs où les prix sont établis collectivement, cela implique une homogénéité dans le secteur d'installation. Dans cette même logique d'uniformité, les médecins adhèrent ou rejettent collectivement, à l'échelle du cabinet, le contrat Optam. Élise Marty explique ainsi ne pas avoir adhéré à l'Optam par mimétisme avec les ophtalmologistes de son groupe : « [l'Optam] non, parce qu'en fait, dans le cabinet elles [ses consœurs ophtalmologistes] ne le sont pas. Et du coup, c'était plus simple de pas l'être » (ophtalmologiste en secteur 2, femme, 30-35 ans, zone urbaine dense socialement défavorisée, à l'offre de soins élevée). En outre, ces dynamiques collectives peuvent expliquer, pour les spécialités exerçant en groupe, des homogénéités locales des prix, notamment dans des zones moins dotées.

Par ailleurs, en ophtalmologie, l'établissement des prix des chirurgies s'inscrit également dans un contexte territorial plus large, dépendant de l'offre de plateaux opératoires en hôpitaux ou en cliniques, où sont réalisées les chirurgies. Les organisations hospitalières sont rémunérées, d'une part, par la tarification à l'activité hospitalière pour les actes réalisés en leur sein[16]. D'autre part, les ophtalmologistes leur cèdent une rétrocession d'honoraires qui correspond à un pourcentage des rémunérations associées à leurs actes. Ce pourcentage est contractualisé individuellement entre chaque médecin libéral et l'organisation hospitalière. Le taux de ces rétrocessions varie selon les territoires et les services fournis par l'organisation hospitalière, notamment la mise à disposition ou non d'une aide opératoire. En zone urbaine dense, où l'offre de soins est abondante, les rétrocessions s'élèvent généralement entre 3 % et 5 % des montants des actes. En zone urbaine intermédiaire, où l'offre hospitalière est moins étendue, elles vont de 10 % à 20 %. Cette variation reflète une logique de concurrence et de captation : dans les zones denses, les ophtalmologistes disposent de plusieurs options pour choisir leur lieu d'opération, ce qui réduit le pouvoir de négociation des établissements ; à l'inverse, dans les zones moins dotées, les médecins sont plus dépendants des organisations locales, qui peuvent imposer des rétrocessions plus élevées. En revanche, ces différences dans les rétrocessions d'honoraires ne sont pas suivies de prix plus élevés en zone intermédiaire pour compenser la rétrocession, les prix étant, comme pour les consultations, légèrement plus élevés en zone dense.

Par ailleurs, le type d'organisation hospitalière présente sur un territoire influence fortement les prix pratiqués par les ophtalmologistes, en particulier dans les zones intermédiaires. Dans les hôpitaux publics, les ophtalmologistes ne peuvent pas, dans la majorité des cas, pratiquer de dépassements d'honoraires[17]. Dans les zones moins dotées en plateau opératoire, cette réglementation conduit les ophtalmologistes à réaliser leurs chirurgies dans le public, sans dépassement.

> « *[pour les cataractes] pas de dépassements, parce que je n'ai pas le droit déjà, parce que c'est un établissement public* ».
>
> **Q. Costes**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, homme, 35-40 ans, zone urbaine intermédiaire socialement intermédiaire, à l'offre de soins élevée

En zone urbaine dense, les ophtalmologistes rencontrés pratiquaient tous leurs opérations en clinique, leur permettant de réaliser des dépassements d'honoraires.

Pour conclure, les médecins adoptent bien une forme de retenue dans la fixation de leurs prix, ne cherchant pas nécessairement le prix le plus élevé, mais davantage le « juste prix ». Cette justesse du prix est toutefois dominée par des logiques professionnelles, structurées par un encadrement local de l'exercice. Elle fait l'objet d'ajustement selon le type d'actes réalisés et leur valeur marchande et symbolique, comme nous allons le voir à présent.

---

16 Comme tout patient pris en charge dans une organisation hospitalière, leur séjour est classifié et rémunéré en fonction des groupes homogènes de malades, sur lesquels repose la tarification à l'activité (Juven, 2019).

17 Deux exceptions sont possibles : si l'ophtalmologiste est praticien hospitalier et a une partie de son activité hospitalière en activité libérale à l'hôpital (cas non rencontré pendant l'enquête) ; si l'opération se fait en « secteur privé » au sein de l'hôpital public, c'est-à-dire dans une unité louée à une clinique privée au sein de l'établissement public.

Entreprise financiarisée et prix médicaux

Cinq des ophtalmologistes enquêtés exercent dans un cabinet libéral adossé à une même entreprise financiarisée, que nous appellerons ici de manière anonymisée « Vision Co ». Cette entreprise propose aux ophtalmologistes libéraux d'investir dans le matériel et les locaux, de prendre en charge le travail gestionnaire et de salarier le personnel. En échange, les ophtalmologistes investissent une somme variable à l'ouverture du cabinet, et rétrocèdent une part importante de leurs honoraires : environ 60 % sur les consultations et 20 % sur les chirurgies.

Les résultats présentés dans cet encadré sont exploratoires, car ils se fondent sur cinq entretiens, un matériel qualitatif trop limité pour en généraliser les conclusions. Ces cinq ophtalmologistes exerçent en zone urbaine dense (4) ou intermédiaire (1), dans des communes socialement favorisées (2), contrastées (2) ou défavorisées (1) et à l'offre de soins élevée. Les taux de dépassements sont en moyenne de 112,1 % pour les consultations et de 90,4 % pour les cataractes, des niveaux supérieurs à la moyenne de notre échantillon. Parmi les cinq ophtalmologistes rencontrés, les prix de consultations sont hétérogènes, puisque l'un d'entre eux propose des consultations à un taux de dépassements bas (18 %), là où les quatre autres se situent tous au-delà de 110 % de dépassements. La dispersion est moins importante sur la cataracte, avec des taux allant de 77 % à 102 % de dépassements.

La direction de la société Vision Co affirme laisser une autonomie totale aux médecins dans leurs pratiques professionnelles comme dans l'établissement des prix.

> « *Le dépassement va être différent selon chaque Vision Co. Chaque Vision Co, encore une fois, est autonome.* »
>
> **F. Caron**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, homme, 35-40 ans, zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

Pour autant, certains médecins décrivent une négociation entre le siège et la société locale autour des prix, visant explicitement à maintenir la rentabilité des cabinets.

> « *Ce n'est pas moi personnellement qui fixe le montant de mes actes. Par contre, ils nous proposent, ils disent : "Écoutez, vous êtes à tant cette année, est-ce que vous voulez que l'on augmente pour couvrir mieux les frais de votre société ?".* [Enquêtrice : Ah d'accord, ils vous font des suggestions comptables.] *Voilà, ils font des suggestions en disant : "Écoutez, cette année, on a eu 10 % d'augmentation de l'électricité, on a plus de frais de machin truc, est-ce que vous êtes d'accord pour augmenter parce que du coup, là, sinon, on va être dans le rouge."* »
>
> **R. Dubois**, *ophtalmologiste en secteur 2 Optam, homme, 40-45 ans, zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée*

D'un côté, des médecins « pionniers » du modèle Vision Co, ayant rejoint la société peu de temps après sa fondation, affirment une plus grande autonomie dans la détermination de leurs prix. De l'autre, les deux médecins ayant rejoint des cabinets Vision Co déjà fondés expriment une faible autonomie et accordent une place importante aux directives du siège dans la détermination des prix.

Au global, il semble que l'entreprise Vision Co influence la fixation des prix afin que les cabinets répondent à des impératifs de rentabilité et à une gestion centralisée des coûts. De tels enjeux de rentabilité sont présents dans l'ensemble des cabinets médicaux, mais semblent être amplifiés ici. En conséquence, même si les données sont exploratoires, il semble exister une tendance à la pratique de prix plus élevés que la moyenne. Pour confirmer ces observations, il serait nécessaire de conduire une étude quantitative plus large, permettant une meilleure prise en compte des différentes variables (pratiques professionnelles, caractéristiques territoriales…) dans l'analyse.

Une hiérarchie des actes médicaux

Un dernier script structurant les prix fixés est l'attribution de valeurs différenciées aux actes. Ce script est institutionnalisé dans les conventions médicales négociées entre syndicats et Assurance maladie, et se reflète dans l'existence de deux nomenclatures différenciées, l'une clinique (NGAP) et l'autre technique (CCAM). Les hiérarchies entre les actes reflètent également des hiérarchies plus larges entre spécialités médicales (Pinell, 2005). Toutefois, les prix fixés par les médecins renforcent ou nuancent ces hiérarchies.

En effet, dans l'établissement des prix médicaux, nous trouvons deux grands principes de valorisation qui entrent en tension. Certains actes sont évalués au regard de critères de valorisation économique tels que la durée de l'acte ou son niveau de technicité – on peut alors parler de valeur marchande des actes. Les critères de valorisation s'appuient sur des principes de « justesse marchande » : l'objectif est de déterminer un prix qui reflète la valeur du travail médical sur le marché du travail (Nouguez et Benoît, 2017). Par ailleurs, les actes médicaux sont également évalués au regard de leurs dimensions symboliques : leur utilité sociale (Nouguez et Benoît, 2017), mais aussi la relation personnelle avec le patient, ou encore son intérêt professionnel. On peut alors parler de valeur symbolique des actes.

La valeur marchande des actes

Les actes sont tout d'abord évalués au regard de leur valeur dans le marché du travail, de manière plus générale. Ainsi, l'un des arguments régulièrement utilisés par les médecins pour justifier leur prix est la comparaison avec des travailleurs moins qualifiés, comme les plombiers, les coiffeuses ou ici l'esthéticienne :

> « *Je suis allée me faire épiler les demi-jambes, j'en ai eu pour 43 euros, ça a duré un quart d'heure. Alors que la responsabilité n'est pas exactement la même et que la formation non plus* ».
>
> **M-C. Le Blanc**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, femme, 45-50 ans, zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins faible[18]

Ces comparaisons ne visent pas tant à établir une équivalence économique précise qu'à produire un raisonnement en termes de hiérarchie des qualifications et des responsabilités. En mettant en regard des prestations jugées comparables en durée, mais distinctes en termes de formation et de risques, les médecins cherchent à souligner le caractère insuffisant des tarifs médicaux conventionnés au regard d'autres activités de service. Bien sûr, les revenus des médecins sont, dans les faits, largement supérieurs à ceux des travailleurs cités. Ces comparaisons servent avant tout à rappeler leur position sociale et ainsi, à assoir la légitimité symbolique de leurs prix. Cela leur permet de justifier des dépassements d'honoraires en les inscrivant dans un ordre plus général des valeurs du travail.

Les prix médicaux sont ainsi conçus selon leur valeur marchande, qui doit reconnaître plusieurs dimensions du travail médical dans un espace social plus global : leur qualification, leur responsabilité, mais aussi la durée du travail ou sa technicité. De manière transversale aux spécialités médicales, les spécialités les plus techniques, et *a fortiori* chirurgicales, sont ainsi les plus valorisées, les conventions entre syndicats et Assurance maladie ayant abouti à une meilleure reconnaissance de la complexité technique vis-à-vis d'autres formes de complexité médicale (notamment, relationnelle).

[18] En psychiatrie, la comparaison avec les prix des psychologues est également très fréquente, notamment avec la mise en place de consultations prises en charge à hauteur de 50 euros par l'Assurance maladie dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy ».

En ophtalmologie, qui a la particularité d'être une spécialité à la fois clinique, technique et chirurgicale, nous retrouvons de manière interne cette hiérarchie entre les actes. La consultation simple est l'acte le moins cher, tandis que les examens techniques permettent une meilleure valorisation de l'activité, avec au sommet de cette hiérarchie les chirurgies qui sont de loin les actes les plus rémunérateurs.

> « *La cataracte, c'est là qu'il y a le plus gros dépassement et c'est là que, nous, on devient rentable en tant que structure. C'est sur la chirurgie, surtout.* »
>
> **L. Duchaine**, ophtalmologiste en secteur 2, femme, 35-40 ans,
> zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins faible

Ainsi, le tarif conventionné en secteur 2 pour une consultation d'ophtalmologie vaut près de douze fois moins que celui d'une chirurgie de la cataracte. Ces écarts se retrouvent dans les prix des ophtalmologistes, et sont justifiés principalement par la dimension technique et la responsabilité associées à cet acte.

En psychiatrie, l'acte majoritairement réalisé est la consultation clinique. Les dépassements d'honoraires permettent aux médecins de réintroduire des hiérarchies entre différents types de consultations. Une part importante des psychiatres proposent ainsi des consultations plus longues (parfois uniquement pour le premier rendez-vous, parfois de manière plus régulière) qui sont proposées à des prix plus élevés.

> « *Je fais les consults soit de 45 minutes, soit d'une demi-heure. Les consults d'une demi-heure, c'est 100 euros, les consults de 45 minutes, c'est 120 euros, c'est pareil qu'une heure, je ne fais pas non plus de grille tarifaire. Voilà ! C'est 100 ou 120, 100 pour 30 minutes et 120 pour 45 ou une heure.* »
>
> **L. Lefebvre**, psychiatre en secteur 2, femme, 40-45 ans,
> zone urbaine socialement favorisée, à l'offre de soins moyenne

Cette première différenciation repose sur le temps consacré au patient, qui est un critère central de valorisation économique dans les spécialités cliniques.

De manière moins fréquente, certains psychiatres valorisent également des expertises particulières. C'est le cas de Jonathan Lambert, qui a obtenu un diplôme universitaire de psychothérapie en EMDR, une technique majoritairement mobilisée dans le traitement des traumatismes. Alors que son prix habituel est de 90 euros, il revalorise ses consultations d'EMDR pour reconnaître sa formation.

> « *Après, le tarif le plus cher, théoriquement c'est l'EMDR qui est à 105 euros. Sachant qu'il y a des thérapeutes EMDR sans aucun diplôme, formés en trois jours, qui prennent entre 80 et 100 euros, pas remboursés. Donc là, je pense que c'est pareil, ça reste rentable 50 euros de la poche pour celui qui aurait pas une bonne mutuelle. Pour de l'EMDR, ça reste pas cher.* »
>
> **J. Lambert**, psychiatre en secteur 2 Optam, homme, 40-45 ans,
> zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins moyenne

Ce second type de différenciation repose sur des formes de surspécialisation du praticien. Cependant, ces pratiques restent hétérogènes, dans la mesure où ces différenciations sont bien moins institutionnalisées qu'en ophtalmologie. Ainsi, tous les psychiatres ne recourent pas à des différenciations de prix, certains choisissant un prix unique, quel que soit le type ou la durée de la consultation. Cette variabilité souligne que la valorisation marchande des actes n'est ni automatique ni uniformément appliquée, mais dépend en partie

des trajectoires professionnelles et des conceptions de la profession, comme nous y reviendrons en troisième partie.

De manière transversale aux deux spécialités, les dynamiques de valorisation marchande des actes aboutissent à attribuer un prix plus élevé aux services proposés, en fonction de critères comme la responsabilité, le temps, la technicité ou l'expertise. Ces logiques de valorisation marchande ne sont pas spécifiques au travail médical. Cependant, elles ne suffisent pas à rendre compte entièrement de la construction des prix, ce qui invite à considérer un second registre de valorisation, cette fois symbolique.

La valeur symbolique des actes

Les médecins hiérarchisent également leurs actes selon la valeur symbolique qu'ils leur attribuent, c'est-à-dire une importance différenciée accordée aux différentes activités de travail. Nous identifions ainsi trois différents ressorts de hiérarchie symbolique des actes.

Le premier, et sans doute le plus structurant, relève de la valeur sociale que le praticien donne à son acte. La notion de valeur sociale vient de travaux anglo-saxons s'intéressant aux traitements différenciés des patients selon leurs caractéristiques sociales (Glaser et Strauss, 1964 ; Paillet, 2021). Dans un contexte hospitalier, Barney G. Glaser et Anselm Strauss constatent que tous les patients ne reçoivent pas exactement la même attention, et par là les mêmes soins, de la part des professionnels de santé (1964). Ils expliquent ces différences par la valeur sociale attribuée à chaque patient par les professionnels : celle-ci constitue l'apport estimé de chaque individu pour la société. Par exemple, un patient jeune est considéré comme davantage important à soigner, car sa perte serait plus grande pour la société qu'un patient âgé (Glaser et Strauss, 1964). Cette différence se retrouve en libéral à l'échelle des actes médicaux. Certains actes sont considérés comme ayant une grande importance (par exemple, soigner un cancer de l'œil), tandis que d'autres sont estimés avoir une plus-value minimale pour la société (par exemple, réaliser une chirurgie purement esthétique de la paupière). Ces valeurs sociales de l'acte sont construites par les médecins au cours des interactions avec chaque patient : ainsi, un même acte n'aura pas toujours la même valeur, précisément car les médecins peuvent également prendre en considération les caractéristiques des patients afin d'établir leur jugement.

Le second ressort de valorisation symbolique est la valeur personnelle de l'acte. Elle entre en jeu lorsque le médecin et le patient ont une relation interpersonnelle, soit qu'elle préexiste à la relation thérapeutique, soit qu'elle soit construite au fil des années de suivi. Elle s'exprime ainsi davantage au moment des transactions que dans l'établissement des grilles de prix, comme nous y reviendrons.

Le troisième est la valeur professionnelle de l'acte : il s'agit de ce que le praticien apprécie réaliser – ou non – dans son travail. Sans l'exclure de l'analyse totalement, il faut souligner que ces formes de valorisation symbolique demeurent moins présentes dans la fixation des prix médicaux en libéral que dans les deux cas précédents.

La valorisation symbolique suit une logique économique opposée à celle de la valorisation marchande. Ainsi, lorsqu'un acte a une valeur symbolique importante pour le médecin qui le pratique, il est courant qu'il dévalorise économiquement cet acte, le plus souvent en proposant un prix plus bas, voire sans dépassement. Un exemple marquant est le cas des ophtalmologistes surspécialisés dans les chirurgies liées à des pathologies lourdes : cancer de l'œil, éviscération, strabismes lourds chez les enfants… Si ces ophtalmologistes bénéficient de tarifs conventionnés pour leurs actes reconnaissant la dimension technique de leur

activité, ils ne pratiquent en revanche pas de dépassement sur ces actes à forte valeur symbolique. Ainsi, Emilie Cabrol explique qu'elle pratique ses chirurgies lourdes sur les enfants au tarif conventionné.

> « *Je ne gagne pas d'argent là-dessus* ».
>
> **E. Cabrol**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, femme, 40-45 ans, zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée

En miroir, lorsque des actes sont considérés comme ayant peu de valeur symbolique, cela justifie pour les médecins de pratiquer des prix élevés. Ainsi, en ophtalmologie, certains médecins proposent des chirurgies de la réfraction, permettant de corriger durablement un problème de vue, ou des chirurgies esthétiques de la paupière. Ces actes ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale, et sont considérés comme ne relevant pas de soins. Cette dévaluation symbolique permet la pratique de prix allant jusqu'à 3 000 euros par œil. Comme le souligne Élise Marty en parlant des chirurgies de la réfraction :

> « *On est dans une chirurgie presque de confort, c'est pas une maladie, c'est rien d'obligatoire* »
>
> **É. Marty**, ophtalmologiste en secteur 2, femme, 30-35 ans, zone urbaine dense socialement défavorisée, à l'offre de soins élevée

De même, les actes de chirurgie esthétique sont proposés à des prix élevés. Ce type d'acte très rentable cumule ainsi une valorisation marchande de leur technicité à une valeur symbolique basse, restreignant la « mesure » dans la fixation des prix. Ainsi, paradoxalement, les activités les moins valorisées symboliquement sont aussi celles qui peuvent bénéficier d'une grande valorisation économique – à condition qu'elles soient valorisables sur le plan marchand. Ces variations symboliques sont moins présentes en psychiatrie, où le travail médical est moins différencié.

Les valeurs symboliques du travail médical sont certes structurées par des représentations sociales, qui peuvent parfois être partagées, mais elles se construisent également dans les interactions avec les patients. Dans certains cas, elles aboutissent à des ajustements des prix durant la transaction.

2.3. Les ajustements des prix de transaction

Bien qu'il ne soit pas explicitement défini, le « tact » renvoie, dans le langage courant comme dans les discours professionnels, à un ajustement du prix de transaction consenti par le médecin lorsqu'un patient n'est pas en mesure de payer ses soins. Dans cette dernière sous-partie, nous proposons d'interroger cette notion pour observer de manière plus large l'ensemble des situations où le prix affiché diffère du prix effectivement acquitté. Les prix fixés en amont peuvent ainsi faire l'objet de modulations ponctuelles à la baisse, selon la situation présumée du patient, qu'elle soit sociale ou clinique. Mais au-delà de ces ajustements relevant du « tact », la réduction du prix de transaction peut également résulter des relations interpersonnelles entretenues avec les patients. Pour certains actes fortement valorisés, comme la chirurgie de la cataracte, ces ajustements dépendent en outre étroitement du niveau de concurrence locale. Enfin, au-delà des seuls prix de transaction, les médecins peuvent mettre en œuvre plusieurs stratégies visant à optimiser leur rémunération.

