France Assos Santé
La voix des usagers

NOTE D'AUDITION

à l'Assemblée Nationale

Dépassements d'honoraires

Août 2025

UNAASS : Union nationale des associations agréées du système de santé

Audition Assemblée Nationale

Dépassements d'honoraires

27/08/2025

Quelques éléments de contexte :

Création du secteur 2 par voie conventionnelle en 1980 : Pression des médecins pour revalorisation des tarifs, l'Assurance maladie qui faisait face à des difficultés budgétaires a donc cédé sur l'ouverture d'un secteur à tarifs libres, pour limiter les évolutions tarifaires Sécu > on préfère faire payer les patients !

Limitation de l'accès au secteur 2, 10 ans plus tard au regard de l'évolution importante, avec des conditions plus strictes, mais qui seront assouplies dans les années suivantes, et auront un impact essentiellement sur la médecine générale et pas pour les spécialistes qui peuvent facilement répondre aux critères.

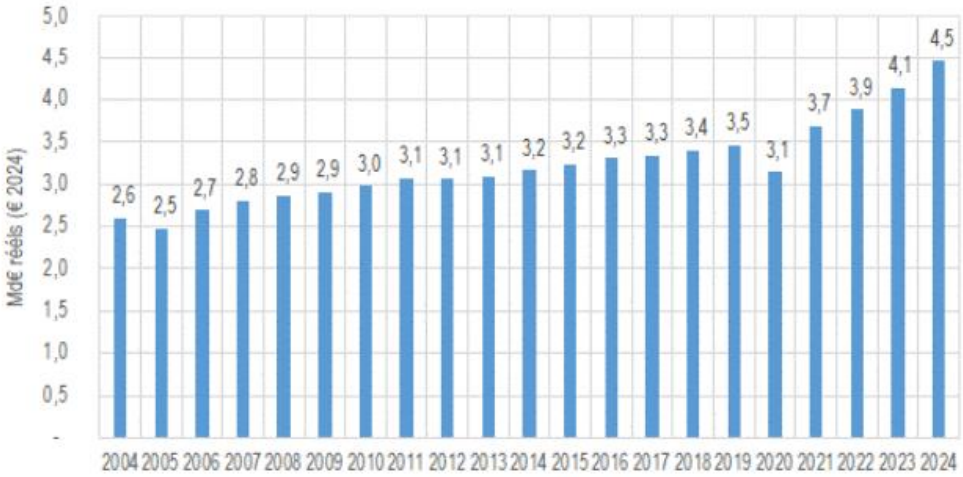
Création du contrat d'accès aux soins en 2013, remplacé par l'OPTAM en 2017, pour limiter le taux de dépassement et garantir un taux d'activité en secteur 1 > contrat volontaire en échange d'avantages (base de remboursement équivalent secteur 1 ; valorisation activité tarif opposable par une prime ; éligibilité à certains dispositifs (assistant médical, etc.).

Introduction dans les contrats responsables des complémentaires en 2015 d'une limitation des remboursements des dépassements d'honoraires : pas de remboursement au-delà de 200% du tarif sécu pour les médecins non adhérents à l'OPTAM, et en tout état de cause le remboursement des DH médecins non adhérents à l'OPTAM doit être inférieur d'au moins 20% au remboursement des DH des médecins adhérents à l'OPTAM.

Quelques données (chiffres CNAM et notamment Rapport charges et produits) :

- **4.5Mds de dépassements en 2024** (contre 2.6Mds en 2004) > +7% par an depuis 2021 contre +2% entre 2010 et 2019

