



ASSEMBLÉE NATIONALE

15ème législature

Santé : limiter les dépassements d'honoraires

Question écrite n° 45257

Texte de la question

M. Dominique Potier interroge M. le ministre des solidarités et de la santé sur les restes à charge des actes médicaux qui pèsent sur l'accès aux soins des ménages les plus pauvres. La commission d'enquête sur « l'égal accès aux soins des Français » a publié le 19 juillet 2018 un rapport soulignant les résultats d'un sondage de la société BVA daté d'avril 2018 indiquant que « plus de 7 Français sur 10 ont renoncé au moins une fois à se soigner, quelle que soit la raison » ; 33 % des personnes indiquent y avoir renoncé pour des raisons financières. En effet, si le reste à charge des ménages français est parmi le plus faible de tous les pays de l'OCDE (6,5 % environ), celui-ci est inégalitaire, comme le souligne le dernier rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), publié le 14 janvier 2022. Des restes à charge importants demeurent sur des soins essentiels pour les 4 % de personnes qui n'ont pas d'assurance complémentaire. Cette proportion s'élève à 13 % parmi les demandeurs d'emplois. Le montant total des dépassements d'honoraires est estimé en 2016 à 2,66 milliards d'euros dont 2,45 milliards pour les médecins spécialistes. En 2018, la part de dépassements d'honoraires dans les tarifs des praticiens de secteur 2 est en moyenne de 31,5 % pour les spécialistes libéraux et de 25,3 % pour les généralistes libéraux. La réduction des dépassements d'honoraires des praticiens libéraux présente un enjeu épineux. En effet, en 2017 la Cour des comptes dénonce dans un rapport l'inefficience du « contrat d'accès aux soins » (CAS) mis en place par l'assurance maladie obligatoire (AMO) en 2013. Pour limiter les dépassements d'honoraires des médecins conventionnés en secteur 2, le CAS propose des incitations financières en échange d'une limitation des tarifs du praticien. La Cour des comptes a estimé le coût de ces contrats à 183 millions de dépenses pour 18 millions de dépassements évités. À partir de 2017, le CAS est remplacé par un nouveau contrat d'engagement entre le médecin et l'AMO : l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam). Outre le fait que la couverture est moindre pour les risques liés à l'incapacité temporaire, l'invalidité et le chômage, lesquels de ces risques touchent statistiquement plus de personnes aux revenus faibles, il demeure de nombreuses failles pour certains patients. Le rapport du HCAAM souligne par exemple que presque 30 % des dépenses de santé des patients en affection longue durée (ALD) sont sans lien avec leur affection et ne bénéficient donc pas de l'exonération du ticket modérateur. Ces dépenses participent pour presque 80 % au reste à charge après AMO des patients en ALD. Ainsi, en 2017, les 1 % des patients en ALD ayant les restes à charge les plus élevés ont eu à supporter eux-mêmes un coût moyen de 7 100 euros, composé pour près de la moitié de dépassements d'honoraires. Il demande quelles mesures entend prendre le Gouvernement pour réduire les inégalités d'accès à la santé qu'entraîne cette dérive des dépassements d'honoraires.

Données clés

Auteur : [M. Dominique Potier](#)

Circonscription : Meurthe-et-Moselle (5^e circonscription) - Socialistes et apparentés

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 45257

Rubrique : Médecine

Ministère interrogé : [Solidarités et santé](#)

Ministère attributaire : [Santé et prévention](#)

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [12 avril 2022](#), page 2340

Question retirée le : 21 juin 2022 (Fin de mandat)