Des ajustements hétérogènes des prix pour les patients en difficulté socio-économique

Dans l'ensemble, les médecins rencontrés se déclarent conscients des enjeux d'accessibilité financière aux soins. La majorité affirme réduire, au moins ponctuellement, leurs dépassements pour certains patients perçus comme ayant de faibles ressources économiques, considérant que la continuité des soins doit primer sur les dépassements d'honoraires. Toutefois, sept des 40 médecins rencontrés affirment ne jamais baisser leurs tarifs, y compris pour des patients en difficulté.

Au-delà de l'existence ou non de ces ajustements, les modalités de leur mise en œuvre diffèrent nettement entre psychiatrie et ophtalmologie.

En psychiatrie, les médecins estiment en général avoir une bonne connaissance de la situation socio-économique des patients, des éléments relatifs à la situation professionnelle, l'entourage familial et les conditions de vie étant généralement abordés en consultation. Cette connaissance de la situation des patients semble faciliter des ajustements spontanés des prix de la part de certains psychiatres.

> « *J'ai des patients où d'emblée, parce que la situation est particulière, je vais choisir de les prendre au tarif Sécu et j'ai des patients qui, malheureusement à cause de la pathologie psychiatrique, ont eu un niveau de vie qui a énormément chuté et pour lesquels je vais modifier mon tarif au cours de l'eau.* »
>
> **N. Moreau**, psychiatre en secteur 2, homme, 45-50 ans,
> zone urbaine socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

Ces ajustements ne se traduisent pas systématiquement par une absence de dépassements, certains psychiatres prévoyant plusieurs niveaux de dépassements en fonction de la situation de leurs patients. Cela s'explique aussi par le fait que la psychiatrie est une spécialité de suivi, et qu'une baisse d'un dépassement est par conséquent durable pour le médecin. Certains psychiatres ont ainsi automatisé une échelle de prix pour certains statuts administratifs : étudiants, retraités, chômeurs. C'est le cas de François Morin, qui proposait un prix habituellement à 110 euros, mais un prix plus bas pour certains profils.

> « *Aux étudiants et aux chômeurs qui n'étaient pas en CMU [Couverture maladie universelle, aujourd'hui Complémentaire santé solidaire], je les facturais 60 euros*[19] **»**.
>
> **F. Morin**, psychiatre en secteur 2, homme, 40-45 ans,
> zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée)

En ophtalmologie, les médecins disposent d'informations partielles sur les patients, ce qui complique l'identification de situations de précarité. Si la plupart s'informent de la situation professionnelle pour mieux orienter cliniquement les patients (en fonction du rôle de la vue dans leur travail), d'autres estiment que ce n'est pas leur rôle.

> « *Je demande pas la profession des gens. Ça m'énervait quand on me demandait la profession de mes parents, donc je demande pas la profession des gens* **»**.
>
> **A. Muguet**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, femme, 40-45 ans,
> zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

[19] L'emploi du passé dans l'entretien fait référence à une nouvelle grille tarifaire mise en place par l'enquêté à la suite des revalorisations conventionnelles de 2025, qui concernent notamment les jeunes adultes de moins de 25 ans, et l'ont amené à repenser ses prix.

Ainsi, plusieurs des médecins pratiquant des ajustements expliquent se fonder principalement sur l'apparence des patients.

> « *Des fois, on sent vraiment quand même que c'est la misère. Et donc là, je ne prends pas de dépassements* ».
>
> **B. Pasquier**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, femme, 55-60 ans, zone urbaine dense socialement défavorisée, à l'offre de soins élevée

Certains praticiens refusent au contraire de s'appuyer sur l'apparence, estimant qu'il n'est ni possible ni légitime d'inférer la situation économique d'un patient à partir de signes extérieurs.

> « *On ne peut pas se fier à la tête des gens ! Enfin, je trouve que l'on ne peut pas imaginer : "Lui, il a l'air pauvre ! Lui, il a l'air riche !"* ».
>
> **L. Duchaine**, ophtalmologiste en secteur 2, femme, 35-40 ans, zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins faible

Dans ces cas, l'ajustement intervient le plus souvent à la demande explicite du patient.

> « *Il y a des patients qui demandent : "Docteur, je n'ai pas les moyens". Qu'est-ce que l'on va faire ? Je vais les soigner* ».
>
> **A. Moussa**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, femme, 50-55 ans, zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée

Or, on peut raisonnablement supposer qu'une partie des patients en difficulté n'ose pas formuler une telle demande, en raison de la gêne ou de l'asymétrie de la relation médicale. L'ajustement des prix repose ainsi aussi sur la capacité des patients à verbaliser leur précarité.

À cela s'ajoute une différence organisationnelle importante : en ophtalmologie, le paiement est systématiquement délégué aux secrétaires. Ce sont elles qui annoncent et encaissent les prix, difficilement prévisibles en amont de la consultation. Cela réduit les possibilités d'interaction directe sur les montants entre médecins et patients.

> « *C'est affiché dans la salle d'attente, je pense que les gens le savent. Non, je ne leur parle pas de… C'est la secrétaire qui encaisse, qui prend les cartes Vitale et qui encaisse* ».
>
> **E. Cottin**, ophtalmologiste en secteur 2, homme, 40-45 ans, zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

Au total, l'ajustement des prix pour les patients en difficulté résulte de trois dimensions : l'organisation du paiement dans le cabinet, la capacité du médecin à repérer les situations de précarité, et sa volonté de moduler ses tarifs. Les psychiatres ont ainsi des conditions plus favorables que les ophtalmologistes pour repérer les situations sociales des patients, ainsi qu'une organisation plus directe des paiements. Pour autant, dans les pratiques déclarées en entretien, les ajustements ne semblent pas plus fréquents que ceux des ophtalmologistes, probablement en lien avec les dimensions de suivi de leur activité médicale. Ainsi, dans la majorité des cas, ces pratiques restent rares : les médecins évoquent le plus souvent quelques situations par an, et ce même dans des contextes locaux marqués par des taux de pauvreté élevés. Par exemple, Emma Bayer est psychiatre dans une zone urbaine socialement contrastée : le taux de pauvreté s'y élève à 27 %, contre 14,5 % au niveau national (Insee, 2021). Pour autant, les ajustements de ses prix de transaction sont peu fréquents.

> « *Ça m'arrive. J'ai le cas d'un étudiant, quelqu'un qui vit encore au domicile de ses parents, qui est assez grand pour venir en consultation tout seul, et qui a pas de revenus. Ce patient-là, je lui fais un tarif secteur 1. J'ai une autre patiente à qui je fais ça. Ça m'arrive de temps en temps.* »
>
> **E. Bayer**, psychiatre en secteur 2 Optam, femme, 35-40 ans,
> zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins faible

Si ces pratiques peuvent s'apparenter à du « tact », il serait excessif d'y voir un mécanisme efficace de correction des inégalités d'accès financier aux soins. Elles restent largement sous-dimensionnées au regard de l'ampleur des difficultés économiques rencontrées par certains patients. Autrement dit, ces ajustements ne constituent pas un véritable dispositif de régulation de l'accès aux soins, mais plutôt une modalité discrétionnaire et marginale d'ajustement, dépendante des organisations du travail, des pratiques professionnelles et des dispositions individuelles des médecins.

Enfin, certains médecins qui n'ajustent pas, ou peu, leurs prix en fonction de la situation sociale des patients peuvent proposer des modes de paiement étalés, voire la mise en place exceptionnelle du tiers payant, afin de réduire le coût immédiat du soin.

> « *Je ne fais pas des tarifs à la tête du client, j'ai toujours un tarif constant, inchangé, que j'estime accessible à toute personne et si jamais, une personne a un peu plus de difficultés* […], *je propose, je dis* […], *pour ne pas pénaliser : "Vous pourrez nous donner au fur et à mesure. Donc, donnez-moi autant de chèques que vous voulez !" Et cela me permet, comme cela, de ne pas… Les gens, comme cela, ne sont pas pénalisés dans leur vie quotidienne et peuvent me payer au fur et à mesure.* »
>
> **J. Klein**, ophtalmologiste en secteur 2, homme, 70-75 ans,
> zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

Ces pratiques s'inscrivent dans une logique tout à fait opposée à l'éthique du « tact et mesure », puisque les médecins reconnaissent les contraintes économiques des patients, mais préfèrent se montrer arrangeants sur les modalités de paiement plutôt que de réduire la valeur économique de leur acte. L'ajustement ne porte alors plus sur le prix lui-même, mais sur la temporalité du paiement.

L'intrication de la clinique dans la valeur symbolique des actes

Au-delà de la situation sociale des patients, les médecins ajustent également leur prix en fonction de la situation clinique des patients, qui peut contribuer à valoriser symboliquement un acte pour les médecins. Autrement dit, le prix effectivement demandé ne dépend pas seulement des caractéristiques sociales des patients, mais aussi de l'urgence de l'intervention, de sa fréquence, de sa nécessité thérapeutique et/ou des conséquences potentielles d'un renoncement aux soins.

En ophtalmologie, cette logique apparaît autour des injections intravitréennes. Ces actes permettent de traiter certaines maladies de la rétine, dont beaucoup sont liées à l'âge. Ils s'inscrivent souvent dans des suivis répétés, avec des consultations et interventions rapprochées sur plusieurs semaines ou plusieurs mois. Les médecins prennent alors en compte, non pas le coût isolé de chaque acte, mais le coût cumulé du parcours de soins.

> « *Les dépassements, c'est sur tact et mesure. Si un patient vient tout le temps, je ne peux pas lui mettre les dépassements tout le temps quand même. Il y a des pathologies, je le vois tous les mois, je le revois, si je dois le surveiller. Je peux pas. Moi, en tout cas, en injection intravitréenne, pour les patients en rétine, je ne prends pas de dépassement*

> *quand je fais un examen complémentaire. Je le revois tellement tout le temps que je ne prends pas. Je ne prends pas les dépassements tout le temps parce que je dois le revoir à six semaines, à huit semaines.* »
>
> **A. Moussa**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, femme, 50-55 ans, zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée

Le dépassement est ainsi réévalué à l'échelle de la trajectoire thérapeutique du patient : ce qui pourrait sembler acceptable pour un acte ponctuel devient problématique lorsqu'il se répète régulièrement. La valeur économique de l'acte est subordonnée à la soutenabilité financière du traitement dans la durée.

De manière plus générale, les médecins proposent des ajustements lorsqu'ils considèrent que leur acte est médicalement nécessaire.

> « *Le prix du laser de la rétine, 155* [pour un tarif conventionné à 101 euros]. *Mais je veux dire, c'est un truc… Enfin, ce n'est pas du luxe, c'est-à-dire que si l'on a une indication de laser, il faut le faire absolument dans la journée ou le lendemain. Enfin, on ne peut pas mettre le couteau sous la gorge des gens : "Il faut payer cela sinon vous allez perdre la vue !" Moi, cela me pose un problème. Donc du coup, j'ai des tarifs qui sont relativement bas et parfois je fais même le tiers payant et le tarif Sécu, quand je me dis : "Sinon, il ne va pas vouloir rester et que je lui fasse !" Mais pour lui c'est vraiment une perte de chance.* »
>
> **L. Duchaine**, ophtalmologiste en secteur 2, femme, 35-40 ans, zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins faible

Ainsi, selon la situation du patient et l'urgence du cas, des actes qui pourraient être réalisés avec des dépassements sont proposés aux tarifs conventionnés : plus l'intervention est perçue comme nécessaire cliniquement, plus la légitimité du dépassement tend à diminuer. À l'inverse, les actes cliniques à faible valeur symbolique, comme les chirurgies esthétiques, ne font jamais l'objet d'ajustement de prix.

En psychiatrie, cette logique est moins visible. Ces patients sont suivis de manière régulière pour des troubles chroniques, ce qui rend moins opérante une différenciation ponctuelle des prix selon les épisodes cliniques. Quelques médecins évoquent cependant des pratiques similaires en cas de crises suicidaires ou de troubles sévères.

> « *Je me fais des nœuds dans la tête avec ça depuis que je suis en libéral. Un patient qui a un trouble sévère, mais qui peut avoir un niveau de rémunération équivalent au mien, mais que ça met en difficulté, deux fois par semaine, de devoir payer 25 € de dépassement. S'il a un trouble sévère, je considère que je dois lui enlever le dépassement* […]. *S'il a besoin en raison de son état de santé médical. Évaluer à quel endroit, c'est éthique et équitable de faire payer le dépassement ou pas, ça repose que sur nous.* »
>
> **E. Fabre**, psychiatre en secteur 2, femme, 45-50 ans, zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée

Ici encore, la gravité de la situation clinique des patients réduit la légitimité du dépassement, ce qui démontre bien l'imbrication de dimensions morales dans les prix médicaux.

La valeur personnelle de certains patients

En dehors de ces ajustements des prix de transaction en fonction des situations cliniques et sociales des patients, certains patients peuvent bénéficier d'une réduction des

dépassements d'honoraires lorsque les médecins leur octroient une valeur symbolique, que celle-ci soit liée à une relation interpersonnelle ou plus largement à ce que celui-ci symbolise.

Un des exemples communs est celui des confrères. Une règle confraternelle informelle consiste à ne pas facturer de dépassements, voire à réaliser un acte gratuit (et non pas au tarif conventionné), lorsqu'un médecin consulte un autre médecin. L'absence de dépassements fonctionne ici comme un marqueur d'appartenance à la profession, davantage que comme une réponse à une contrainte économique des patients. Cette règle est toutefois appliquée de manière différenciée selon les spécialités. En ophtalmologie, où les consultations sont souvent ponctuelles, elle est plus régulièrement respectée. En revanche, la majorité des psychiatres ne la pratique pas en raison du suivi qu'implique leur spécialité :

> « *C'est quelque chose qui se fait, en effet, chez les médecins somaticiens, mais c'est des consultations qui restent ponctuelles. Nous, c'est quand même un travail de suivi, régulier ou pas.* »
>
> **M. Pages**, psychiatre en secteur 2, femme, 45-50 ans,
> zone urbaine dense socialement intermédiaire, à l'offre de soins élevée

L'absence de dépassements représenterait ainsi une perte de revenus régulière, non légitimée par le manque d'accessibilité du soin.

Au-delà des confrères, certains patients bénéficient d'une absence de dépassements en raison de la relation singulière qu'ils entretiennent avec le médecin, incluant des relations purement personnelles (amis, connaissances), mais pas uniquement. Paul Abassi, ophtalmologiste, ne pratique ainsi aucun dépassement pour les patients qu'il a commencé à suivre lorsqu'il était chef de clinique à l'hôpital, et qui l'ont suivi lors de son installation en libéral.

> « *Tous mes anciens patients de l'hôpital, qui étaient en tarif secteur 1 à l'hosto, je leur fais pas payer le dépassement* […]. *C'est des patients que je connais de longue date. On a des rapports assez privilégiés. C'est des fois des patients qui ont des pathologies lourdes et tout. Je saurais pas vous dire avec des mots vraiment précis, mais c'est un peu pour rester dans la même ligne que quand on est à l'hôpital, il faut pas avoir d'histoires de sous.* »
>
> **P. Abassi**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, homme, 30-35 ans,
> zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

Le refus du dépassement apparaît ainsi comme une manière de maintenir symboliquement le cadre hospitalier antérieur, et de marquer la continuité dans la relation médecin-patient, malgré le changement de contexte. Une telle logique se retrouve, de manière différente, pour Julien Girard, psychiatre, qui, lorsqu'il revalorise ses prix de consultation, n'applique cette nouvelle grille qu'aux nouveaux patients, jugeant que les patients antérieurs ont accepté le suivi à un certain prix et qu'une augmentation pourrait fragiliser la relation thérapeutique.

Ces exemples montrent que les prix dépendent plus largement des valeurs personnelles et morales attribuées aux patients. Certains patients sont extraits du régime ordinaire en raison de ce qu'ils représentent pour le médecin, et bénéficient alors d'ajustements des prix qui ne sont pas nécessaires, au sens clinique ou social, mais qui contribuent plutôt à souder la relation que ces médecins ont avec ces personnes.

Les ajustements des prix de transaction aux remboursements des complémentaires

Au-delà des enjeux de valorisation symbolique des actes, les prix peuvent également être ajustés au niveau de remboursement des assurances complémentaires. Cet ajustement permet de maximiser le revenu du médecin en maintenant un dépassement d'honoraires, tout en minimisant le reste à charge pour les patients. Dans ces cas, les médecins ne considèrent pas la valeur symbolique des actes pour ajuster leurs prix, puisque la charge financière des dépassements est reportée exclusivement sur les complémentaires.

Ces pratiques sont restreintes aux chirurgies, en raison de l'absence de visibilité sur les contrats des assurances. En effet, le taux de remboursement des patients est inconnu pour les médecins, du fait de la grande variabilité des contrats. Pour autant, lorsqu'un dépassement dépasse 70 euros, le médecin doit alors établir un devis depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) de 2009. Cette règle n'est pas respectée pour les quelques psychiatres qui ont un dépassement d'honoraires supérieur à 70 euros. En revanche, elle l'est scrupuleusement pour les ophtalmologistes avant une chirurgie (où les dépassements sont rarement inférieurs à 70 euros), le processus de devis étant routinisé. Ce devis permet aussi, pour certains ophtalmologistes, de prendre connaissance des taux de remboursement de leurs patients.

Ainsi, six des 13 ophtalmologistes pratiquant des dépassements sur leur chirurgie de cataracte demandent à leurs patients d'envoyer le devis à leur mutuelle, puis de communiquer au secrétariat médical le taux de remboursement, afin de proposer un acte sans reste à charge. C'est ce qu'explique Romain Dubois dans l'extrait d'entretien suivant :

> « *Je dis toujours à mes patients que pour tout ce qui est chirurgie cataracte standard, je leur donne le devis en consultation préopératoire, ça de toute manière c'est obligatoire. Mais par contre, je l'ajuste en fonction de la prise en charge mutuelle. Donc si la mutuelle dit qu'il y a un reste à charge de 10 euros ou de 100 euros, dans ces cas-là, je m'adapte pour qu'il n'y ait aucun reste à charge au patient.* »
>
> **R. Dubois**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, homme, 40-45 ans, zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

Les médecins qui réalisent de tels ajustements les présentent fréquemment comme des pratiques éthiques, permettant de limiter les restes à charge et facilitant l'accès aux soins.

Pourtant, ces ajustements ne sont pas systématiques : certains ophtalmologistes s'opposent à la prise en compte des assurances complémentaires dans la fixation des prix. Eux aussi argumentent leur position par des justifications éthiques, considérant qu'il serait injuste de faire varier les prix en fonction de la couverture complémentaire des patients.

> « *Je trouve pas ça correct, ceux qui vont dire : "votre mutuelle vous prend 400, je vous prends 400. Celle-là, elle vous en prend que 100, je vous prends que 100". C'est facturer à la tête du client. Moi, non. Il y a un tarif, il est le même pour tout le monde.* »
>
> **T. Farges**, ophtalmologiste en secteur 2, homme, 30-35 ans, zone urbaine intermédiaire socialement intermédiaire, à l'offre de soins élevée

Pour autant, les ajustements aux remboursements des complémentaires ne relèvent pas uniquement d'un débat éthique entre équité des prises en charge et égalité de traitement. En effet, les médecins qui ajustent leur prix en chirurgie selon les assurances complémentaires exercent plus fréquemment en zone urbaine dense, à l'offre de soins élevée. Les autres ophtalmologistes exercent plus souvent en zone urbaine intermédiaire ou rurale, et même si l'offre de soins y est souvent élevée, on peut supposer qu'ils ont moins de concurrence que

les médecins de centres urbains sur l'acte de cataracte. Quentin Costes, par exemple, exerce dans une zone urbaine intermédiaire, préfecture d'un département rural. La commune jouit d'une bonne offre de soins en ophtalmologie, mais pour autant, ce médecin explique avoir des délais d'attente importants pour la cataracte, en raison de la faible proportion d'ophtalmologistes réalisant cet acte dans le département.