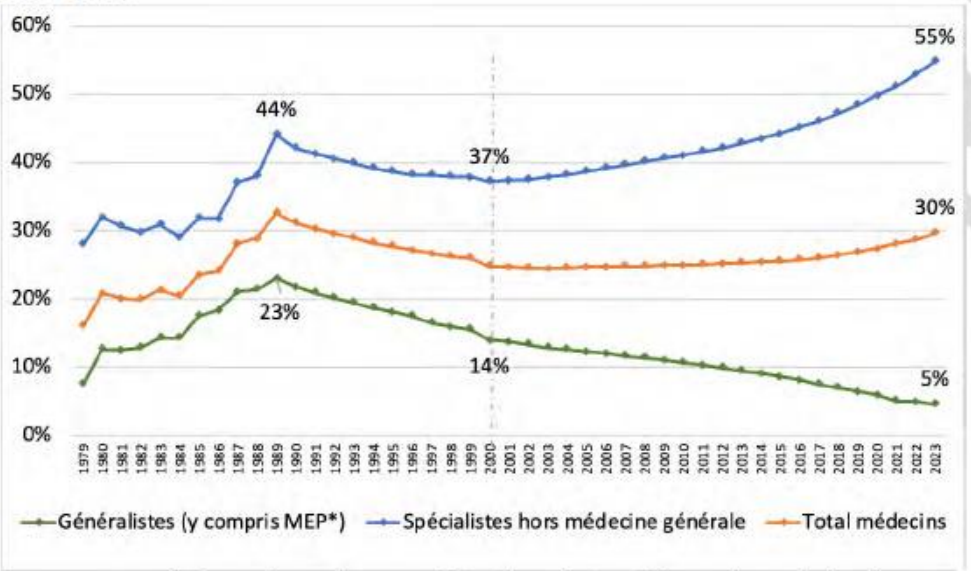
Figure 21 : Montant total des dépassements d'honoraires depuis 2003 (Md€ réels, €2024)



Source : SNIIRAM

- **56% des médecins spécialistes en secteur 2 en 2024 contre 37% en 2000** (forte accélération depuis 2017 avec +10points). Les généralistes ne sont plus que 5% à être en secteur 2.

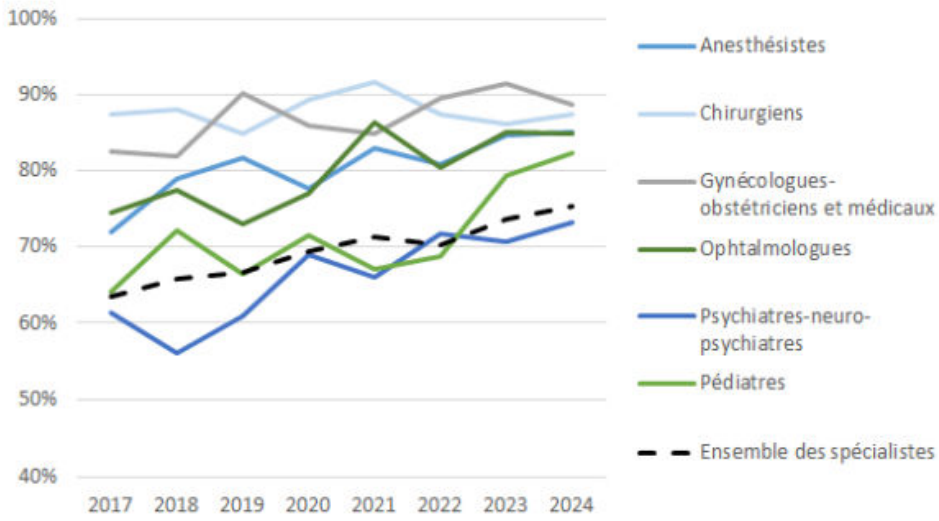
FIGURE 2 – ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE MEDECINS LIBERAUX EXERÇANT EN SECTEUR 2 ET 1 DP 1979-2023



Source : Eco-santé de 1979 à 1999 (France métropolitaine), Cnam de 2000 à 2023 (périmètre France entière)
* MEP = mode d'exercice particulier