> « *Ce qui est le plus embêtant, ce sont les délais de chirurgie. Parce qu'entre le moment où les patients voient un de mes collègues qui leur dit : "Il faut que vous soyez opéré de la cataracte", et le moment où je l'opère vraiment, il y a quasiment 14 mois* […]. *Donc on envoie des camions de patients à la clinique de* [métropole, à 150 kilomètres]. *Tous les patients qui ne peuvent pas attendre un an en fait, tout simplement. Parce qu'il y a quand même des patients qui ne peuvent pas se permettre d'attendre un an, ce serait trop dangereux pour eux, donc on les envoie sur* [métropole]. »
>
> **Q. Costes**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, homme, 35-40 ans,
> zone urbaine intermédiaire socialement intermédiaire, à l'offre de soins élevée

Cet extrait d'entretien contraste avec ceux d'ophtalmologistes installés dans des centres urbains, et qui expliquent déployer des stratégies pour recruter leurs patients en cataracte. Vincent Garnier opère par exemple une clinique à presque vingt kilomètres de son cabinet libéral.

> « *Le fait de m'éloigner de Paris me permet d'avoir un plus grand recrutement pour la cataracte* ».
>
> **V. Garnier**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, homme, 40-45 ans,
> zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée

Dans ce contexte, l'ajustement aux assurances complémentaires apparaît moins comme un geste moral que comme un moyen de capter des patients sur un acte hautement rentable. De tels enjeux ne sont en revanche pas présents dans les zones urbaines intermédiaires ou rurales, où les médecins ont des files d'attente sur ces actes, avec des patients venant de tout le département et n'ayant aucun choix en matière de prix, en raison de l'offre de soins.

Ces ajustements ne s'observent que pour la cataracte – les chirurgies plus spécialisées ne font pas l'objet d'une telle concurrence. Par ailleurs, en dehors de la formalisation des devis, les médecins demandent rarement aux patients leur taux de remboursement.

Ces éléments montrent que les prix de transaction s'inscrivent également dans des marchés localisés du soin, structurés par des niveaux variables de concurrence. La pluralité des écarts observés entre prix affichés et prix effectivement acquittés invite dès lors à dépasser la seule notion de « tact », pour appréhender plus largement les logiques qui président aux ajustements des prix de transaction, qu'elles relèvent de considérations morales, de relations interpersonnelles ou d'intérêts économiques.

Au-delà du prix de transaction, les pratiques d'optimisation des cotations

Certains médecins adoptent également des comportements stratégiques pour maximiser leurs gains. Un des exemples les plus représentatifs de ces comportements est l'usage des cotations. Pour certains actes, les médecins disposent en effet de plusieurs possibilités pour coter leur activité, ce qui peut conduire à des usages à la frontière des règles, sans nécessairement les enfreindre formellement.

Par exemple, en ophtalmologie, la cotation d'une consultation spécialisée inclut en théorie les examens standards de la vue pour un patient en bonne santé. Cette consultation est conventionnée à 23 euros hors Optam, et 31,50 euros en Optam. Or, la moitié des ophtalmologistes rencontrés déclare cette activité sous la combinaison d'actes techniques « vision binoculaire (VB) » et « motricité (MOT) », conventionnée à 38,90 euros, soit une majoration de 15,90 euros hors Optam et 7,40 euros en Optam pour des consultations sans difficulté particulière[20].

En psychiatrie, l'optimisation des cotations est moins fréquente, la palette d'actes cotables étant réduite. Certains psychiatres mobilisent cependant autant que possible les cotations à leur disposition, par exemple en facturant systématiquement les premières consultations comme des évaluations de la dépression, conventionnées à 69,12 euros, contre 42,50 euros hors Optam et 55 euros en Optam pour une consultation standard.

Ces pratiques peuvent, dans certains cas, être cliniquement justifiées – par exemple lorsqu'un psychiatre réalise effectivement une évaluation structurée de la dépression lors de chaque premier rendez-vous – mais elles ne sont pas toujours strictement alignées sur le contenu réel de l'acte. Si certains médecins expliquent que cela permet avant tout d'augmenter le remboursement des patients, beaucoup reconnaissent développer ces stratégies afin de mieux valoriser économiquement leur activité. En psychiatrie notamment, de telles démarches sont plutôt assumées, dans une spécialité qui demeure l'une des moins rémunérées en exercice libéral.

> « *Pour la première consultation, souvent je cote le fameux ALQP003, le dépistage dépression. Mais plus ou moins parce que ça dépend aussi… Pour être parfaitement transparente, ça n'a aucun intérêt clinique de le faire. On le faisait juste pour valoriser notre première consultation.* »
>
> **E. Fabre**, psychiatre en secteur 2, femme, 45-50 ans,
> zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée

Ces usages montrent que la valorisation économique du travail médical ne passe pas uniquement par le niveau des dépassements d'honoraires, mais également par une appropriation stratégique des cotations.

Conclusion

Cette seconde partie a permis de montrer que les prix médicaux sont largement structurés par des scripts de *pricing* institutionnalisés. Ces scripts n'ont pas tous le même poids dans la détermination des prix par les médecins. Certains, comme le paiement à l'acte et l'obligation légale de déterminer une grille tarifaire, sont incontournables pour les médecins. Les autres forment un espace de prix jugés raisonnables au sein duquel ces derniers se positionnent. Ainsi, les tarifs conventionnels établissent une échelle de valeurs aux différents actes. Les prix médicaux s'inscrivent également dans un encadrement social local des prix, effectué par mimétisme à l'échelle territoriale, et en ophtalmologie, fréquemment organisés collectivement. Si l'on pouvait supposer que le secteur 2 atténuerait les écarts de rémunération entre spécialités, au contraire, les logiques de valorisation marchande des actes tendent à les renforcer : les médecins exerçant des spécialités techniques sont en mesure de

[20] En entretien, le cas fictif d'une patiente d'une trentaine d'années, en bonne santé et venant renouveler sa prescription de lunettes, était pris comme exemple pour interroger de manière déclarative ces pratiques de cotation.

pratiquer des dépassements importants et de valoriser un travail déjà mieux valorisé par les conventions médicales.

Dans leurs interactions avec les patients, les médecins peuvent ajuster leurs prix pour rendre leurs services plus accessibles. Ces pratiques d'ajustement apparaissent cependant hétérogènes et ne sauraient garantir à elles seules un accès équitable aux soins. Par ailleurs, les ajustements des prix ne se réduisent pas aux enjeux d'accessibilité, et sont également effectués pour entretenir des relations spécifiques entre praticiens et patients ; ou, de manière stratégique, pour attirer une patientèle sur certains actes faisant l'objet d'une concurrence, comme la chirurgie de la cataracte.

Dans la troisième et dernière partie, nous expliquons l'hétérogénéité des pratiques en matière de fixation de prix en resituant les médecins dans un espace professionnel médical plus large.

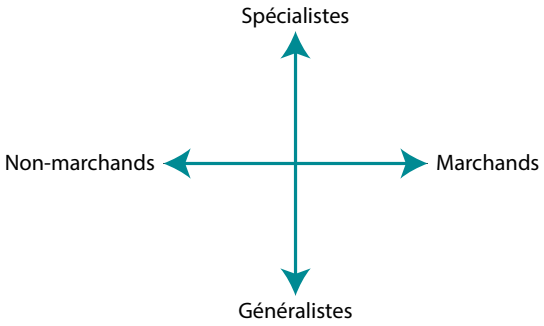
PARTIE 3

L'économie des prix dans l'espace professionnel médical

Au-delà de conventions partagées, nous observons une hétérogénéité dans les prix pratiqués au sein d'une même spécialité dans des contextes d'exercice similaires, ainsi que dans le degré d'ajustement des prix aux situations sociales des patients. L'objectif de cette troisième et dernière partie est ainsi de saisir cette hétérogénéité au sein des spécialités médicales.

Pour cela, nous proposons de relier les prix médicaux à la position qu'occupent les médecins au sein de leur spécialité. En nous appuyant sur les travaux de David Pichonnaz et Kevin Toffel, nous considérons l'espace professionnel médical comme un espace structuré, dans lequel certains médecins disposent de davantage de ressources que d'autres, que celles-ci soient économiques, de prestige symbolique ou professionnelles (Pichonnaz et Toffel, 2026 ; Pinell, 2005). L'objectif est d'identifier des sous-espaces où les médecins partagent une position similaire, ainsi que des pratiques professionnelles et des prix spécifiques (Marchetti, 2002). En nous appuyant sur la littérature sur la profession médicale, nous proposons ici de souligner deux oppositions qui structurent cet espace professionnel : pôles de pratiques généralistes *versus* spécialisées ; logiques non marchandes *versus* marchandes.

Schéma 1 Structure de l'espace professionnel médical selon deux axes



Légende : En fonction de ses caractéristiques et pratiques, chaque professionnel peut être situé à un degré variable des différents axes (Longchamp *et al.*, 2018 ; Pichonnaz et Toffel, 2026).

La première opposition, entre pratiques généralistes et spécialisées, est largement documentée par Pinell qui retrace la façon dont la spécialisation médicale s'est construite historiquement par différenciation progressive des savoirs et des techniques, au travers de luttes de légitimité au sein du champ médical (Pinell, 2005). La seconde opposition, entre logiques non marchandes et marchandes, distingue classiquement les médecins hospitaliers d'un côté – agents publics depuis la réforme de Robert Debré en 1958 (Jamous *et al.*, 1969) – et les médecins libéraux dont le statut, présenté comme garant de l'autonomie professionnelle, suppose que la pratique médicale s'organise comme une activité économique à part entière (Freidson, 1970 ; Hassenteufel, 1997). Il existe bien sûr une porosité entre ces espaces : les médecins peuvent circuler entre les pôles au cours de leur parcours

professionnel, mais aussi se situer à la frontière avec l'exercice privé à l'hôpital (Gelly et Spire, 2022), l'exercice mixte ou encore l'exercice salarié privé.

Dans ces sous-espaces, l'accès aux ressources symboliques et économiques apparaît structuré par la technicité de la spécialité et par le prestige symbolique qui y est associé. Cela entraîne la domination du pôle spécialisé sur le pôle généraliste. Ces hiérarchies découlent de processus sociohistoriques de légitimation et de délégitimation de certaines spécialités, et peuvent être associées à des valorisations subjectives des spécialités centrées sur certaines maladies (comme l'oncologie), sur certains organes (comme la cardiologie) ou encore sur certaines populations (la psychiatrie ou la gériatrie pouvant ainsi être dévalorisées) (Hardy-Dubernet et Faure, 2006 ; Jaisson, 2002).

Les hiérarchies entre pôles marchands et non marchands sont moins évidentes. D'une part, l'élite professionnelle est principalement constituée et tenue par les médecins hospitaliers, accroissant les ressources politiques, sociales et symboliques des médecins exerçant sous ce statut (Hassenteufel, 1997). Parmi eux, les mieux dotés se situent toutefois à la frontière des pôles, en développant un exercice mixte ou privé hospitalier permettant un accès à des ressources économiques sans comparaison avec celles du pôle non marchand.

Dans le cas de notre enquête, ophtalmologistes et psychiatres libéraux en secteur 2 appartiennent aux pôles spécialisés et marchands. En raison de la forte technicité de l'ophtalmologie, les ophtalmologistes disposent de ressources économiques et symboliques plus importantes que les psychiatres.

Notre hypothèse est que cette structure se reproduit au sein de chaque spécialité – et que c'est précisément elle qui permet de rendre compte de l'hétérogénéité des prix observée. Nous commençons par établir la présence de cette structure au sein des spécialités enquêtées en exercice libéral. Nous examinons ensuite ses effets sur les prix pratiqués et sur la représentation du « travail bien fait » par les médecins. Nous montrons enfin que cette structure est dynamique : d'une part, parce que les médecins peuvent changer de position au cours de leur carrière, d'autre part, parce que la structure elle-même semble évoluer dans le temps, entraînant une transformation générationnelle des pratiques liées aux prix médicaux.

3.1. La structure des sous-espaces professionnels en libéral

Des médecins « surspécialisés » aux pratiques courantes

Au sein même des spécialités enquêtées, il est possible d'identifier des pratiques professionnelles plus ou moins « surspécialisées ».

En ophtalmologie, la fragmentation en surspécialités s'est fortement renforcée depuis les années 2000, et est instituée durant l'internat, en particulier à Paris.

> « *Je suis spécialisée en glaucome. En fait, ça, c'est l'avantage et l'inconvénient d'être à Paris. C'est qu'à Paris, il faut quand même relativement vite savoir un peu où on va… Donc, même si c'est un petit organe, il faut savoir vers quel segment on va s'orienter.* »
>
> **E. Marty**, ophtalmologiste en secteur 2, femme, 30-35 ans, zone urbaine dense socialement défavorisée, à l'offre de soins élevée

On distingue ainsi plusieurs surspécialisations selon le type de pathologies ou la partie de l'œil : « en rétine », « en glaucome », « en strabisme », « en paupières »…

Cette surspécialisation se fait selon les stages en internat, et résulte des orientations du lieu de formation, ainsi que des aspirations des ophtalmologistes. Elle se renforce et se confirme durant les deux ans de clinicat ou d'assistanat, où les ophtalmologistes ont davantage la possibilité de pratiquer la chirurgie.

> « *Il y a des services d'ophtalmologie* […], *chacun a vraiment son truc. Moi, je suis dans un service de neuro-ophtalmologie. C'est-à-dire que l'on ne s'occupe que des problèmes de nerf optique ou des nerfs qui donnent des problèmes de strabisme ou de vision double. Et moi, dans tout ça, je ne fais que les strabismes* […], *j'ai fait un assistanat que de ça. Ensuite, je garde cette surspécialité.* »
>
> **E. Cottin**, ophtalmologiste en secteur 2, homme, 40-45 ans,
> zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

Selon les surspécialités et les contextes d'exercice, certains médecins conservent alors en exercice libéral des pratiques chirurgicales et spécialisées. De plus, certains ophtalmologistes se surspécialisent dans les segments les plus rémunérateurs de la spécialité : la chirurgie de la cataracte, souvent associée à une pratique de chirurgie réfractive (laquelle, non conventionnée, permet de corriger la vue) ou de chirurgie esthétique des paupières. Ces surspécialités chirurgicales s'acquièrent davantage en dehors des formations et au cours de l'exercice libéral, avec la pratique. C'est par exemple le cas d'Élise Marty qui, installée en 2024 et initialement formée à la prise en charge du glaucome, cherche à développer ce type de pratique chirurgicale avec le soutien de ses consœurs du cabinet.

> « *Je suis encore en phase de développement, donc sur la chirurgie réfractive par exemple, essayer de me performer là-dedans* […]. *En fait, je me dis que je suis en train de me lancer, si je ne le fais pas du tout, ce n'est pas dans dix ans que je vais m'y remettre. Donc, soit j'essaye maintenant, soit je considère que je fais une croix dessus. Donc là, je me dis que toutes les conditions sont réunies pour essayer. J'ai des collègues qui peuvent m'entourer.* »
>
> **E. Marty**, ophtalmologiste en secteur 2, femme, 30-35 ans,
> zone urbaine dense socialement défavorisée, à l'offre de soins élevée

Ces surspécialités ne sont donc pas figées, également parce que plusieurs ophtalmologistes ayant suivi un clinicat ou un assistanat surspécialisé développent par la suite des pratiques plus courantes.

> « *J'essaye de reproduire dans le cabinet, un peu comme le médecin généraliste, il peut être pour vous, mais pour l'ophtalmo. Que ce soit un peu de l'ophtalmo de quartier.* »
>
> **A. Muguet**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, femme, 40-45 ans,
> zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

Ces ophtalmologistes ont une pratique professionnelle moins chirurgicale et plus diversifiée, englobant le suivi de pathologies de l'œil, le renouvellement de lunettes et la réalisation de petits gestes techniques. Ce sont plus souvent ces ophtalmologistes qui exercent avec une moindre rationalisation de leur travail et un recours plus faible à des professionnels paramédicaux, dans des cabinets plus petits. Cette division interne aux ophtalmologistes libéraux se retrouve dans une typologie proposée par l'Assurance maladie et distinguant six profils de médecins selon le type d'actes réalisés (Bret et Gendreau, 2024). Ils notent ainsi que 39,3 % des ophtalmologistes libéraux (tous secteurs confondus) réalisent une pratique courante sans chirurgie, 30,2 % une pratique courante avec chirurgie, 14,8 % des chirurgies de la cataracte et 1,3 % d'autres types de chirurgie (Bret et Gendreau, 2024). Ces quatre profils correspondent aux ophtalmologistes rencontrés, qui étaient quatre à avoir une pratique courante sans chirurgie, dix une pratique courante avec chirurgie, trois une activité orientée

autour de la chirurgie de la cataracte, et trois autour d'autres chirurgies. En revanche, l'étude de l'Assurance maladie notait encore deux autres profils, les ophtalmologistes libéraux spécialisés en orthoptie (8 %) et ceux réalisant majoritairement des injections intravitréennes (6,5 %) (Bret et Gendreau, 2024), que nous n'avons pas rencontrés dans l'enquête.

En psychiatrie, les surspécialisations sont moins instituées, en ce qu'elles ne sont pas le résultat d'une trajectoire professionnelle spécifique (stages d'internat puis assistanat). De plus, à l'hôpital, les postes se distinguent davantage selon des secteurs d'activité que selon des pathologies spécifiques : urgences, unités pour malades difficiles, psychiatrie générale, postes de liaisons entre différents services, etc. Ces divisions ne se retrouvent pas en libéral. On repère cependant une division entre, d'un côté, des psychiatres avec une forme de surspécialisation, plus ou moins revendiquée comme telle, dans certaines techniques de soins (psychiatrie en thérapie comportementale et cognitive, en EMDR [*Eye movement desensitization and reprocessing*]…), dans certains troubles (traumatologie, sexologie, sommeil…) ou certaines populations (enfants, patients âgés…) ; et de l'autre, des psychiatres prenant en charge tous types de patients et pathologies. Ces surspécialisations s'accompagnent parfois d'une certification *via* l'obtention d'un diplôme universitaire (DU)[21]. C'est le cas de Jonathan Lambert, qui a suivi un DU en sexologie puis un autre en EMDR, une technique mobilisée dans le traitement des traumatismes.

> « *Je me suis retrouvé à faire le DIU [diplôme interuniversitaire] de sexologie* […]. *À chaque fois, avec les victimes d'abus sexuels, tout ça, on parlait de l'EMDR. Du coup, l'EMDR, je l'ai fait à Metz, là où j'avais fait la sexo parce qu'il y a le seul DU EMDR de France. Ils ont créé un module universitaire de psychotrauma couplé à la formation EMDR France traditionnelle, un DU en deux ans.* »
>
> **J. Lambert**, psychiatre en secteur 2 Optam, homme, 40-45 ans,
> zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins moyenne

De telles formations donnent de la légitimité aux psychiatres, qui peuvent ensuite se déclarer « surspécialistes » auprès de leurs patients. Jonathan Lambert a par exemple affiché sur sa plaque à l'entrée de son cabinet « psychiatre sexologue ». Toutefois, ces surspécialités ne sont pas encadrées, et peuvent donc être revendiquées par les médecins en l'absence de certification. C'est le cas de Jean-Claude Le Floch, qui s'est spécialisé dans le suivi d'un trouble spécifique et assez rare[22].

> « *[Pour ce trouble], j'ai appris sur le tas, en réfléchissant, en analysant. C'est une patiente qui est venue me voir. J'ai réfléchi comment la soigner et finalement, ça a marché. Elle m'a envoyé une deuxième patiente, puis une troisième patiente* […]. *Après, j'ai trouvé des étudiants en psycho qui cherchaient des sujets de maîtrise. J'ai dit : "Faites un sujet de maîtrise là-dessus". À force, j'ai monté mes connaissances sur le sujet.* »
>
> **J-C. Le Floch**, psychiatre en secteur 2 Optam, homme, 55-60 ans,
> zone urbaine intermédiaire socialement intermédiaire, à l'offre de soins moyenne

[21] La surspécialisation en pédopsychiatrie est la seule à être fortement instituée, puisqu'elle peut être réalisée dès l'internat et certifiée par l'obtention d'un diplôme d'étude spécialisées complémentaires (DESC) venant clore dix années d'étude de médecine. Cependant, plusieurs psychiatres enquêtés prenaient en charge des enfants sans avoir suivi cette formation spécifique, en raison du faible nombre de pédopsychiatres par rapport à la demande.

[22] Le nombre de psychiatres se revendiquant experts de ce trouble étant assez réduit, nous avons ici choisi de ne pas préciser de quelle pathologie il s'agit afin de préserver l'anonymat du praticien.

La surspécialisation est présentée comme le fruit d'une expertise construite empiriquement, par l'expérience, auprès de patientes atteintes de ce trouble. Ce type de cas se retrouve particulièrement autour de troubles émergents ou peu répandus, où il n'y a pas d'offre de formation, et où les médecins participent parfois à produire des connaissances, à l'image de Jean-Claude Floch qui a publié des ouvrages sur cette thématique.

Par ailleurs, et en miroir avec ce qui est observé en ophtalmologie, certains psychiatres investissent des pratiques courantes, à l'image de Laëtitia Lefebvre.

> « *J'ai une approche très variée et je me considère comme une psychiatre généraliste, ce que je revendique, je trouve qu'il n'y en a pas assez* […]. *Je ne suis allergique à aucun type de thérapie* […]. *Je crois qu'il y a plein de façons d'aider les gens et que c'est surtout l'expérience ou la volonté d'apprendre du thérapeute, qu'il soit psychologue ou psychiatre, qui, à mon avis, fait l'efficience d'un soin.* »
>
> **L. Lefebvre**, psychiatre en secteur 2, femme, 40-45 ans,
> zone urbaine socialement favorisée, à l'offre de soins moyenne

Ces psychiatres « généralistes » ne ciblent pas les populations ou les troubles. Ils ont une pratique souvent orientée autour de la prescription médicamenteuse, plus ou moins adossée à des thérapies souvent qualifiées de « soutien », qui ne s'inscrivent pas nécessairement dans une approche psychothérapeutique spécifique.

De manière transversale aux ophtalmologistes et aux psychiatres, les pratiques de surspécialisation sont plus fréquentes dans les zones urbaines denses à l'offre de soins élevée. Dans les zones rurales, plusieurs médecins expliquent adopter une pratique généraliste en raison de la forte demande de soins, et ce malgré une surspécialisation acquise durant la formation.

> « *De tout, glaucome, DMLA [dégénérescence maculaire liée à l'âge], diabète, cancer, j'ai de tout. De toute façon, on va dire que je suis généraliste, vu qu'il n'y a que nous, et on n'a pas le luxe de faire de la surspécialisation médicale. On voit de tout et tout le monde.* »
>
> **Q. Costes**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, homme, 35-40 ans,
> zone urbaine intermédiaire socialement intermédiaire, à l'offre de soins élevée

La division entre « spécialistes généralistes » et « surspécialistes » reflète ainsi également le marché local du travail médical, une plus grande densité de population et de médecins participant à différencier l'offre.

À l'image de ce qui est observé dans le champ médical dans son ensemble, la surspécialisation dans les deux spécialités étudiées est associée à un nombre plus important de ressources. Tout d'abord, ces médecins sont plus fréquemment investis dans des sociétés savantes ou des associations professionnelles ; en psychiatrie, il s'agit également plus souvent de médecins qui ont un exercice mixte, avec un poste à mi-temps de praticien hospitalier. Ensuite, ces médecins valorisent davantage économiquement leur travail médical, en raison de cette surspécialisation. Cette valorisation ne s'applique pas uniquement aux actes techniques – mécanisme expliqué dans la partie précédente – puisque ces médecins fixent souvent des prix plus élevés que les autres pour l'ensemble de leurs actes, y compris les consultations.

Entre ajustements et désajustements aux dimensions marchandes de l'activité libérale

La santé, associée à de nombreuses dimensions symboliques, est présentée souvent comme un bien incommensurable, ayant une grande valeur, mais « pas de prix » (De Coster, 1975). Les enjeux moraux liés à de tels biens symboliques amènent les acteurs du secteur à un désaveu collectif des intérêts économiques individuels (Bourdieu, 2000 ; Jourdain, 2018). L'autorité de la profession médicale réside également dans cette négation des intérêts économiques, qui permettrait aux médecins de privilégier la santé des patients à leur propre intérêt (Brown, 2025). Cette tension peut toutefois amener à des oppositions normatives entre d'un côté des médecins « altruistes », attachés aux valeurs hippocratiques, et de l'autre des médecins « intéressés », dont l'orientation marchande serait présentée comme une entorse à l'éthique professionnelle (Batifoulier, 2011).

Nous proposons ici de dépasser cette opposition, en nous intéressant plutôt au rapport que les médecins entretiennent avec la dimension marchande de leur activité, c'est-à-dire la capacité à considérer ses services médicaux comme un bien monnayable. À l'hôpital public, les médecins sont éloignés de ces logiques marchandes. Pour autant, cela ne veut pas dire que leurs intérêts personnels ne sont pas en jeu, ou qu'ils sont « purement » altruistes. Ils bénéficient d'ailleurs de rémunérations de leur travail largement supérieures aux salaires moyens français. La dimension marchande de l'activité n'est ainsi pas directement liée à la rémunération ou à un profit plus élevé. Il s'agit d'une manière de concevoir son activité.

L'ensemble des médecins enquêtés se situent dans le pôle marchand de l'espace de la médecine, étant installés en libéral et en secteur 2. Leur rémunération découle directement de la production et de la facturation d'actes médicaux. L'ophtalmologie, comme spécialité majoritairement libérale, apparaît particulièrement propice aux socialisations aux logiques marchandes, là où pour la psychiatrie, au sein de laquelle les médecins sont davantage salariés, ces dimensions économiques peuvent aller moins de soi. Toutefois, comme analysé dans la première partie, les logiques marchandes demeurent légitimes en psychiatrie, dans un contexte où la moindre rémunération de la spécialité justifie le recours au secteur 2 comme moyen de pallier une injustice des conventions médicales – nuisibles à la fois aux revenus des médecins et aux patients, qui, dans cette logique, bénéficiaient de financements insuffisants pour la qualité de leurs soins comparativement à d'autres pathologies.

Au sein des deux spécialités, tous les médecins n'ont pas le même rapport aux logiques marchandes. Certains médecins envisagent d'emblée leur activité comme étant marchande, en lien avec des dispositions sociales antérieurement acquises. C'est notamment le cas pour des médecins dont les parents sont commerçants, membres de professions libérales, voire cadres du privé.

> « *Moi je viens d'une tradition familiale de deux générations de médecins libéraux. Je viens d'un milieu relativement privilégié où j'avais déjà une maman qui était dentiste, et des oncles et des tantes médecins. Avant tout, moi je trouvais la pratique libérale assez sympathique, donc un métier libéral qui me plaisait.* »
>
> **M. Cousin**, psychiatre en secteur 2, homme, 30-35 ans,
> zone urbaine dense favorisée, à l'offre de soins élevée

Pour ces médecins que tout prédestine à l'exercice libéral, les dimensions marchandes de l'activité ne constituent pas un facteur éthique. Ils se conçoivent plus fréquemment comme des chefs d'entreprise, et assument plus facilement leur appartenance au secteur commercial.

> « *C'est un peu une entreprise dans laquelle vous avez des obligations d'une entreprise, et puis des patients à traiter* ».
>
> **J. Klein**, ophtalmologiste en secteur 2, homme, 70-75 ans,
> zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

Pour d'autres médecins, l'entrée dans le libéral représente un apprentissage de ces dimensions marchandes. Ainsi, les médecins qui ont exercé plusieurs années à l'hôpital, comme c'est généralement le cas pour les psychiatres, évoquent souvent un désajustement au moment de leur installation en libéral, où ils et elles apprennent à fixer des prix et facturer leurs actes.

> « *Je pense pas voler mon argent, même si, au départ, j'avais du mal à assumer les 90 euros. Non, ça me semble juste.* [Enquêtrice : Vous aviez du mal à les assumer avec les patients ?] *Oui. Mais ça va maintenant, j'assume. En fait, cette relation à l'argent, comme j'étais à l'hôpital public, on faisait jamais payer les gens. Là, d'avoir un terminal de paiement, j'ai l'impression de jouer à la marchande. Et puis de demander un tarif, enfin de se vendre ! J'avais du mal avec ça, mais c'est vite passé.* »
>
> **M. Pages**, psychiatre en secteur 2, femme, 45-50 ans,
> zone urbaine dense socialement intermédiaire, à l'offre de soins élevée

Pour la plupart, ce désajustement est temporaire : ils intériorisent ensuite les normes marchandes dominantes dans leur espace professionnel, et ce d'autant plus que le recours aux dépassements d'honoraires apparaît légitime pour ces médecins.

Pour certains médecins cependant, ce désajustement ne se résorbe pas, à l'image d'Alexandre Catteau, ophtalmologiste installé en libéral depuis douze ans.

> « *La détermination, le rapport aux tarifs et à la facturation, c'est un énorme problème parce qu'en fait, quand on est à l'hôpital, on ne s'en occupe jamais c'est-à-dire qu'on a même tendance à ne pas coter parce qu'on s'en fout complètement, et c'est cela qui entraîne des pertes à l'hôpital. Et, quand on arrive en secteur 2 et qu'on s'installe, on est obligé de facturer des dépassements. Et là aussi, c'est très problématique parce qu'on n'a pas la formation pour et le rapport à l'argent est très désagréable parce qu'on n'y est jamais confronté durant toutes nos études ou autres.* »
>
> **A. Catteau**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, homme, 40-45 ans,
> zone urbaine dense socialement défavorisée, à l'offre de soins élevée

Même après plusieurs années d'exercice libéral, ces médecins maintiennent une distance avec les dimensions commerciales de leur activité. Cette distance est souvent liée à une origine sociale dans des familles de fonctionnaires, ou à des socialisations politiques, militantes ou professionnelles éloignées de la culture libérale. Dans le cas d'Alexandre Catteau, sa surspécialisation dans des pathologies lourdes de l'œil l'avait amené à envisager une carrière plutôt hospitalière. Finalement installé en libéral, il conserve une certaine distance avec ce secteur d'activité. Engagé syndicalement, il occupe au sein de plusieurs instances professionnelles des missions liées à l'éthique professionnelle.

La proximité ou l'éloignement des logiques marchandes a un lien direct avec la détermination des prix. Les médecins les plus proches du pôle marchand considèrent les prix comme un moyen de donner de la valeur à leur travail – et au soin – dans l'interaction avec les patients. Ces médecins pratiquent peu le tiers payant, parce qu'ils considèrent qu'il est nécessaire que les patients prennent conscience du « coût » de leurs soins.

> « *Nous, ce qui nous semble important et sur quoi on s'est battus, c'est qu'on n'a jamais voulu faire le tiers payant intégral. Pour moi, c'est très important que les patients se rendent compte du coût de la médecine. Je refuse* […]. *Pour moi, c'est important que les gens se rendent compte que la médecine, c'est pas gratuit, qu'on est un centre de qualité et que la médecine ça a un coût.* »
>
> **V. Garnier**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, homme, 40-45 ans, zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée

Pour ces médecins, la marchandisation de la santé ne s'inscrit pas dans une dévaluation symbolique du travail médical, mais participe au contraire à reconnaître sa valeur spécifique, sa dimension symbolique. Puisque la santé n'a pas de « coût », il faut savoir y mettre le prix, notamment face à d'autres dépenses (coiffeur, esthéticienne…) considérées comme non-essentielles par les médecins. Cette même logique participe à justifier la pratique de dépassements d'honoraires, et parfois le refus d'ajustement des prix pour les patients rencontrant des difficultés économiques. Dans cette perspective, le prix devient un outil moralisateur et éducatif des patients, devant permettre de les responsabiliser dans leur consommation de soins.

À l'inverse, les médecins les plus éloignés de la logique marchande adhèrent à une vision des soins comme devant être, si ce n'est gratuits, au moins financièrement accessibles à tous, dans la continuité de l'exercice hospitalier. Ces médecins décrivent les dépassements d'honoraires comme un arbitrage permanent entre accès aux soins et intérêt personnel.

> « *Là, je vous livre un peu la question des tarifs et du financier. J'ai travaillé douze ans en psychiatrie publique, la question de faire payer les patients se posait pas. Sur cinq années d'exercice en libéral, je me trouve de plus en plus avec un dilemme. Le tact et mesure, ils nous laissent finalement seuls juges. Qui sont les patients à qui ce serait justifié de faire payer plus ?* »
>
> **E. Fabre**, psychiatre en secteur 2, femme, 45-50 ans, zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée

Contrairement à l'extrait d'entretien précédent avec Margeaux Pages, pour qui le désajustement est « vite passé », Estelle Fabre exprime un décalage grandissant entre sa pratique clinique et sa pratique marchande. Cela amène ces médecins, plus éloignés des logiques marchandes, à une moindre valorisation économique de leur activité médicale, que ce soit par la détermination de prix plus bas ou la pratique plus importante d'ajustements selon le profil social des patients. Ces pratiques ne se déclinent pas tout à fait de la même manière selon le degré de surspécialisation des médecins, comme nous allons le voir à présent.

3.2. Structure de l'espace médical et pratiques professionnelles

Le croisement de ces deux oppositions permet d'identifier quatre sous-espaces de pratiques professionnelles. Ces sous-espaces occupent des places différenciées dans le marché du travail médical, qui se traduit par des pratiques de prix distinctes. Cette position dépend également du contexte local d'exercice, et notamment de la densité médicale du territoire et du profil socioéconomique de la patientèle disponible.

Tableau 5 Quatre sous-espaces de pratiques professionnelles

	Pôle « surspécialisé »	Pôle « spécialistes généralistes »
Proximité aux logiques marchandes	Pratiques élitistes	Pratiques stratégiques
Distance aux logiques marchandes	Pratiques pragmatiques	Pratiques universalistes

L'espace professionnel permet de comprendre ces pratiques, non pas en les enfermant dans des catégories fermées, mais en situant les médecins en fonction d'une position plus ou moins spécialisée, plus ou moins marchande, afin de comprendre les variations au sein des sous-espaces.

Nous allons revenir sur chaque sous-espace de pratiques ci-après ; puis nous détaillerons de manière croisée la question de la qualité des soins et de la perception du « travail bien fait » dans ces sous-espaces.

Quatre sous-espaces de pratiques

Les pratiques élitistes

Ce sous-espace de pratiques est caractérisé à la fois par une forte surspécialisation et par une grande proximité avec les dimensions marchandes et entrepreneuriales de l'activité médicale.

En ophtalmologie, il s'agit des médecins qui ont une pratique chirurgicale majoritaire, principalement avec des actes liés à la cataracte ou des chirurgies non conventionnées, comme la chirurgie de la réfraction ou la chirurgie esthétique des paupières. Plusieurs de ces ophtalmologistes salarient des confrères pour proposer à leurs patients, dans le même cabinet, des soins courants alors majoritairement assurés par ces médecins salariés.

En psychiatrie, ces médecins sont spécialisés dans le suivi de certains troubles spécifiques comme ceux liés à l'attention, à la bipolarité ou à d'autres populations. Ce sont plus souvent ces psychiatres qui conservent un exercice mixte, notamment comme praticiens hospitaliers. Ils exercent plus souvent seuls, ou dans des cabinets sans coordination.

Leur temps de travail moyen en libéral est le plus bas des médecins enquêtés (en moyenne 33 heures hebdomadaires), mais c'est également parce qu'ils ont souvent des activités en dehors de l'exercice libéral, rémunérées ou non, ce qui les rapproche finalement des moyennes sur le temps de travail hebdomadaire (environ 44 heures).

Socialement, ces médecins sont plus souvent des hommes que des femmes ; ils sont dispersés en âge. Leurs origines sociales sont variées, mais il s'agit du sous-espace de pratiques où l'on trouve le plus d'enfants d'ouvriers ou d'employés avec des trajectoires de forte ascension sociale.

Ils exercent principalement dans des zones urbaines denses, socialement favorisées et où l'offre de soins est élevée. Ces territoires favorisent et permettent de telles pratiques professionnelles. Certains médecins en sont conscients en amont de leur installation, et choisissent leur lieu d'exercice afin de s'assurer une patientèle aisée.

> « *La démographie médicale, et surtout les profils de précarité plus ou moins des bassins de vie, ça compte énormément dans la pratique de la psychiatrie. Moi c'est pas un hasard, la raison pour laquelle je suis ici. Vous êtes dans un des plus beaux quartiers de [la ville]* […]. *C'est pas un hasard.* »
>
> **M. Cousin**, psychiatre en secteur 2, homme, 30-35 ans, zone urbaine dense favorisée, à l'offre de soins élevée

Ces médecins qui cumulent aisance avec les dimensions marchandes de leur activité et actes techniques ou spécialisés sont tout à fait disposés à valoriser économiquement leurs pratiques professionnelles. Sans surprise, c'est parmi ce sous-espace de pratiques que l'on trouve les prix les plus élevés. En ophtalmologie, les taux de dépassements en consultation sont en moyenne de 157 %, et montent jusqu'à 320 %. Cela montre qu'au-delà de la valorisation des actes techniques, les prix médicaux dans leur ensemble sont pensés en fonction de la position des médecins dans la structure de l'espace professionnel. Les cataractes ont également des taux de dépassements supérieurs à 100 %. Pour les psychiatres, ces taux s'échelonnent entre 90 % et 205 % du tarif conventionnel, avec un taux moyen de 150 %. C'est également parmi ces médecins que l'on trouve le plus de praticiens qui revendiquent ne jamais pratiquer d'actes au tarif opposable ni d'ajustements pour les patients en difficulté sociale. Ces praticiens sont très rarement adhérents à l'Optam.

Il n'est pas évident d'analyser les rémunérations déclarées par les médecins en entretien[23]. Toutefois, il faut noter que les rémunérations libérales moyennes déclarées par ces médecins aux pratiques « élitistes » sont les plus élevées de l'échantillon, et c'est parmi eux que l'on trouve les plus hautes rémunérations. Ainsi, en ophtalmologie, le médecin le mieux rémunéré de l'enquête déclarait un revenu de 360 000 euros net par an, tandis que les ophtalmologistes en secteur 2 ont un revenu libéral moyen de 203 300 euros annuels. En psychiatrie, les médecins les mieux rémunérés déclaraient un revenu net annuel de 120 000 euros, contre un revenu libéral moyen annuel en secteur 2 de 79 400 euros.

Les pratiques pragmatiques

Le second sous-espace de pratiques professionnelles est constitué de médecins spécialistes éloignés des logiques marchandes de leur activité.

En ophtalmologie, on retrouve des médecins spécialisés dans des pathologies lourdes (cancer, éviscération, strabisme sérieux, etc.), qui se destinaient plutôt à l'exercice hospitalier initialement, en raison de leur surspécialité. Les actes techniques associés à leurs pathologies font partie de ceux qui ont le plus de valeur symbolique, en ce qu'ils sont présentés comme particulièrement utiles à la société. Pour autant, ces surspécialités sont loin d'être les plus prestigieuses au sein de l'espace de l'ophtalmologie.

> « *La plupart des internes d'ophtalmologie, quand ils commencent l'ophtalmologie, ils veulent tous faire de la chirurgie de la cataracte, de la chirurgie réfractive ou de la chirurgie de rétine* ».
>
> **E. Cottin**, ophtalmologiste en secteur 2, homme, 40-45 ans, zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

[23] La méthode d'entretien n'est pas idéale pour estimer un niveau de revenu, d'abord parce que les enquêtés ont tendance à sous-déclarer leur rémunération pendant l'entretien (Sherman, 2017). Ensuite, il n'est pas toujours évident de saisir de quelle rémunération les enquêtés parlent : chiffre d'affaires, revenu net déclaré aux impôts, revenus perçus… Demander trop de précision sur ces questions taboues pourrait affecter la relation de confiance mise en place pendant l'entretien. Par ailleurs, l'hétérogénéité entre les prix, charges professionnelles, temps et rythmes de travail rend difficile de tirer des conclusions en méthodes qualitatives.

Ils exercent plus souvent dans des cabinets collectifs de taille moyenne à importante.

En psychiatrie, on retrouve plutôt les médecins spécialisés dans des thérapies d'inspiration comportementale (thérapies comportementales et cognitives, EMDR), ou dans les troubles du sommeil. Ils exercent le plus souvent dans des cabinets collectifs, avec ou sans coordination.

Ces médecins se caractérisent par un temps de travail libéral relativement important, avec en moyenne 41 heures hebdomadaires d'activité clinique, et en moyenne 47 heures de travail hebdomadaire total. Ils ont parfois des engagements supplémentaires dans des sociétés savantes ou un syndicat.

Ces médecins sont de genre et d'âge diversifiés et s'inscrivent généralement dans des trajectoires de reproduction sociale (enfants de médecins ou de cadres).

Ils exercent dans des zones urbaines denses ou intermédiaires, dans des territoires marqués par une certaine mixité sociale, voire défavorisés, ce qui les distingue fortement des médecins du sous-espace de pratiques précédent. L'offre de soins est moyenne à élevée dans leurs communes d'exercice.