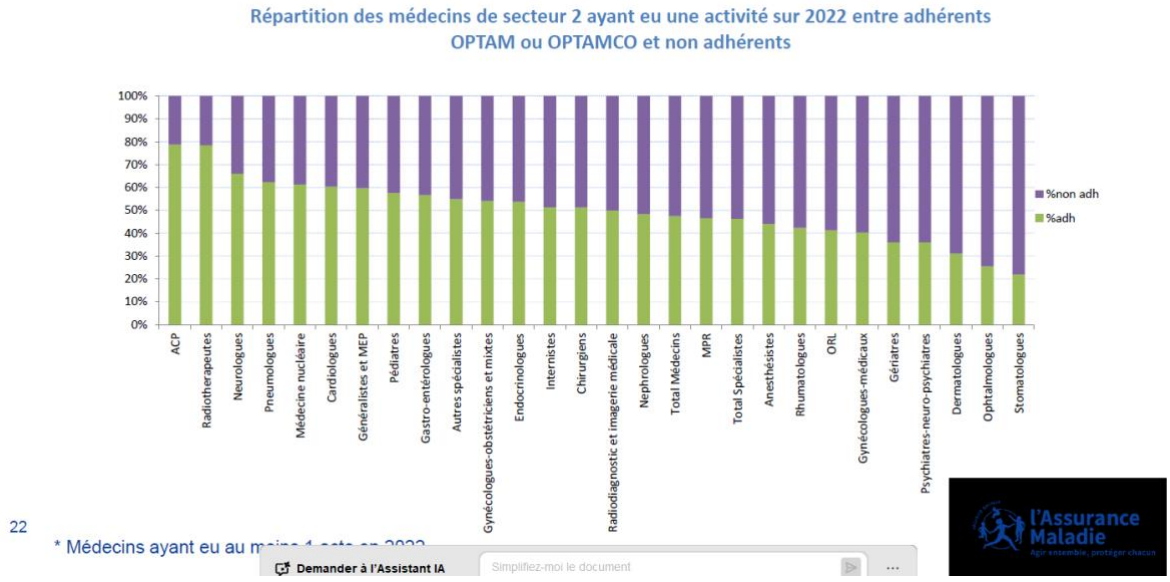
- **74% des nouveaux spécialistes se sont installés en secteur 2** en 2024 > 89% gynécos, 87% chirurgiens , 85% anesthésistes

Figure 22 : taux d'installation en secteur 2 par spécialité



Source : FNPS

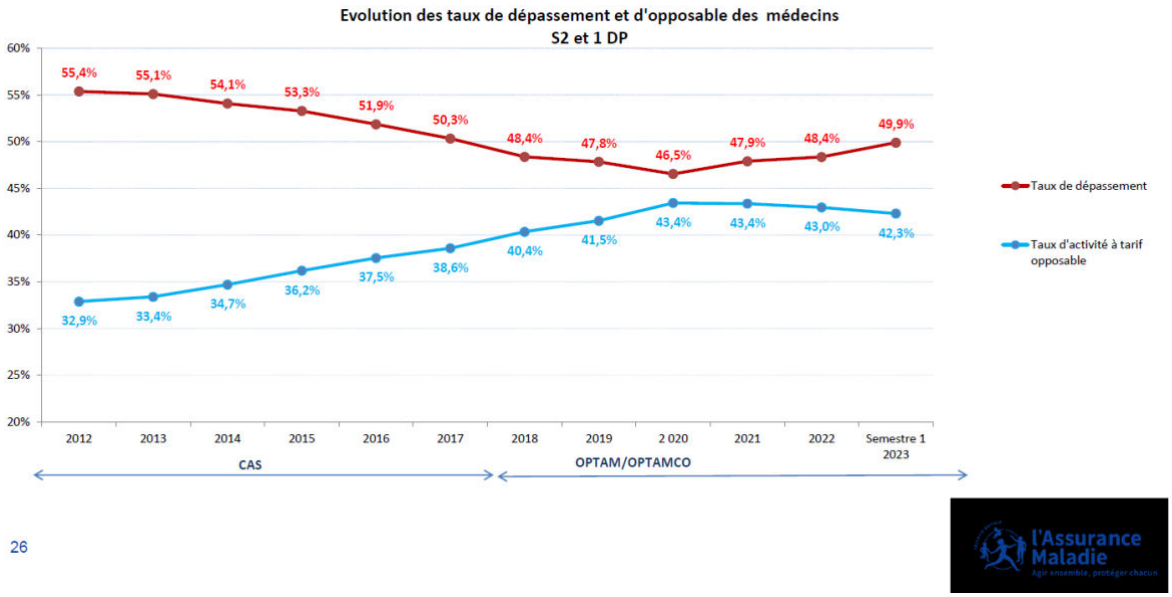
- **52.7% des médecins éligibles à l'OPTAM sont adhérents en 2022** (pas de données plus récentes), avec des disparités :