Ils pratiquent des dépassements d'honoraires qui peuvent être à des taux élevés : entre 50 et 90 % de dépassements pour les consultations en ophtalmologie (en moyenne 96 %) ; et entre 35 et 140 % de dépassements pour la cataracte. En psychiatrie, le taux de dépassements varie de 60 à 85 % (en moyenne 54 %). Contrairement aux médecins du sous-espace élitiste, ils pratiquent tous de manière très régulière des actes au tarif opposable, avec des ajustements réguliers selon les profils des patients. Ainsi, ils déclarent pratiquer les tarifs opposables pour 40 à 90 % de leur activité. Leur pratique de dépassements d'honoraires est ainsi ciblée sur les patients qu'ils perçoivent comme disposant d'une situation financière favorable.

> « *Je fais des dépassements lorsque le milieu social des patients est tout à fait bon, lorsque je n'ai pas l'impression que cela aura des conséquences pour les patients.* »
>
> **A. Catteau**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, homme, 40-45 ans, zone urbaine dense socialement défavorisée, à l'offre de soins élevée

Cette pratique pragmatique des dépassements d'honoraires permet de concilier valorisation de l'activité médicale et distance relative aux logiques marchandes, en cherchant à garantir un accès financier aux soins pour tous les patients. Ces médecins sont également le plus souvent adhérents à l'Optam.

Les pratiques universalistes

Évoquons à présent les médecins spécialistes aux pratiques courantes, avec un premier sous-espace où les médecins sont relativement éloignés des logiques marchandes. Bien qu'installés en secteur 2, leurs pratiques professionnelles et tarifaires semblent se rapprocher des libéraux exerçant en secteur 1[24].

[24] Il faudrait cependant réaliser quelques entretiens en secteur 1 pour confirmer ce fait. Côté ophtalmologistes, les données de l'Assurance maladie confirment que la majorité des ophtalmologies avec une pratique courante sans chirurgie exercent en secteur 1 (55 %) (Bret et Gendreau, 2024).

En ophtalmologie, ces médecins ont une pratique variée, avec le renouvellement de lunettes, le suivi de pathologies et, de manière peu fréquente, des chirurgies de la cataracte. Ils exercent dans des cabinets plutôt restreints (moins de cinq ophtalmologistes) et pour certains, avec seulement un ou deux salariés et une faible division du travail.

En psychiatrie, ces médecins se distinguent par une pratique avec très peu de psychothérapie, orientée vers la prescription de traitements médicamenteux et leur suivi. Les psychothérapies ne sont pas déconsidérées par ces psychiatres, mais elles sont déléguées à des psychologues. Ils ont ainsi des consultations plus courtes (15 à 30 minutes) que les autres psychiatres enquêtés. Leurs conditions d'exercice, isolé ou regroupé, sont variées.

Ces médecins sont ceux qui ont les temps de travail clinique les plus importants, avec en moyenne 43 heures par semaine pour 47,3 heures de travail hebdomadaire au total.

Si, pour les ophtalmologistes, il s'agit plutôt de femmes, pour les psychiatres ce sont davantage des hommes. Ce contraste s'explique par le type de pratiques professionnelles associé à ce sous-espace dans chaque spécialité. En ophtalmologie, la réalisation de pratiques courantes est plutôt liée à une moindre division du travail, pouvant être investie par des femmes soucieuses de conserver les dimensions relationnelles de leur activité. En psychiatrie au contraire, ce sous-espace est plutôt lié à des pratiques productivistes, les médecins réalisant des consultations plus courtes.

Ces médecins sont en moyenne plus âgés que les autres enquêtés, particulièrement chez les psychiatres où l'on retrouve majoritairement des praticiens âgés de plus de 60 ans. C'est également le sous-espace où l'on identifie le plus d'enfants de fonctionnaires.

Leurs contextes d'exercice sont hétérogènes, aussi bien sur le type de territoire (rural/urbain) que sur l'offre de soins (faible à élevée). Ils exercent plutôt dans des territoires socialement intermédiaires, bien qu'il existe aussi une variabilité sur cette question.

Ces médecins pratiquent des dépassements d'honoraires restreints : en ophtalmologie, moins de 30 % de dépassements pour les consultations, et aucun sur les cataractes. En psychiatrie, le prix le plus courant est le tarif opposable, et les dépassements sont concentrés sur une petite proportion de la patientèle à laquelle ils proposent des horaires spécifiques ou des consultations plus longues.

> « *Quand c'est très difficile [la prise en charge], je leur fais payer un peu plus que le tarif conventionnel parce que ça demande de l'énergie. Les gens qui ont une CMU, on va pas leur demander plus. Mais les gens qui sont médecins à la retraite, bon* […]. *Ça dépend des statuts sociaux. Si les gens ont de l'argent, il y a le secteur 2* […]. *Moi, je me fais pas payer énormément. S'ils sont cinq ou six personnes sur toute ma patientèle qui sont en dépassements d'honoraires. Sur l'ensemble de la clientèle. Ils ont peut-être 10 % de la valeur de notre consultation* [de dépassements]. »
>
> **P. Schneider**, psychiatre en secteur 2 Optam, homme, 60-65 ans,
> zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins faible

Si les ophtalmologistes de ce sous-espace pratiquent plus régulièrement des dépassements, ils n'ont pour autant aucune difficulté à proposer des ajustements des prix pour les patients en difficulté économique.

> « *Mais vous voyez, quelqu'un qui me dit : "J'ai des difficultés !" eh bien, ma foi, on va faire un acte gratuit, il n'y a pas de problème. Cela ne me pose aucun problème.* »
>
> **S. Meyer**, ophtalmologiste en secteur 2, femme, 60-65 ans, zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée

Ces médecins sont également en majorité adhérents à l'Optam.

Les pratiques stratégiques

Les médecins positionnés dans le sous-espace de pratiques stratégiques ont des approches sans surspécialisation, mais où la dimension marchande est plus importante que dans le pôle de pratiques précédent.

En ophtalmologie, la plupart a une pratique courante, voire une pratique orientée vers le suivi de pathologies, et beaucoup consacrent une à deux demi-journées par semaine aux chirurgies de la cataracte. Ils exercent majoritairement en groupes de taille variée.

En psychiatrie, les médecins accordent une place importante aux psychothérapies de soutien. Ils ont ainsi des durées de consultation globalement plus élevées que les psychiatres aux pratiques universalistes (30 à 45 minutes). Quelques-uns ont un exercice mixte, à l'hôpital ou dans d'autres types d'exercice salarié.

Leur temps de travail clinique s'élève à 36,5 heures par semaine, et il s'agit des médecins qui ont le temps de travail total le plus bas, avec 42 heures par semaine.

Ce sont majoritairement des femmes, qui sont plutôt plus jeunes que la moyenne des médecins enquêtés. La plupart sont dans des trajectoires de reproduction sociale (enfants de médecins, de cadres). Cette catégorie regroupait plus d'un tiers des médecins enquêtés, ce qui peut cependant être lié au fait que notre échantillon était particulièrement jeune.

Ils exercent dans des villes denses ou intermédiaires, à l'offre de soins et à la situation sociale très variable.

En ophtalmologie, les taux de dépassements pour les consultations varient entre 40 et 160 %, avec une majorité pratiquant moins de 100 % de taux de consultations. Pour les cataractes, les taux de dépassements vont de 30 à 190 % de dépassements, avec une grande variabilité. En psychiatrie, ces taux s'échelonnent de 60 à 160 %. Cette variabilité s'explique par les différents contextes d'exercice, comme abordé précédemment.

La grande majorité des médecins de ce sous-espace déclarent ajuster ponctuellement leur prix pour les patients en difficulté sociale. Cependant, dans leur déclaration, ces adaptations restent très rares, accordées pour quelques patients chaque année.

> « *Quand c'est un frein, je m'adapte. Après, j'ai pas des dizaines de patients dans cette situation* ».
>
> **E. Bayer**, psychiatre en secteur 2 Optam, femme, 35-40 ans, zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins faible

Un quart de ces médecins sont adhérents à l'Optam, davantage en ophtalmologie qu'en psychiatrie.

Accessibilité financière et qualité des soins

La qualité des soins peut être définie selon plusieurs dimensions : les délais de prises en charge ; la sécurité des patients ; les résultats des soins ; l'expérience du patient ou encore la qualité de la relation thérapeutique (écoute, informations reçues), etc. Ces dimensions, plus ou moins objectivables quantitativement, ne sont pas évaluables à partir des données déclaratives recueillies en entretien. Cette enquête ne permet donc pas de savoir si les patients ayant peu de moyens financiers ont accès à des soins de moins bonne qualité, au regard des dimensions précitées.

En revanche, selon la position des médecins dans la structure de l'espace médical, les services qu'ils proposent aux patients ne sont pas les mêmes. Il est ainsi possible de noter, selon les sous-espaces de pratiques d'une part, des différences d'accès financier aux soins, et d'autre part, des définitions différenciées du « travail bien fait » (Pichonnaz et Toffel, 2026).

Qualité et pratiques élitistes : des soins pensés pour une patientèle aisée

Dans le sous-espace de pratiques élitistes, les médecins revendiquent pratiquer une médecine « cinq étoiles », « d'excellence ». Ils se réclament d'une grande expertise sectorielle et destinent leurs services à une patientèle aisée. Les soins seraient d'une qualité « exceptionnelle », justifiant la pratique des dépassements.

> « *Le secteur 2 vous oblige à une certaine qualité. Le secteur 2 vous oblige à avoir un équipement adapté. Un secteur 2 vous oblige à avoir un service adapté avec du secrétariat, etc.* […]. *J'ai le sentiment personnel que quand je demande un complément d'honoraires à mes patients, c'est parce que j'ai opéré peut-être 10 000 cataractes dans ma carrière* […]. *Les gens viennent me voir, et mon associé, pour la qualité, parce que le centre a une réputation dans la qualité des soins. Les gens viennent se faire opérer par moi parce qu'ils sont en confiance, parce qu'ils savent très bien qu'il va y avoir un complément d'honoraires, mais quand on se fait opérer des yeux, bon ben voilà… Cela fait partie des sommes que l'on décide.* »
>
> **J. Klein**, ophtalmologiste en secteur 2, homme, 70-75 ans,
> zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

Ici, des signaux de qualité sont mis en place pour justifier de leur prix et attirer une patientèle fortunée. Il n'est pas rare que les médecins laissent ouverts les avis Google (excellents pour ces médecins) ; ils mettent également en place des sites Internet personnels pour y présenter leurs services ; ils favorisent l'exercice dans des cabinets situés dans des centres urbains favorisés.

> « *Comme j'avais le choix, par orgueil, je me suis toujours dit : je vais faire de la psychiatrie cinq étoiles. La psychiatrie cinq étoiles, c'est un type de client avec une somme d'argent. C'est un peu cruel de dire ça, mais je vais pas faire de la psychiatrie de cantine. Le fait d'avoir le choix d'être financièrement à l'aise, ça me permet finalement de faire des choses. Mes consultations coûtent cher, mais il y a un service derrière. Et derrière, je fais plein de choses gratuites. Par exemple, je tiens un blog, qui est très achalandé. Actuellement, je tiens un Instagram où je mets une chose tous les jours.* »
>
> **J-C. Le Floch**, psychiatre en secteur 2 Optam, homme, 55-60 ans,
> zone urbaine intermédiaire socialement intermédiaire, à l'offre de soins moyenne

Ces médecins investissent ainsi de leur temps et de l'argent dans ces signaux de qualité, qui participent également à attirer une patientèle aisée en distinguant leurs services de ceux des autres médecins.

Ces médecins ne sont pas ou peu accessibles aux patients sans moyens financiers, par stratégie. S'il arrive qu'ils en prennent quelques-uns dans leur patientèle, cela reste marginal. Au sein de leur patientèle, deux psychiatres admettent espacer les consultations pour des patients aux faibles moyens, plutôt que de proposer de baisser leurs dépassements d'honoraires.

> « *J'ai des patients pour qui je sais que c'est cher, des fois, ce n'est pas que je fais moins de dépassements, mais honnêtement, j'essaye de faire le minimum indispensable, tout en assurant* […]. *Ceux pour qui je dois renouveler le traitement tous les mois, je saute et je leur renvoie le traitement directement sans faire la consult' et sans facturer la consultation.* »
>
> **L. Gommez**, psychiatre en secteur 2, 35-40 ans,
> zone urbaine socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

Ces exemples montrent qu'il est possible de trouver des différenciations dans la prise en charge des patients selon leurs moyens financiers au sein de leur patientèle, sans pouvoir généraliser ce résultat.

Aucun médecin ne déclare refuser de patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire[25], mais tous ont une part réduite de leur patientèle bénéficiaire de la C2S (de 0 à 8 %). Un de ces médecins déclare recevoir les patients C2S, sous réserve qu'ils acceptent de payer les dépassements d'honoraires, ce qui est illégal.

> « *Quand on va dans un restaurant 5 étoiles, on n'a pas un menu à… Moi, j'ai choisi ce créneau, ça répond à un service, ça répond à une demande sociale. Il y a d'autres gens qui font autrement. Il y a les CMP* [centres médico-psychologiques], *il y a autre chose. J'ai pas de raison de pas faire ce qui me plaît et ce qui est possible. J'assume mon choix, ma posture et ma prestation.* »
>
> **J-C. Le Floch**, psychiatre en secteur 2 Optam, homme, 55-60 ans,
> zone urbaine intermédiaire socialement intermédiaire, à l'offre de soins moyenne

Ainsi, ces médecins assument de pratiquer une médecine « à double vitesse », où les patients aisés paient pour un service qui n'est, par définition et de manière stratégique, pas accessible aux patients pauvres. L'enquête ne permet cependant pas de dire si ce service est, dans les faits, de meilleure qualité que celui des autres médecins.

Le « travail bien fait » avant l'accès aux soins : les pratiques stratégiques

Les médecins du sous-espace de pratiques stratégiques n'ont pas une approche surspécialisée. Sans se revendiquer de soins « d'excellence », ils présentent les dépassements d'honoraires comme un moyen de garantir des soins de qualité. Cette qualité des soins se traduit différemment selon les spécialités.

En ophtalmologie, les médecins mettent l'accent sur les coûts importants liés à ces pratiques qualitatives, qui se traduisent notamment dans le financement de personnel pour prendre en charge davantage de patients et réduire les délais d'attente, mais aussi pour concentrer la consultation sur les dimensions relationnelles.

---

[25] De manière générale, aucun médecin enquêté n'a déclaré refuser des patients bénéficiaires de la C2S, ce qui est surprenant au regard d'enquêtes par *testing* montrant des taux de refus de ce type de patients plus fréquents chez les médecins spécialistes en secteur 2 (Chareyron *et al.*, 2019 ; Desprès, 2009). Cela est sans aucun doute lié à la méthode d'enquête, par entretiens, peu adaptée pour recueillir ce type d'informations.

> « *Le travail aidé, c'est un gain de qualité de travail qui est gigantesque puisque du coup on s'épuise pas sur des petits trucs. On garde notre esprit focus sur la synthèse et surtout le temps médical. Expliquer aux patients, leur dire : "je vais vous opérer de ça", pour moi c'est indispensable. Encore une fois, on peut toujours dire qu'on peut travailler tout seul, mais on ne verra pas autant de patients. On verra pas autant de patients, on n'aura pas beaucoup de temps à leur consacrer* […]. *On fait de la médecine de meilleure qualité, clairement.* »
>
> **P. Abassi**, ophtalmologiste en secteur 2 Optam, homme, 30-35 ans, zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée

Les dépassements d'honoraires sont également justifiés par l'investissement dans un matériel médical de pointe, également présenté comme un levier de qualité des soins.

Du côté des psychiatres, la durée des consultations est mise en avant. Ainsi, les psychiatres de ce sous-espace de pratiques mettent en place des psychothérapies avec leurs patients. Leur temps de consultation est souvent supérieur à 30 minutes.

> « *Selon la façon de travailler du psychiatre, c'est très différent… Ce d'autant que moi, je fais des consultations longues. Honnêtement, je fais des consultations qui durent 45 minutes donc, franchement, le secteur 1, ce n'est pas viable* […]. *Pour tout vous dire, c'est terrible à dire* […], *les rares psychiatres que je connais en secteur 1, je les trouve nuls.* »
>
> **L. Lefebvre**, psychiatre en secteur 2, femme, 40-45 ans, zone urbaine socialement favorisée, à l'offre de soins moyenne

Cette durée de consultation plus longue, dépendante de dépassements d'honoraires permettant un maintien de la rémunération médicale malgré une moindre productivité, est considérée par ces psychiatres comme liée à des soins de meilleure qualité.

Globalement, ces médecins investissent les dépassements d'honoraires comme un moyen de se garantir les conditions d'un « travail bien fait », sans pour autant diminuer leurs rémunérations. Ils revendiquent de ne pas faire de différenciation des soins au sein de leur patientèle. Cependant, comme ils ajustent assez rarement leur prix, ces soins restent destinés et financièrement accessibles à une patientèle qui a dans l'ensemble, la possibilité de payer des dépassements d'honoraires.

Ces médecins revendiquent recevoir sans distinction les patients affiliés à la C2S. Leur part de patients affiliés à la C2S est très variable, entre un faible pourcentage et jusqu'à 40 %, dépendant en grande partie de leur territoire d'exercice.

L'accès aux soins avant tout : les sous-espaces distants du pôle marchand

Dans les deux sous-espaces de pratiques éloignés du pôle marchand (pragmatiques et universalistes), les médecins priorisent un accès universel aux soins. Cela se traduit par des pratiques différenciées selon le genre des médecins.

Chez les hommes de ces sous-espaces, les médecins privilégient des pratiques productivistes : horaires de travail étendus, temps de consultation réduits. En ophtalmologie comme en psychiatrie, ce sont chez ces médecins que l'on trouve les temps de consultation les plus bas. Ces approches productivistes permettent à la fois de recevoir un nombre plus important de patients, réduisant files et délais d'attente, mais également de « compenser » de faibles dépassements d'honoraires.

> « *Ce que je fais maintenant, je fais des consult' de 15 minutes* […]. *Moi, je suis en secteur 2 Optam* [sous-entendu : avec peu de dépassements]. *Du coup ça m'arrange de faire en quinze minutes.* »
>
> **C. Faure**, psychiatre en secteur 2 Optam, homme, 30-35 ans,
> zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée

Les pratiques de consultation plus courtes chez les hommes sont observées chez les médecins généralistes (Jakoubovitch *et al.*, 2012). Elles correspondent à des socialisations de genre, où les femmes tendent à accorder davantage d'importance aux dimensions relationnelles dans leur pratique médicale (Morize, 2026).

Les femmes de ce sous-espace de pratiques ont des pratiques professionnelles similaires à celles des femmes médecins du sous-espace stratégique : elles privilégient des temps de consultation plutôt longs, permettant de réaliser un travail relationnel avec les patients. Elles ont également des horaires de travail moins étendus que leurs confrères masculins, en moyenne. Cependant, contrairement aux médecins des sous-espaces de pratiques élitistes et stratégiques, elles pratiquent peu de dépassements d'honoraires. Ces temporalités professionnelles assorties à des pratiques de prix peu revalorisés entraînent alors des écarts de rémunération parfois importants avec les moyennes de leur spécialité en secteur 2. Ainsi, Amélie Muguet, ophtalmologiste, travaille 46 heures par semaine. Ses consultations durent en moyenne quinze minutes, et elle déclare une rémunération annuelle nette de 90 000 euros, alors que le revenu d'activité libéral moyen des ophtalmologistes en secteur 2 est de 203 300 euros (Dixte et Loussouarn, 2024). De même, Estelle Fabre, psychiatre, travaille 36 heures par semaine, avec des consultations moyennes de 30 minutes. Elle déclare une rémunération annuelle nette de 31 000 euros, alors que le revenu d'activité libéral moyen des psychiatres en secteur 2 est de 79 400 euros (Dixte et Loussouarn, 2024). Parmi les médecins installés depuis plusieurs années[26], il s'agit des médecins ayant les rémunérations les moins élevées.

Ainsi, la distance aux logiques marchandes ne produit pas les mêmes effets sur les revenus des médecins selon les pratiques professionnelles. Certains médecins, *a fortiori* plutôt des hommes, adoptent des pratiques productivistes qui permettent de compenser les faibles dépassements d'honoraires, et de maintenir des rémunérations plus proches de celles de la moyenne de leur spécialité. D'autres médecins, plutôt des femmes, partagent les mêmes représentations du « travail bien fait » que dans les pôles stratégiques et privilégient des temps de consultation plus longs. Ce sont également celles qui ont les rémunérations les moins élevées de leur spécialité, parmi les médecins enquêtés.

3.3. Une structure dynamique : comprendre l'évolution des prix médicaux

Cette présentation pourrait donner l'impression d'un espace figé, peu à même d'expliquer les évolutions des prix, qu'elles soient individuelles ou structurelles. Or, la notion d'espace professionnel permet au contraire de resituer les pratiques tarifaires dans une perspective dynamique. Elle rend compte, d'une part, des évolutions individuelles inscrites dans les trajectoires des médecins, liées à des changements de position au sein de l'espace. D'autre part, des évolutions générationnelles, produites par des transformations dans la structure même de l'espace médical, éclairant des dynamiques générationnelles.

[26] Pour les médecins récemment installés, il n'a pas toujours été possible d'estimer le montant de leurs revenus annuels.

Evolutions entre les pôles au cours de la trajectoire professionnelle

Les positions des médecins au sein de l'espace professionnel ne sont pas figées : il est possible de passer d'un sous-espace à un autre au cours d'une carrière. Ces trajectoires permettent de resituer les pratiques tarifaires dans leurs contextes sociaux d'exercice et dans des dynamiques plus larges. Pour l'illustrer, nous avons retenu deux cas éclairants d'évolution dans l'espace professionnel. Premièrement, Anaïs Meynard, ophtalmologiste, passe d'un sous-pôle de pratiques élitistes à des pratiques stratégiques. Cette évolution est principalement liée à un déménagement, qui a entraîné une reconfiguration de sa patientèle et des services qu'elle propose. Deuxièmement, Julien Girard, psychiatre, évolue progressivement de pratiques universalistes vers des pratiques stratégiques. Cette transition s'opère par une socialisation progressive aux normes marchandes de l'espace libéral, qu'il intègre peu à peu malgré une distance initiale marquée. Ces deux parcours illustrent ainsi différents leviers de changement de position au sein de l'espace médical.

L'abandon d'une pratique élitiste à la suite d'un déménagement

Anaïs Meynard est une ophtalmologiste de 39 ans. D'origine sociale modeste (fille d'ouvrier et d'employée), elle est une excellente élève : elle réussit sa première année de médecine sans difficulté et bénéficie d'un bon classement aux épreuves classantes nationales (ECN), qui lui permet de choisir à la fois sa ville et sa spécialité. Passionnée par la chirurgie, elle se surspécialise d'abord dans le traitement des pathologies liées aux orbites, une surspécialité liée à des interventions assez lourdes et majoritairement prises en charge à l'hôpital. Après ses deux années de clinicat, elle décide de s'installer en libéral en 2014. Elle exerce dans un premier temps dans une ville urbaine dense, socialement très favorisée, où elle développe une pratique d'abord très chirurgicale, avec beaucoup de prises en charge de cataractes. Elle se caractérise alors par un taux de dépassements assez élevé – plus de 130 % sur les consultations et autour de 100 % pour les cataractes –, et se situe ainsi dans un sous-espace de pratiques élitistes.

Cependant, après quelques années, cet exercice ne lui convient plus. Notamment, la cadence de travail adoptée au cabinet ne lui permet pas de réaliser des soins qu'elle considère comme étant de qualité :

> « *Ça devenait une usine, totalement contre l'idée que je me faisais de l'ophtalmologie. On est obligé que ça avance et de voir beaucoup de patients, mais là, c'était vraiment une usine.* »
>
> **A. Meynard**, ophtalmologiste en secteur 2, femme, 35-40 ans,
> zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins élevée

Elle profite alors d'une opportunité personnelle pour déménager et s'installe sans autre médecin, afin de mieux maîtriser ses cadences de travail et ses pratiques professionnelles. Cependant, elle n'anticipe pas les différences sociales entre les deux communes. La ville où elle exerce à présent est une zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, le taux de pauvreté s'y élevant à 24 % (contre 14,5 % à l'échelle nationale), avec une population vieillissante.

Le passage d'une zone urbaine dense à intermédiaire l'amène à avoir une pratique moins chirurgicale et plus généraliste : elle n'opère plus qu'un jour par semaine et recentre son activité sur le suivi des pathologies. Ce passage d'une activité spécialisée à généraliste lui convient, parce qu'elle valorise également les dimensions relationnelles de son activité :

> *"J'opérais vraiment beaucoup, beaucoup plus à* [ville A] […]. *Forcément, ça nous plaît, j'adore le bloc, mais du coup, on voit moins les patients aussi. Ça, je n'aimais pas".* »
>
> **A. Meynard**, ophtalmologiste en secteur 2, femme, 35-40 ans,
> zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins élevée

Tout en réduisant sa pratique chirurgicale, elle conserve les mêmes taux de dépassements que dans son ancienne ville. Pour autant, elle ne peut pas les appliquer de la même manière : 40 % de sa patientèle est bénéficiaire de la C2S, dans ce contexte local marqué par une pauvreté importante. Ainsi, elle pratique une part importante de son activité au tarif opposable. Elle en retire une certaine frustration, et revendique ne jamais pratiquer d'ajustements de ses dépassements d'honoraires pour les patients en difficulté économique, non bénéficiaires de la C2S.

> « *Je ne fais pas d'ajustements parce que j'estime qu'avec 40 % de CMU, je n'ai pas à faire d'ajustements* ».
>
> **A. Meynard**, ophtalmologiste en secteur 2, femme, 35-40 ans,
> zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins élevée

Ainsi, ce déménagement l'a amenée, d'une part, à changer ses pratiques professionnelles en réduisant considérablement la part d'activité chirurgicale qu'elle réalise, et d'autre part, à profondément modifier le recrutement de sa patientèle. Alors que dans sa première ville d'exercice, elle avait une patientèle aisée, à qui elle pouvait proposer des dépassements importants, elle a dans ce second contexte d'exercice une patientèle plus pauvre qui ne lui permet plus de pratiquer les mêmes prix au moment des transactions – 40 % de son activité se faisant au tarif opposable pour les patients C2S. Cela démontre l'importance majeure du contexte local pour développer des pratiques surspécialisées et élitistes.

La transition douce d'une pratique universaliste à une pratique stratégique

Julien Girard est un psychiatre de 45 ans, fils de deux enseignants. Après cinq années à l'hôpital comme praticien hospitalier, il s'installe en libéral en 2014. Il conserve une activité mixte hospitalière depuis 2014, et il a une pratique généraliste, orientée vers la psychothérapie d'inspiration analytique. Ses consultations durent en moyenne 30 minutes, et il travaille environ 47 heures par semaine.

Alors qu'il exerce en zone urbaine dense, en région parisienne, où les prix sont particulièrement élevés, il a longtemps pratiqué des dépassements d'honoraires réduits, avec une consultation à 60 euros (soit un taux de dépassement d'environ 40 %), et ce malgré des rappels à la norme de collègues.

> « *On m'a accusé de casser les prix. Mes amis dont je vous parlais qui s'installent ces dernières années, ils demandent 100 balles* ».
>
> **J. Girard**, psychiatre en secteur 2, homme, 40-45 ans,
> zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée

Ainsi, pendant la première partie de sa carrière libérale, Julien Girard se rattache au sous-espace de pratiques universalistes.

Cependant, avec le temps, la socialisation aux normes de l'exercice libéral tend à le rapprocher progressivement de ces logiques. Une des évolutions notables est son rapport aux ajustements pour les patients avec peu de moyens économiques. Alors qu'il en pratiquait beaucoup à son installation, il admet en faire de moins en moins avec le temps.

> « *Quand j'ai commencé à m'installer, j'étais très ouvert à la négociation, je le suis moins maintenant. Notamment parce que, constatant, comme je vous le disais tout à l'heure, qu'autour de moi mes proches n'avaient aucun scrupule à s'installer à 100 euros, je me suis dit que moi, mes tarifs étaient suffisamment bas pour me dire que j'allais rester très ferme sur ce tarif.* »
>
> **J. Girard**, psychiatre en secteur 2, homme, 40-45 ans,
> zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée

De plus, il hausse progressivement ses prix, passant d'abord à 70 euros en 2023, puis à 80 euros en 2024. Alors qu'il exerçait jusqu'alors en cabinet seul, il investit en 2024 dans un cabinet avec une psychologue, ce qui entraîne une importante augmentation de ses charges.

> « *Là, comme j'ai déménagé de cabinet cette année, j'ai acheté avec une collègue psychologue. Il y a une société civile immobilière* [SCI]*, on a acheté quelque chose. J'ai dû augmenter un peu mes mensualités, voire beaucoup. Là, je rembourse 1 500 euros par mois, c'est mon loyer. Donc là, maintenant, mes nouveaux patients qui arrivent, je demande 80.* »
>
> **J. Girard**, psychiatre en secteur 2, homme, 40-45 ans,
> zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée

En plus de ce déménagement, il admet également avoir réduit son temps de travail par rapport au début de son installation :

> « *Pendant longtemps […], quand j'étais au cabinet, les soirs, je travaillais jusqu'à 20 h-20 h 30. Là, non. Peut-être parce que j'ai plus 30 ans aussi !* ».
>
> **J. Girard**, psychiatre en secteur 2, homme, 40-45 ans,
> zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée

Ces évolutions dans ses pratiques professionnelles et de prix le rapprochent davantage du sous-espace de pratiques stratégiques ; elles tiennent à l'investissement dans un nouveau cabinet, mais surtout à une socialisation progressive aux logiques marchandes dominantes dans le secteur libéral.

L'évolution de la structure de l'espace médical et ses effets sur les prix

Nous développons ici l'hypothèse d'une évolution de la structure de l'espace professionnel médical depuis les années 1990. Cette évolution se distingue par deux dynamiques croisées. Premièrement, le mouvement de surspécialisation continue de progresser, différenciant les spécialités en interne. Deuxièmement, les dépassements d'honoraires sont devenus plus courants, en lien avec les évolutions des rapports aux logiques marchandes de ces deux spécialités.

Depuis les années 1990, les effectifs de médecins spécialistes ont fortement augmenté – en réponse à une demande de soins croissante, liée au vieillissement de la population – tout en se concentrant dans les centres urbains (Lucas-Gabrielli *et al.*, 2025). Les dynamiques de spécialisation que Pinell observe dès le XVIII^e^ siècle (Pinell, 2005) se poursuivent ainsi au XXI^e^ siècle. Pour les médecins de plus de 60 ans, la surspécialisation relevait d'une expérience professionnelle cumulée et/ou de trajectoires élitaires, associées à plusieurs années d'exercice hospitalier. Aujourd'hui, la surspécialisation est moins exclusive. Dans certaines spécialités, comme en ophtalmologie, elle est proposée de manière quasi systématique aux jeunes diplômés. Elle implique une différenciation interne aux spécialités plus marquée, et ouvre davantage d'opportunités de valorisation économique de l'activité médicale. Le nombre de

médecins pouvant investir le pôle « surspécialisé » de l'espace professionnel pourrait ainsi s'être accru, et élargi au-delà d'une petite élite professionnelle concentrée dans les grandes villes universitaires.

Ensuite, les logiques marchandes semblent s'être répandues et normalisées parmi les spécialistes aux pratiques courantes. En effet, parmi les médecins de plus de 55 ans, ceux qui ont des pratiques courantes ne réalisent pas ou peu de dépassements, ou bien ils s'y sont mis tardivement. Chez les jeunes médecins, la logique marchande va de soi. La pratique de dépassements d'honoraires n'est plus associée aux médecins surspécialisés avec des profils élitistes. Cette pratique se serait progressivement démocratisée au tournant des années 2000, avec l'émergence d'une génération de médecins soucieuse de maîtriser leurs temporalités de travail, dans deux spécialités où les dépassements d'honoraires sont particulièrement légitimés. Les spécialistes aux pratiques courantes ont alors investi progressivement les dépassements d'honoraires, à mesure que la norme d'installation en secteur 2 se diffusait. Cette hypothèse permet de mettre en dialogue les résultats de cette enquête avec ceux des travaux quantitatifs (Legal *et al.*, 2025), qui ne permettaient pas de faire apparaître des effets de génération sur le niveau des dépassements d'honoraires, là où notre analyse en identifie un. Cela s'explique, selon nous, moins par un niveau de dépassement globalement plus élevé chez les médecins jeunes que par une transformation dans la nature des pratiques professionnelles associées aux dépassements : ces derniers ne sont plus l'apanage des médecins surspécialisés, mais concernent désormais également les médecins aux pratiques courantes. C'est donc moins un effet de niveau qu'un effet de composition : le profil type du médecin pratiquant des dépassements s'est diversifié.

Cela apparaît de manière particulièrement nette lorsqu'on examine les caractéristiques sociales des médecins appartenant au sous-espace des « généralistes stratégiques » : il s'agit majoritairement de femmes médecins de moins de 50 ans, dont les dépassements d'honoraires participent à la fois d'une volonté de maîtriser leurs horaires de travail et d'une ambition de proposer des soins qu'elles perçoivent comme qualitatifs – équipements performants, temps de consultation suffisants, conditions d'accueil soignées.

Il ne s'agit pas pour autant d'une disparition nette du pôle de pratiques universalistes, mais d'un rétrécissement progressif, dans un contexte où le mimétisme en matière de prix favorise également un alignement par le haut, comme l'illustre le cas de Julien Girard.

Conclusion

Cette dernière sous-partie visait à comprendre l'hétérogénéité des prix entre médecins d'une même spécialité et aux contextes d'exercice comparables. Pour ce faire, nous avons montré que les pratiques en matière de fixation des prix dépendent de la position des médecins au sein d'un espace professionnel plus large, structuré par deux axes principaux : d'une part, l'opposition entre surspécialisation et pratiques généralistes ; d'autre part, la tension entre logiques marchandes et non marchandes. Cette lecture en termes d'espace professionnel nous a permis d'identifier quatre sous-espaces de pratiques (élitistes, pragmatiques, universalistes et stratégiques), qui se reproduisent dans chacune des deux spécialités enquêtées et dont on peut supposer qu'ils se retrouvent, de manière plus générale, dans l'ensemble des spécialités en exercice libéral.

À chaque sous-espace correspond un ensemble cohérent de pratiques professionnelles, de niveaux de prix et de représentations de ce que constitue le « travail bien fait », en termes de qualité des soins comme d'accessibilité. Les médecins élitistes combinent une

forte surspécialisation et des prix élevés, dans une logique assumée de médecine haut de gamme destinée à une patientèle socialement favorisée. Les médecins pragmatiques sont également surspécialisés, mais entretiennent une relation plus distante aux logiques marchandes : ils ont recours aux dépassements de manière sélective, principalement pour les patients les plus aisés. Les médecins universalistes, proches dans leurs pratiques des spécialistes de secteur 1, exercent une médecine de soins courants et privilégient l'accessibilité financière pour l'ensemble de leurs patients. Enfin, les médecins stratégiques pratiquent eux aussi des soins courants, mais mobilisent les dépassements d'honoraires comme levier pour maîtriser leurs cadences et leurs conditions de travail.

Ces constats mettent en évidence une superposition entre offre de soins, pratiques professionnelles, prix et trajectoires professionnelles. Ces pratiques sont également fortement ancrées dans des contextes locaux d'exercice. Les médecins élitistes, par exemple, ne peuvent déployer la médecine qu'ils revendiquent d'excellence que dans des territoires urbains denses, dotés d'une patientèle socialement très favorisée. Les médecins pragmatiques, bien que surspécialisés, s'installent davantage dans des territoires socialement mixtes. En milieu rural, la surspécialisation tend à s'effacer face à une demande de soins trop large et diversifiée pour s'y prêter. Les choix d'installation sont ainsi parfois liés aux pratiques professionnelles désirées par les médecins.

Au-delà de ces configurations, l'espace professionnel n'est pas figé. Des évolutions sont possibles au cours de la trajectoire individuelle des médecins, comme nous l'avons illustré. Mais c'est aussi la structure même de cet espace qui se transforme d'une génération à l'autre : la pratique des dépassements d'honoraires semble s'être progressivement normalisée au sein du pôle généraliste, là où elle relevait auparavant quasi exclusivement du pôle surspécialisé.

Enfin, l'analyse de l'espace professionnel médical pourrait s'avérer opérante non seulement pour saisir l'hétérogénéité des pratiques au sein de chaque spécialité, mais aussi pour rendre compte des fortes variations observées entre spécialités. La présente enquête avait délibérément retenu des spécialités présentant des taux élevés de dépassements d'honoraires. Il serait dès lors intéressant d'examiner dans quelle mesure la position de chaque spécialité au sein de la structure générale de l'espace médical permet d'expliquer la diversité des taux de dépassements d'honoraires (Legal *et al.*, 2025).

Discussion générale

Cette enquête qualitative sur les pratiques de fixation des prix dans deux spécialités médicales s'inscrit dans la continuité de travaux quantitatifs antérieurs (Hcaam, 2025 ; Legal *et al.*, 2025 ; Lucas-Gabrielli *et al.*, 2025). Cette articulation a permis d'inscrire les résultats dans des tendances générales, offrant une base pour discuter leur portée. L'approche sociologique mobilisée a par ailleurs apporté des éléments de compréhension complémentaires aux travaux quantitatifs. Elle a d'abord éclairé les dynamiques générationnelles constatées au niveau quantitatif. Elle a également permis de comprendre quels scripts partagés sous-tendaient la fixation de grille de prix, et d'analyser les ajustements des prix de transaction par les médecins. Enfin, elle a inscrit la fixation des prix dans un ensemble plus large de pra-tiques professionnelles, en lien avec une position au sein de l'espace professionnel médical.

Comme toute recherche, la méthodologie employée comporte toutefois des limites. La première tient aux contraintes inhérentes à l'enquête par entretiens semi-directifs, largement documentées dans la littérature (Combessie, 2007). Les entretiens étant nécessairement conduits auprès de personnes volontaires, l'accès au terrain dépend de qui l'on contacte et qui accepte d'y participer. Certains profils sont ainsi restés hors de portée : en ophtalmologie, par exemple, la typologie de l'Assurance maladie mentionne des médecins réalisant principalement des actes d'injections intravitréennes ou d'orthoptie (Bret et Gendreau, 2024), profils que l'on ne retrouve pas dans l'enquête. De plus, les médecins rencontrés sont en majorité jeunes et exercent en milieu urbain. Si quelques entretiens ont pu être conduits avec des médecins de plus de 60 ans ou exerçant en zone rurale, un échantillon plus équilibré aurait permis d'asseoir davantage les résultats, en particulier sur les évolutions générationnelles. L'enquête a néanmoins permis de recueillir les points de vue de médecins présentant des prix et des pratiques professionnelles diversifiés.

Par ailleurs, les entretiens reposent sur les déclarations des personnes interrogées et sur les représentations qu'elles ont de leurs propres pratiques, avec une tendance possible à se conformer aux attentes supposées de l'enquêteur (Combessie, 2007). Les pratiques concrètes, qui auraient été particulièrement précieuses à observer, telles que les ajustements interactionnels de prix en consultation, restent ainsi inaccessibles. Il en va de même des pratiques les moins légitimes, telles que la surcotation, la facturation de dépassements à des patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, ou le refus de certains patients, qui se prêtent aisément à la dissimulation en entretien. Tout en prenant en compte ces limites, le matériel recueilli en entretien était toutefois riche et a permis de dresser de nombreux constats sur cette thématique encore peu explorée en sociologie.

Cette enquête pose ainsi de premiers jalons dans l'analyse sociologique des prix et des secteurs d'installation des médecins libéraux spécialistes. Elle appelle toutefois à des prolongements, qui permettraient d'approfondir et de consolider ces résultats. Trois pistes sont évoquées ici.

1. Vers un élargissement de l'enquête à d'autres spécialités : afin de tester la transférabilité des résultats, il s'agirait de poursuivre cette enquête auprès d'autres spécialités, notamment celles qui présentent de faibles taux d'installation en secteur 2 ou de faibles niveaux de dépassements. Cela permettrait d'éprouver et de confirmer l'analyse des prix médicaux comme inscrite dans un espace professionnel médical.

2. Vers une vision plus globale des dynamiques sectorielles d'installation en libéral : il s'agirait de poursuivre l'enquête auprès de médecins libéraux installés en secteur 1, issus de plusieurs générations, afin de spécifier leurs trajectoires. Ce nouveau volet permettrait de raffermir la compréhension, par contraste, de la progression de l'installation en secteur 2.

3. Vers une analyse sociohistorique des prix médicaux : afin d'approfondir l'étude des transformations générationnelles du rapport des médecins aux prix médicaux, des entretiens complémentaires avec d'autres médecins de plus de 60 ans pourraient être réalisés pour renforcer les constats du rapport. De plus, nous pourrions élargir l'enquête à des médecins et/ou médecins retraités de plus de 80 ans, ayant exercé avant la mise en place des conventions nationales. Ces entretiens pourraient être complétés par un travail d'archives. Cela permettrait de donner davantage de profondeur historique aux analyses et de raffermir les hypothèses formulées sur l'évolution de la structure de l'espace professionnel.