22

* Médecins ayant eu au moins 1 acte en 2022

- **Le taux d'évolution des dépassements** était en diminution constante depuis 2013 (CAS puis OPTAM, revalorisations tarifaires..) mais est **de nouveau en augmentation depuis 2021**

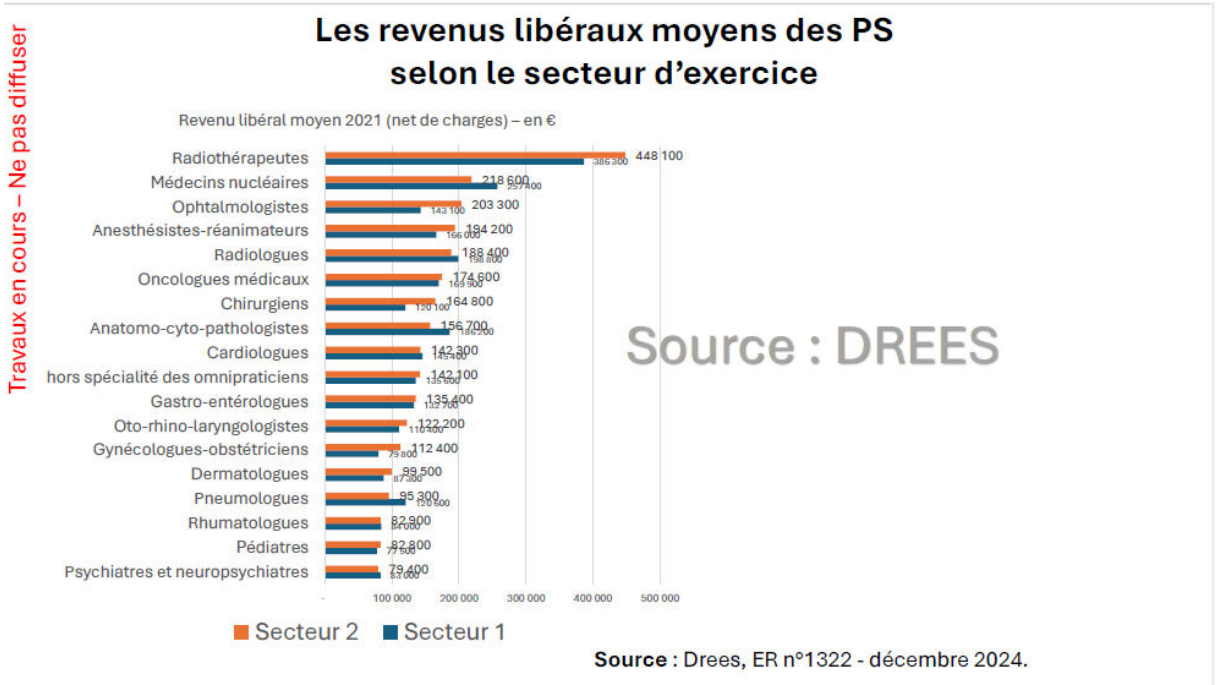


Analyse de France Assos Santé :

- Votre analyse des raisons de l'évolution des dépassements d'honoraires, et des entrées dans le secteur 2 qui tendent à augmenter malgré les dispositifs successifs pour en assurer la régulation ;

Il faut remonter à la genèse de la création du secteur 2. En 1980, alors que les dépenses de santé augmentent considérablement, notamment les dépenses hospitalières, et que les recettes ne suffisent plus, l'Assurance maladie n'est pas en mesure de répondre aux demandes des médecins libéraux qui exigent des revalorisations de tarifs, jugés insuffisants au regard de l'évolution du coût de la vie (forte inflation avec des charges qui augmentent). Cette ouverture d'un secteur à tarifs libres nait donc de l'incapacité des finances publiques à faire face, et d'un choix clair de faire plutôt payer les usagers. Ce levier a permis à l'Assurance maladie de modérer les revalorisations pendant longtemps, même si depuis la dernière convention des revalorisations significatives ont bien eu lieu.