Conclusion générale

Dans un contexte d'accroissement des dépassements d'honoraires et de progression de la part des médecins installés en secteur 2, ce rapport vise à apporter un éclairage sociologique et qualitatif sur les choix sectoriels d'installation et sur la structuration des prix médicaux. Pour ce faire, une méthode qualitative par entretiens semi-directifs a été mise en œuvre, donnant lieu à 40 entretiens avec des ophtalmologistes et des psychiatres, deux spécialités délibérément contrastées. Le rapport s'est articulé en trois parties, chacune répondant à une sous-question de recherche spécifique.

La première partie vise à comprendre les transformations générationnelles du rapport au secteur 2. L'analyse des trajectoires professionnelles met d'abord en évidence que, selon les spécialités, l'exercice libéral occupe une place variée, et les postes ouvrant droit au secteur 2 diffèrent. De plus, la comparaison des trajectoires de médecins de plusieurs générations montre une normalisation progressive du secteur 2 : si celui-ci fait exception pour les médecins installés avant les années 1990, son choix s'impose comme un automatisme pour ceux installés depuis 2010, sa diffusion étant largement portée par les réseaux professionnels et le bouche-à-oreille. Cette évolution s'accompagne de transformations plus générales : des temps de travail souhaités moins importants pour les médecins de moins de 60 ans, et des reconfigurations internes aux spécialités.

La deuxième partie cherche à dépasser la notion de « tact et mesure » pour mettre au jour les processus sociaux sous-jacents à la formation des prix médicaux. Face à cette rhétorique qui donne l'impression que les prix sont déterminés individuellement, selon l'éthique de chaque médecin, nous montrons qu'ils relèvent également d'un ensemble de conventions sociales, ou scripts de *pricing*, plus ou moins institutionnalisées. Ces scripts participent à définir ce qui a de la valeur dans le travail médical, et à hiérarchiser à la fois les spécialités et les actes médicaux. Par ailleurs, le rapport démontre que les pratiques d'ajustement des prix pour les patients dans des situations socio-économiques précaires sont très hétérogènes et majoritairement rares. Dès lors, la seule éthique professionnelle ne peut être envisagée comme un moyen suffisant pour assurer une équité dans l'accès financier aux soins.

La troisième partie explique l'hétérogénéité des prix entre médecins d'une même spécialité et aux contextes d'exercice comparables. Cette hétérogénéité s'éclaire par la position des médecins au sein d'un espace professionnel structuré par deux axes (surspécialisation *versus* pratiques généralistes, logiques marchandes *versus* non marchandes), dont le croisement permet d'identifier quatre sous-espaces de pratiques. À chaque sous-espace correspond un ensemble cohérent de pratiques professionnelles, de niveaux de prix et de représentations du « travail bien fait ». Ces configurations sont par ailleurs étroitement ancrées dans des contextes locaux. Enfin, cette structure n'est pas figée : des évolutions individuelles sont possibles au cours de la trajectoire professionnelle, et une transformation générationnelle semble à l'œuvre, avec la normalisation progressive des dépassements d'honoraires au sein du pôle de pratiques courantes, là où ils relevaient auparavant quasi exclusivement du pôle surspécialisé.

Au-delà du cas des ophtalmologistes et des psychiatres étudiés dans ce rapport, plusieurs éléments peuvent être généralisés à d'autres spécialités médicales. Il est ainsi facilement envisageable que les scripts de *pricing* constatés en ophtalmologie comme en psychiatrie se déploient de manière relativement similaire dans l'ensemble des spécialités

médicales. L'ophtalmologie et la psychiatrie ont par ailleurs toutes deux la caractéristique de présenter des taux d'installation en secteur 2 et de recours aux dépassements élevés. Il s'agit de deux spécialités où les logiques marchandes ont acquis une forte légitimité, pour des raisons toutefois différenciées. En ophtalmologie, les transformations de l'organisation du travail amènent au développement de logiques gestionnaires, avec le recours accru à des investissements financiers importants et le développement du salariat. Le recours à des intermédiaires (comptables, banquiers, gestionnaires de centre) renforce l'importation et la légitimation des logiques marchandes. En psychiatrie, les logiques marchandes sont investies pour revendiquer une meilleure maîtrise des conditions de travail par des médecins conscients de la place de leur spécialité dans les hiérarchies médicales. Par ailleurs, l'analyse des sous-espaces de pratiques démontre que les dynamiques de recours aux dépassements d'honoraires se rejoignent dans les deux spécialités, entre surspécialisation et volonté de maîtrise des conditions et de la qualité de travail. Si l'on peut supposer que ces constats se retrouvent dans d'autres spécialités, les logiques marchandes semblent toutefois ne pas avoir acquis la même légitimité partout, comme en témoignent les taux bas d'installations en secteur 2 et de dépassements d'honoraires dans certaines spécialités. La cardiologie offre un exemple parlant : seuls 31 % des cardiologues sont installés en secteur 2, et leur taux de dépassements s'élève à 22 %. Une analyse plus approfondie des dynamiques professionnelles de la spécialité permettrait de comprendre cette position globalement plus distante des logiques marchandes, contrairement aux deux spécialités étudiées ici. De manière plus générale, comprendre la position des différentes spécialités dans l'espace professionnel médical pourrait permettre d'expliquer les variations de pratiques entre les spécialités.

Bibliographie

Anguis M. (2017). En 2016, 7700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées. *Études et résultats,* Drees, 1006, p. 1-6.

Arliaud M., Robelet M. (2000). Réformes du système de santé et devenir du « corps médical ». *Sociologie du travail*, vol. 42, n° 1, p. 91-112.

Arnault F. (2024). *Atlas de la démographie médicale*. Conseil de l'Ordre des médecins.

Aspers P. (2007). Theory, Reality, and Performativity in Markets. *The American Journal of Economics and Sociology*, vol. 66, n° 2, p. 379-398.

Bååth J. (2023). Towards a unified theory of market prices: turning to pricing in practice. *Socio-Economic Review*, vol. 21, n° 1, p. 5-23.

Batifoulier P. (2011). Prix, marché et liberté tarifaire en médecine. *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 29, n° 5, p. 204-215.

Becker H. S. (2016). *La bonne focale. De l'utilité des cas particuliers en sciences sociales*, La Découverte.

Beckert J. (1996). What is sociological about economic sociology? Uncertainty and the embeddedness of economic action. *Theory and Society*, vol. 25, n° 6, p. 803-840.

Beckert J. (2011). Where Do Prices Come From? Sociological Approaches to Price Formation. *Socio-Economic Review*, vol. 9, n° 4, p. 757-786.

Bellamy V., Samson A. L. (2010). Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins. Comptes nationaux de la santé, Drees, p. 53-82.

Belorgey N. (2013). Pourquoi attend-on aux urgences ? Un indicateur du New Public Management aux prises avec la réalité hospitalière. *Travail et emploi*, n° 133, p. 25-38.

Bloy G., Schweyer F.-X. (2010). *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP.

Bourdieu P. (2000). *Les structures sociales de l'économie*. Éditions du Seuil.

Bozouls L., Delon M. (2025). Enjeux méthodologiques et apports heuristiques des recommandations successives dans le cadre de deux enquêtes qualitatives par entretiens. *Revue française de sociologie*, p. 339-364.

Bras P.-L. (2015). La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes. *Les Tribunes de la santé*, vol. n° 48, n° 3, p. 73-92.

Bret V., Gendreau J. (2024). Les ophtalmologues libéraux en 2022. Cnam, n° 2, p. 1-34.

Brown E. (2025). Doctor, how much does it cost? Moral values and price talk in a stratified consumer medical market. *Socio-Economic Review*, vol. 23, n° 4, p. 1637-1659.

Brunn M. (2020). Diviser et récompenser ? La régulation des médecins de ville via les instruments d'action publique en France et en Allemagne. *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n° 1, p. 215-236.

Callon M. (2007). What does it Mean to Say that Economics is Performative?, in *Do Economists Make Markets ; On the Performativity of Economics*, Princeton University Press, p. 311-357.

Carré B., Jusot F., Marsaudon A., Wittwer J. (2021). Le recours aux soins des populations pauvres en France : que savons-nous de l'efficacité des programmes d'accès gratuits à une couverture santé ? *Actualité et dossier en santé publique*, vol. n° 113, p. 50-51.

Castel P. (2020). Vers des médecins organisateurs ? Initiatives organisationnelles, professions et pouvoir à l'interface de la pratique et de la recherche cliniques. Dossier en vue de l'habilitation à diriger des recherches, Mémoire de synthèse original, Université Paris Saclay.

Chaput H., Monziols M., Fressard L., Verger P., Zaytseva A. (2019). Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. *Études et résultats,* Drees, 1113, p. 1-2.

Chareyron S., L'Horty Y., Petit P. (2019). Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales. Travail, Emploi et Politiques Publiques, n° 06.

Chiffoleau Y., Laporte J.-P. & Touzard J.-M. (2006). White and wines: un modèle de marché à l'épreuve des vins du Languedoc. DR Economie and Sociologie « les Marchés Agroalimentaires », Montpellier, France

Choné P., Coudin E., Pla A. (2019). Does the Provision of Physician Services Respond to Competition? *Documents de travail*, Crest, n° 20, 1-74 p.

Cnam (2022). Zoom sur les psychiatres et neuro-psychiatres libéraux en 2022.

Cnam (2022). Zoom sur les ophtalmologues libéraux en 2022. Cnam (2022). Zoom sur les psychiatres et neuro-psychiatres libéraux en 2022.

Cnam (2022). Zoom sur les ophtalmologues libéraux en 2022.

Combessie J.-C. (2007). « II. L'entretien semi-directif ». *Repères*, vol. 5, p. 24-32.

Davin-Casalena B., Scronias D., Videau Y., Verger P. (2024). How general practitioners in France are coping with increased healthcare demand and physician shortages. A panel data survey and hierarchical clustering. *Health Policy*, vol. 149, n° 105175, p. 1-14.

De Blic D., Lazarus J. (2007). *Sociologie de l'argent*. La Découverte.

De Coster M. (1975). Un mode de rétribution particulier : l'honoraire. *Sociologie du travail*, vol. 17, n° 4, p. 372-384.

Desprès C. (2010). La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires. *Pratiques et organisation des soins*, vol. 41, n° 1, p. 33-43.

Desprès C. (2009). Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, 1-99 p.

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, p. 1-7.

Dixte C., Vergier N. (2022). *Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017. Études et résultats, Drees*, n° 1223.

Fournier C., Morize N., Moyal A. (2024). Multidisciplinary Primary Care Groups (Maisons de santé pluriprofessionnelles, MSPs) and the Long Path to Team Practice, in Handbook of Integrated Care, Cham, Springer Nature Switzerland, p. 1-21.

Freidson E. (1970). *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York, New York University Press.

Fridman D. (2022). This is a handcraft: valuation, morality, and the social meanings of payments for psychoanalysis. *Theory and Society*, vol. 51, n° 1, p. 1-29.

Gelly M., Spire A. (2022). L'encastrement du privé dans l'hôpital public. *Sociétés contemporaines*, vol. n° 126, n° 2, p. 5-31.

Gerring J. (2009). Case Selection for Case-Study Analysis: Qualitative and Quantitative Techniques, in Box-Steffensmeier J. M., Brady H. E., Collier D. (dir.). The Oxford Handbook of Political Methodology, Oxford University Press, 1re éd., p. 645-684.

Glaser B. G., Strauss A. (1964). The Social Loss of Dying Patients. *The American Journal of Nursing*, vol. 64, n° 6, p. 119-121.

Gros J. (2017). Quantifier en ethnographe : sur les enjeux d'une émancipation de la représentativité statistique. *Genèses*, vol. n° 108, n° 3, p. 129-147.

Hardy-Dubernet A.-C. (2009). À propos d'une minute décisive : le choix d'une spécialité médicale, *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 27, n° 4, p.174-190.

Hardy-Dubernet A.-C., Faure Y. (2006). Le choix d'une vie… Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005. *Document de travail*, Drees, n° 66, 1-95 p.

Hassenteufel P. (1997). *Les médecins face à l'État, une comparaison européenne*. Presses de Sciences Po.

Hcaam (2025). Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux, Hcaam, 1-106 p.

Herlin-Giret C. (2018). En quête de richesse : comment faire parler d'argent ? *Genèses*, vol. n° 111, n° 2, p. 137-155.

Insee (2023). En 2021, les inégalités et la pauvreté augmentent. *Insee Premières*, n° 1973, p. 1-4.

Insee (2019). *France, portrait social*, Édition 2019.

Jaisson M. (2002). La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale. *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 3, n° 143, p. 44-52.

Jakoubovitch S., Bournot M.-C., Cercier E., Tuffreau F. (2012). Les emplois du temps des médecins généralistes. *Études et résultats*, Drees, n° 797, p. 1-8.

Jamous H., Commaille J., Pons-Vignon B. (1969). Contribution à une sociologie de la décision. La réforme des études médicales et de structures hospitalières. CNRS éditions, Paris.

Jourdain A. (2018). Analysing the Symbolic Economy with Pierre Bourdieu: The World of Crafts. *Forum for Social Economics*, vol. 47, n° 3-4, p. 342-361.

Juven P.-A. (2019). L'hôpital public : par pertes et profits. *Mouvements*, vol. 2, n° 98, p. 13-22.

Karpik L. (1989). L'économie de la qualité. *Revue française de sociologie*, vol. 30, n° 2, p. 187.

Kingsada A. (2022). Régulation tarifaire et incitations financières : quels effets sur l'activité des médecins libéraux. Université Paris Dauphine, Paris.

Krippner G. R. (2001). The Elusive Market: Embeddedness and the Paradigm of Economic Sociology. *Theory and Society*, vol. 30, n° 6, p. 775-810.

Lapeyre N. (2003). Professional and domestic work arrangements of women general practitioners in France. *International Journal of Sociology and Social Policy*, vol. 23, n° 4/5, p. 97-122.

Lapeyre N., Le Feuvre N. (2004). Concilier l'inconciliable ? Le rapport des femmes à la notion de « conciliation travail-famille » dans les professions libérales en France. *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 23, n° 3, p. 42-58.

Lapeyre N., Robelet M. (2010). Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ?, in *Singuliers généralistes*. Rennes, Presses de l'Ehesp, p. 365-378.

Laugesen M. (2016). Fixing medical prices: how physicians are paid. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Legal R., Vincent R., Bonal M. (2025). Les dépassements d'honoraires : pratiques des médecins, part dans leurs revenus et impacts pour les patients. *Les rapports de l'Irdes*, n° 596, 1-132 p.

Longchamp P., Toffel K., Bühlmann F., Tawfik A. (2018). L'espace professionnel infirmier : une analyse à partir du cas de la Suisse romande. *Revue française de sociologie*, vol. 59, n° 2, p. 219-258.

Lucas-Gabrielli V., Bonal M., Mangeney C., Com-Ruelle L., Gousset C. (2025). Inégalités spatiales et financières d'accessibilité à la médecine de ville en France. Le cas des cardiologues, dermatologues et ophtalmologistes. *Questions d'économie de la santé,* Irdes, n° 305, p. 1-8.

Lucas-Gabrielli V., Mangeney C., Duchaine F., Com-Ruelle L., Gueye A., Raynaud D. (2022). Inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins spécialistes (Working Paper). *Document de travail*, Irdes, n° 87.

Marchetti D. (2002). Les sous-champs specialisés du journalisme. *Réseaux*, vol. 111, n° 1, p. 22.

Montmartin B., Herrera-Gomez M. (2022). Imitative Pricing: The Importance of Neighborhood Effects in Physicians' Consultation Prices. Documento de Trabajo, n° 123, RedNIE, 1-57 p.

Morize N. (2026). Du temps pour le vrai boulot. La mise à disposition des temporalités infirmières au secours des médecins généralistes. *Sociologi*e, n° 3.

Muller M., Hewlett E. (2016). Better Ways to Pay for Health Care. OECD.

Nouguez É., Benoît C. (2017). Gouverner (par) les prix. La fixation des prix des médicaments remboursés en France. *Revue française de sociologie*, vol. 58, n° 3, p. 399-424.

Oh H. (2013). Consumerism in Action: How Patients and Physicians Negotiate Payment in Health Care. *Qualitative Health Research*, vol. 23, n° 3, p. 385-395.

Paillet A. (2021). Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins : Redécouvrir les enquêtes de Glaser, Strauss, Sudnow et Roth. *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. n° 236-237, n° 1, p. 20-39.

Pichonnaz D., Toffel K. (2026). *Sociologie du travail et des professions*, Dunod, Paris.

Pierre A. (2019). L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n° 268, p. 1-8.

Pinell P. (2005). Champ médical et processus de spécialisation. *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. n° 156-157, n° 1, p. 4-36.

Pla A., Choné P., Coudin E. (2020). Médecins en secteur 2 : les dépassements d'honoraires diminuent quand la concurrence s'accroît. *Études et résultats*, Drees, n° 1137, p. 1-6.

Reiss-Schimmel I. (2008). La fonction symbolique de l'argent, *Dialogue*, vol. n° 181, n° 3, p. 7-14.

Rosende M. (2002). La division sexuelle du travail chez les médecins : une étude de cas. *Cahiers du Genre*, n° 32, p. 25-41.

Samson A.-L. (2009). Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? *Regards croisés sur l'économie*, vol. 5, n° 1, p. 144-158.

Sherman R. (2017). *Uneasy street: the anxieties of affluence*. Princeton University Press, Princeton.

Velthuis O. (2008). Symbolic Meanings of Prices: Constructing the Value of Contemporary Art in Amsterdam and New York Galleries. *Journal of Economic Sociology*, vol. 9, n° 3, p. 33-59.

Annexes

Annexe 1 Note méthodologique sur le choix des spécialités

Cette note explicite le choix de deux spécialités médicales sur lesquelles l'enquête ESTAMPE a été conduite : les ophtalmologistes et les psychiatres.

Les critères de sélection des spécialités médicales

La sélection des spécialités médicales s'est opérée en deux temps. Tout d'abord, nous avons retenu huit spécialités médicales à considérer, avec trois premiers critères :

- **L'effectif en libéral** : il s'agit de choisir une spécialité qui comporte un nombre assez important de médecins exerçant en libéral, afin de ne pas ajouter de difficultés pratiques dans la réalisation de l'enquête (recrutement des médecins pour les entretiens).
- **L'installation en secteur 2** : l'idée était de retenir une spécialité où l'installation en secteur 2 est relativement fréquente (au minimum 40 %), afin de ne pas enquêter auprès de médecins ayant un profil atypique au sein de leur spécialité.
- **La pratique de dépassements d'honoraires** : pour les mêmes raisons, nous avons retenu des spécialités dont les taux de dépassements d'honoraires étaient assez élevés (au minimum 40 %).

Ces critères ont permis de présélectionner huit spécialités : la dermatologie, la gynécologie, l'oto-rhino-laryngologiste (ORL), l'ophtalmologie, l'anesthésie-réanimation, la pédiatrie, la rhumatologie et la psychiatrie (Tableau A1).

Afin de resserrer la sélection entre ces spécialités, nous avons exploré à partir de données quantitatives quatre variables :

- **Le part de femmes en libéral :** il s'agit de retenir deux spécialités mixtes, ou une spécialité à majoritairement masculine et une autre majoritairement féminine, afin d'avoir des médecins de genres différents dans l'échantillon d'enquête.
- **Le type de consultation (actes cliniques et/ou techniques)** : les dépassements d'honoraires étant réalisés principalement pour les actes de consultation, une pratique majoritaire de consultation ne semble pas être un frein pour l'enquête. La présence d'actes techniques pourrait cependant être également intéressante pour aborder des processus d'évaluation (le fait d'attribuer une valeur) potentiellement différenciés entre les actes.
- **Attractivité** : les dépassements d'honoraires n'ont pas forcément la même symbolique selon la place des spécialités dans les hiérarchies professionnelles. L'attractivité d'une spécialité est un moyen d'objectiver cette place. Le projet MEDSPE (Choix de spécialité et de localisation des médecins français), coordonné par Magali Dumontet, estime l'attractivité des 44 spécialités en comparant le nombre d'étudiants qui favorise en premier choix une spécialité par rapport à son nombre de postes. Ces résultats sont ici présentés par quartile, le premier étant les onze spécialités les plus attractives, et ainsi de suite.
- **Revenu libéral moyen** : de même, il pourrait être intéressant d'explorer deux spécialités dont l'activité est plus ou moins rémunératrice, incluant les dépassements d'honoraires.

Tableau A1 Croisement des variables pour les huit spécialités retenues

Spécialité	Effectif en libéral	Part de femmes en libéral	Taux de S2	Taux de dépassements	Revenu libéral moyen	Attractivité	Types d'actes en libéral
Dermatologie	2515	71 %	51 %	56 %	92600	1er quartile	Dominante clinique (73 % des actes)
Gynécologie obstétrique et médicale	4439	56,2 %	78 %	59 %	102600	1er quartile	Mixte (53 % d'actes cliniques)
ORL	2002	24,2 %	73 %	48 %	118400	1er quartile	Dominante technique (62 % des actes)
Ophtalmologie	3984	40 %	72 %	56 %	182800	2e quartile	Dominante technique (79 % des actes)
Anesthésie-réanimation	3811	24,9 %	67 %	58 %	182400	2e quartile	Mixte
Pédiatrie	2670	68,9 %	55 %	44 %	79900	2e quartile	Dominante clinique (87 % d'actes cliniques)
Rhumatologie	1472	48,3 %	64 %	45 %	83400	3e quartile	Mixte (53 % d'actes cliniques)
Psychiatrie	6122	45,4 %	48 %	58 %	81500	3e quartile	100 % clinique

Sources : Effectif, part de femmes, type d'acte (Cnam, 2022) ; taux de secteur 2 (S2) et de dépassements (Hcaam, 2025) ; attractivité : enquête MEDSPE ; revenu libéral (données Drees) [Dixte et Loussouarn, 2024].

Une proposition d'enquête par cas divers : l'ophtalmologie et la psychiatrie

Nous proposons une stratégie d'enquête par « cas divers », qui vise à explorer des situations contrastées au regard de variables d'intérêts pour l'enquête, et amène à explorer des cas appartenant aux valeurs extrêmes de ces variables. Cette forme de sélection de cas a l'avantage de permettre l'exploration de situations variées, ce qui apporte davantage d'informations sur l'objet de l'enquête qu'une sélection concentrée sur des cas moyens (Gerring, 2009). Il s'agit d'une méthode de sélection de cas courante dans les démarches comparatives (Becker, 2016).

Nous proposons comme variables d'intérêt **l'attractivité de la spécialité et le revenu libéral**. L'idée est donc de choisir une spécialité très attractive et bien rémunérée, et de la mettre en regard avec une spécialité moins attractive et moins bien rémunérée. Cela permettra d'étudier des dynamiques professionnelles différenciées, entre deux spécialités à la valorisation économique et sociale contrastées. Ensuite, elles permettent également d'enquêter des médecins aux profils différenciés, les spécialités plus attractives étant davantage choisies par des étudiants bien classés aux épreuves classantes nationales, et davantage susceptibles d'avoir des origines sociales favorisées (Jaisson, 2002 ; Rosende, 2002).

Parmi les spécialités attractives et à haut revenu, il y a l'ophtalmologie ou l'anesthésie-réanimation. Les ophtalmologistes représentent un terrain particulièrement intéressant, en lien avec la diversité de leur activité. En effet, les ophtalmologistes

sont caractérisés par une fragmentation de la spécialité, entre des ophtalmologistes qui réalisent majoritairement des actes techniques et d'autres qui effectuent davantage de consultations (Bellamy et Samson, 2010). De plus, la spécialité est plus mixte en termes de genre que les anesthésistes. En outre, leur spécialité est sujette ces dernières années à des évolutions de l'organisation de leur travail, avec un accroissement des délégations de tâches liées au développement du travail pluriprofessionnel, principalement avec des orthoptistes, mais également des infirmiers et des assistants médicaux. Enfin, une enquête menée à l'Irdes sur l'accessibilité géographique et financière aux médecins a démontré la pertinence d'enquêter les ophtalmologistes, ceux-ci étant particulièrement concernés par de forts enjeux d'accessibilité financière pour les patients selon l'offre (Lucas-Gabrielli *et al.*, 2025).

Parmi les spécialités **moins attractives et plus faiblement rémunérées**, la spécialité qui se distingue le plus est la psychiatrie. D'emblée, celle-ci apparaît comme une spécialité atypique, à la fois par les représentations sociales qui peuvent y être liées, mais également par la proximité de certains de ses praticiens avec la psychanalyse, où le paiement des soins a une fonction symbolique (Reiss-Schimmel, 2008). Pour autant, nous argumentons qu'au-delà de cette atypie, la psychiatrie apparaît particulièrement intéressante à plusieurs titres :

- La psychiatrie est l'une des spécialités où les taux de dépassements d'honoraires sont les plus élevés, alors qu'il s'agit également de l'une des spécialités médicales les moins bien rémunérées en libéral (Dixte et Vergier, 2022). Les dépassements d'honoraires pourraient alors être considérés comme une stratégie de revalorisation économique de cette spécialité médicale.
- Entre les années 1980 et aujourd'hui, la psychiatrie fait partie des spécialités où le taux d'installation en secteur 2 a le plus progressé : ils étaient moins de 10 % en 1980, et sont 45 % en 2022. Ce taux monte à plus de 60 % pour les psychiatres installés entre 2018 et 2022 (Legal *et al.*, 2025).
- La dernière convention médicale a permis de revaloriser la tarification des psychiatres en secteur 2 Optam. Cette revalorisation sera mise en œuvre en décembre 2024, puis en juillet 2025 : il sera intéressant de questionner les effets (ou l'absence d'effets) de cette revalorisation sur les pratiques tarifaires.

Par ailleurs, le type d'activité des psychiatres est également très différent de celui des ophtalmologistes, permettant d'explorer des spécialités différenciées sur ces registres également :

- Les ophtalmologistes ont des actes majoritairement techniques, alors que les psychiatres ont une activité entièrement clinique.
- Les ophtalmologistes voient en moyenne 4 838 patients par an en 2022, alors que les psychiatres en voient en moyenne 302 (Cnam, 2022). Cela est lié au fait que les psychiatres réalisent des actes de consultation plus longs que la moyenne, et suivent leurs patients avec régularité (Bellamy et Samson, 2010), alors que les ophtalmologistes effectuent davantage d'actes isolés ou groupés en épisode de soins. Il sera intéressant d'observer les effets de ces différences de pratiques professionnelles sur les prix.

Ces différents éléments ont amené à sélectionner ces deux spécialités comme terrain d'enquête, en concertation entre l'équipe de recherche et les membres du comité de pilotage « Dépassements d'honoraires » au Hcaam. Ce choix est également cohérent avec la littérature sociologique sur la profession médicale, qui étudie très peu les ophtalmologistes et qui, bien que plus fournie sur les psychiatres, renseigne peu leur exercice libéral, les enquêtes favorisant les psychiatres exerçant en institutions (hôpital, organisations de secteurs).

Annexe 2 Table récapitulative des entretiens

Tableau A2 Caractéristiques des enquêtés et des entretiens

Caractéristiques de l'enquêté et de l'entretien						
Pseudonyme	**Profession, rôle**	**Age**	**Genre**	**Lieu d'exercice**	**Lieu**	**Durée**
Entretiens exploratoires						
B. Vuillemin	Ophtalmologiste	65-70	Femme	//	Téléphone	1 h 23
P. Martinet	Ophtalmologiste et membre du SNOF	50-55 ans	Homme	//	Téléphone	1 h 10
D. Letessier	Psychiatre et membre de la FFP et de AFPEP-SNPP	55-60 ans	Homme	//	Café parisien	1 h 38
2 médecins, une juriste	Membres de l'Ordre des médecins	//	//	//	Ordre des médecins	1 h 21
Entretien ophtalmologistes et secrétaires médicales en ophtalmologie						
M-C Le Blanc	Ophtalmologiste	45-50 ans	Femme	Zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins faible	Cabinet	1 h 15
L. Duchaine	Ophtalmologiste	35-40 ans	Femme	Zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins faible	Cabinet	1 h 41
L. Schneider	Secrétaire médicale	20-25 ans	Femme	Zone urbaine intermédiaire socialement intermédiaire, à l'offre de soins faible	Cabinet	0 h 27
S. Meyer	Ophtalmologiste	60-65 ans	Femme	Zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée	Téléphone	1 h 16
E. Marty	Ophtalmologiste	30-35 ans	Femme	Zone urbaine dense socialement défavorisée, à l'offre de soins élevée	Visio	0 h 45
P. Abassi	Ophtalmologiste	30-35 ans	Homme	Zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée	Cabinet	1 h 25
J. Klein	Ophtalmologiste	70-75 ans	Homme	Zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée	Visioconférence	2 h 01
F. Caron	Ophtalmologiste	35-40 ans	Homme	Zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée	Visioconférence	1 h
V. Garnier	Ophtalmologiste	40-45 ans	Homme	Zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée	Visioconférence	0 h 50
A. Catteau	Ophtalmologiste	40-45 ans	Homme	Zone urbaine dense socialement défavorisée, à l'offre de soins élevée	Visioconférence	1 h 41
A. Muguet	Ophtalmologiste	40-45 ans	Femme	Zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée	Cabinet	0 h 57

Caractéristiques de l'enquêté et de l'entretien						
Pseudonyme	**Profession, rôle**	**Age**	**Genre**	**Lieu d'exercice**	**Lieu**	**Durée**
R. Dubois	Ophtalmologiste	40-45 ans	Homme	Zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée	Téléphone	1 h 48
A. Meresse	Ophtalmologiste	40-45 ans	Femme	Zone urbaine dense socialement intermédiaire, à l'offre de soins élevée	Visio	1 h 23
A. Vidal	Ophtalmologiste	65-70 ans	Femme	Zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée	Cabinet	1 h 25
E. Cottin	Ophtalmologiste	40-45 ans	Homme	Zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée	Cabinet	1 h 02
T. Farges	Ophtalmologiste	30-35 ans	Homme	Zone urbaine intermédiaire socialement intermédiaire, à l'offre de soins élevée	Téléphone	1 h 06
Q. Costes	Ophtalmologiste	35-40 ans	Homme	Zone urbaine intermédiaire socialement intermédiaire, à l'offre de soins élevée	Téléphone	1 h 29
A. Meynard	Ophtalmologiste	35-40 ans	Femme	Zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins élevée	Téléphone	1 h 09
E. Cabrol	Ophtalmologiste	40-45 ans	Femme	Zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée	Visio	1 h 20
B. Pasquier	Ophtalmologiste	55-60 ans	Femme	Zone urbaine dense socialement défavorisée, à l'offre de soins élevée	Cabinet	1 h 37
A. Moussa	Ophtalmologiste	50-55 ans	Femme	Zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée	Cabinet	0 h 51
Entretiens psychiatres et secrétaires médicales en psychiatrie						
N. Moreau	Psychiatre	45-50 ans	Homme	Zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée	Hôpital	1 h 36
L. Lefebvre	Psychiatre	40-45 ans	Femme	Zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins moyenne	Cabinet	1 h 28
L. Gommez	Psychiatre	35-40 ans	Femme	Zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée	Cabinet	2 h
F. Morin	Psychiatre	40-45 ans	Homme	Zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée	Cabinet	1 h 52
S. Rossi	Psychiatre	50-55 ans	Femme	Zone rurale socialement intermédiaire, à l'offre de soins faible	Visio	1 h 23
J. Girard	Psychiatre	40-45 ans	Homme	Zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée	Cabinet	1 h 55

Caractéristiques de l'enquêté et de l'entretien						
Pseudonyme	**Profession, rôle**	**Age**	**Genre**	**Lieu d'exercice**	**Lieu**	**Durée**
J-L. Gehin	Psychiatre	60-65 ans	Homme	Zone rurale socialement intermédiaire, à l'offre de soins faible	Cabinet	2 h 39
M. Richard	Secrétaire médicale	//	Femme	//	Cabinet	0 h 36
J. Lambert	Psychiatre	40-45 ans	Homme	Zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins moyenne	Cabinet	1 h 31
M. Cousin	Psychiatre	30-35 ans	Homme	Zone urbaine dense socialement favorisée, à l'offre de soins élevée	Cabinet	1 h 21
M. Pages	Psychiatre	45-50 ans	Femme	Zone urbaine dense socialement intermédiaire, à l'offre de soins élevée	Cabinet	1 h 02
E. Bayer	Psychiatre	35-40 ans	Femme	Zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins faible	Cabinet	1 h 15
E. Balasko	Psychiatre	55-60 ans	Femme	Zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins élevée	Cabinet	1 h 20
C. Dumoulin	Secrétaire médicale	25-30 ans	Femme	//	Téléphone	0 h 45
C. Faure	Psychiatre	30-35 ans	Homme	Zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée	Domicile	2 h 38
E. Fabre	Psychiatre	45-50 ans	Femme	Zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée	Cabinet	1 h 58
J-C. Le Floch	Psychiatre	55-60 ans	Homme	Zone urbaine intermédiaire socialement intermédiaire, à l'offre de soins moyenne	Visio	2 h 02
Z. Demir	Psychiatre	40-45 ans	Femme	Zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins élevée	Visio	1 h 27
X. Delamare	Psychiatre	45-50 ans	Homme	Zone urbaine dense socialement contrastée, à l'offre de soins élevée	Téléphone	1 h 47
A. Keller	Psychiatre	45-50 ans	Homme	Zone rurale socialement intermédiaire, à l'offre de soins élevée	Téléphone	2 h 45
P. Schneider	Psychiatre	60-65 ans	Homme	Zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins faible	Cabinet	1 h 06
C. Jourdan	Psychiatre	50-55 ans	Homme	Zone urbaine intermédiaire socialement défavorisée, à l'offre de soins faible	Cabinet	1 h 02

Annexe 3 Note méthodologique sur la caractérisation des territoires d'exercice

La littérature économique préexistante montre une importance élevée des contextes géographiques d'exercice sur les pratiques tarifaires des médecins libéraux (Legal *et al.*, 2025 ; Montmartin et Herrera-Gomez, 2022 ; Pla *et al.*, 2020). Il apparaît important de caractériser les communes d'exercice des médecins.

Trois dimensions ont été retenues pour qualifier les territoires d'exercice : la densité de population ; la densité de médecins appartenant à la spécialité concernée ; et les caractéristiques socio-économiques des habitants.

Pour prendre en compte la densité de la population, nous avons retenu l'indicateur le plus synthétique existant – la grille de densité en trois niveaux de l'Insee. Elle distingue les communes densément peuplées (urbain dense), les communes de densité intermédiaire (urbain intermédiaire), et les communes rurales.

Pour rendre compte de la densité de spécialistes, deux indicateurs différents ont été mobilisés.

Pour les ophtalmologistes, nous nous sommes appuyés sur les travaux de l'Irdes, qui établissent un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) (Lucas-Gabrielli *et al.*, 2022, 2025). Cet indicateur a l'avantage de mieux rendre compte de la proximité de spécialistes dans des communes voisines et des besoins de la population (notamment en termes d'âge) qu'un simple indicateur de densité. À partir des bornes établies par ces travaux, les communes ont été définies selon le nombre de contacts par 100 habitants comme :
- ayant une offre de soins faible, en dessous de 23,6
- ayant une offre de soins intermédiaire, entre 23,6 et 30,4
- ayant une offre de soins élevée, à partir de 30,4

Pour les psychiatres, cet indicateur n'était pas disponible. Nous nous sommes donc appuyés sur l'indicateur de densité disponible sur CartoSanté (source : FNPS, 2023). Nous avons retenu le territoire de vie comme échelle pour mieux appréhender l'offre de soins (limitant ainsi les effets de surdensité sur les communes peu denses). La densité moyenne de psychiatres en 2023 s'élevant à 9,2 psychiatres pour 100 000 habitants, nous avons qualifié les territoires comme :
- ayant une offre de soins faible, en dessous de 7,2
- ayant une offre de soins intermédiaire, entre 7,2 et 11,2
- ayant une offre de soins élevée, à partir de 11,2

Enfin, un dernier élément concernait les caractéristiques socio-économiques des habitants des communes. Il n'existe pas d'indicateur synthétique par commune permettant de les qualifier socialement. Afin d'en établir un, nous nous sommes appuyés sur plusieurs indicateurs de l'Insee disponibles au niveau communal : le taux de pauvreté, le taux de chômage, la part d'employés et d'ouvriers dans la population de plus de 15 ans, la part de cadres et de professions intellectuelles supérieures dans la population de plus de 15 ans (source : Insee, 2021). À l'échelle nationale, le taux de pauvreté moyen est de 14,5 %, la part d'employés et d'ouvriers de 28,5 %, et la part de cadres de 10,1 %.

En croisant ces indicateurs, nous avons défini quatre types de communes :
- socialement favorisées, lorsque le taux de pauvreté est inférieur à 12,5 %, et la part de cadres supérieurs à 12,1 %

- socialement défavorisées, lorsque le taux de pauvreté est supérieur à 16,5 %, la part d'ouvriers et d'employés supérieure à 30,5 % et/ou la part de cadres inférieure à 12,1 %[27]
- socialement contrastées, lorsque le taux de pauvreté est supérieur à 16,5 %, mais que la part de cadres est supérieure à 12,1 %
- socialement intermédiaires, lorsque le taux de pauvreté est compris entre 12,5 % et 16,5 %, la part d'ouvriers et d'employés entre 26,5 % et 30,5 %, et la part de cadres entre 8,1 % et 12,1 %

Cette catégorisation et les bornes établies ont une part d'arbitraire, mais les analyses sont ensuite réalisées plus finement en citant les données précises lors de mobilisation d'exemples spécifiques, permettant de conserver un recul critique à l'égard de ces catégories.

[27] Un taux de pauvreté élevé peut également être lié à une présence importante d'étudiants aux revenus bas, ou à une présence importante de retraités aux revenus bas, la seule catégorie socio-professionnelle ne permettant pas de saisir ces situations.

Les dernières publications de l'Irdes



- **Quel est le rôle des dépassements d'honoraires dans les écarts de revenus des médecins spécialistes libéraux ?**
  Legal R. (Irdes)
  Questions d'économie de la santé n° 312 – Octobre 2026
- **Les professionnels de santé ont maintenu le suivi des patients vivant avec une sclérose en plaques pendant la pandémie de Covid-19.**
  Duchaine F. (Irdes), Espagnacq M. (Irdes),
  Levy J. (Irdes, Hôpital Raymond Poincaré, UVSQ Paris Saclay), Regaert C. (Irdes)
  Questions d'économie de la santé n° 311 – Septembre 2026



- **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



- **Au cœur des négociations entre les professionnels porteurs de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les pouvoirs publics. Étude qualitative exploratoire auprès de trois CPTS et de l'équipe de la Caisse primaire d'Assurance maladie (Cpam) du Val-de-Marne**
  Kerjean E. (Irdes) et Fournier C. (Irdes)
  Rapport n° 607 – Novembre 2026
- **Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2). Rapport (volet 2) du programme d'évaluation Era2 sur l'expérimentation d'Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) inscrite dans l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018.**
  Bricard D. (Université de Montpellier), Cassou M. (Irdes), Daniel F. (Irdes),
  Franc C. (Cesp-Inserm, Irdes), Mousquès J. (Irdes)
  Rapport n° 606 – Octobre 2026

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
Chargé de mission : 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 de 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

Avec tact et mesure ? Analyse sociologique des prix pratiqués par les ophtalmologistes et les psychiatres libéraux

Depuis la création en 1980 d'un secteur à honoraires libres, couramment appelé « secteur 2 », la part des médecins libéraux spécialistes qui s'y installent n'a cessé de croître, atteignant 56 % en 2024. Parallèlement, les dépassements d'honoraires ont connu une dynamique soutenue, représentant 4,5 milliards d'euros en 2024 pour l'ensemble des médecins libéraux. Ces évolutions soulèvent d'importantes questions d'accessibilité financière aux soins, dans un contexte français de raréfaction de l'offre médicale, particulièrement marquée dans les territoires ruraux, et de montée des inégalités sociales.

S'appuyant sur une quarantaine d'entretiens semi-directifs conduits auprès de médecins spécialistes libéraux en psychiatrie et en ophtalmologie, ce rapport propose un éclairage sociologique en trois temps. D'une part, pour ces deux spécialités, l'installation en secteur 2 a connu une normalisation progressive depuis les années 1990, portée par la place des réseaux professionnels dans les choix d'exercice libéral et par certaines évolutions du travail médical. D'autre part, les prix pratiqués par les médecins, loin de relever de leur seule éthique personnelle, sont structurés par des conventions sociales partagées. Les ajustements des prix de transaction obéissent à des logiques plurielles, qui vont au-delà de la seule solidarité envers les patients en difficulté. Enfin, l'hétérogénéité des prix observée s'explique par des différenciations des pratiques professionnelles au sein même des spécialités, structurées selon des logiques marchandes et de surspécialisation.

IRDES
Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Irdes
21 rue des Ardennes 75019 Paris
Tél. : 01 53 93 43 21
www.irdes.fr

ISBN : 978-2-87812-676-1 (PDF)
ISSN : 2263-5416

© novembre 2026