Dès lors, puisqu'une liberté tarifaire est accordée, il était inévitable d'en arriver à la situation d'aujourd'hui…Puisqu'on peut le faire, on le fait ! Les médecins, ne souhaitent pas voir leur niveau de vie baisser (même s'il est bien au dessus du revenu médian en France situé à 2000€ !) et active donc ce levier qui leur est autorisé.



Les formes de régulation introduites, notamment restriction accès secteur 2 à partir de 1990, ou encore le CAS puis OPTAM, et limitation des remboursements des DH dans les contrats responsables des complémentaire, sont très insuffisantes. L'accès au secteur 2 est possible pour la très grande majorité des médecins spécialistes (74% s'y installent) et l'OPTAM reste un contrat volontaire. Par ailleurs, même si l'OPTAM a le mérite d'exister, il limite les tarifs à 200% du tarif opposable, et au regard du nombre de spécialistes en secteur 2, de plus en plus nombreux, le cumul des dépassements représente une forte somme pour les usagers. Par ailleurs le taux d'adhésion ne décolle pas, avec à peine plus de la moitié, et est variable en fonction des spécialités, mais aussi des territoires, et de fait un grand nombre d'usagers n'ont pas d'accès à certains spécialistes en secteur 1 ou en secteur OPTAM.

Le fait de laisser la question des DH à la voie conventionnelle, ne permet pas une régulation efficace. Les rapports de force sont tendus entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux, qui brandissent régulièrement des menaces, grève, déconventionnement, voire décision de ne pas appliquer les tarifs légaux comme on l'a vu lors des dernières négociations où plusieurs médecins généralistes ont appliqué illégalement des dépassements. Par ailleurs, nous constatons un certain laxisme de certaines caisses envers ces dépassements illégaux « pour ne pas empirer » les relations tendues > des commissions paritaires locales entre CPAM et médecins libéraux ne se sont pas tenues pendant les négociations, du fait de l'absence des médecins aux réunions. Mais aussi parfois, notamment dans les zones où les loyers des cabinets sont très élevés, comme à Paris, les caisses laissent « passer » des dépassements illégaux : exemple à Paris où un grand nombre de Kinés appliquent des dépassements, facturés en Dépassement Exceptionnel (DE) alors que ce ne sont pas des DE > on constate une tolérance de la CPAM de Paris au regard du nombre de Kinés qui les facturent, au motif que leurs tarifs ne sont pas revalorisés à hauteur de l'évolution des loyers..

Le fait qu'il n'y ait aucun tiers dans les négociations, notamment les représentants d'usagers, entraine un rapport de forces plus compliqué, souvent au détriment de l'Assurance maladie. Par exemple, lors de la dernière convention médicale qui a donné lieu à des revalorisations

générales, les engagements des médecins sont très modérés, avec aucun engagement individuel, mais juste des engagements collectifs.

Par ailleurs, un observatoire des pratiques tarifaires réunissant la CNAM, l'UNOCAM, les syndicats de médecins signataires et un représentant d'usagers désigné par France Assos Santé, avait été mis en œuvre par convention (fin 2012 avenant 8 convention médicale), et doit se réunir annuellement, mais celui-ci ne se réunit plus depuis 2018, malgré nos relances auprès de la CNAM, ce qui montre la délicatesse du sujet pour l'Assurance maladie. Les dépassements d'honoraires étant un irritant pour les médecins libéraux qui clament leur statut libéral et leur liberté de tarification (tout en réclamant dans le même temps des compensations à l'Assurance maladie lorsqu'ils accusent une baisse d'activité, comme on l'a vu pendant la crise covid..on n'est pas à une contradiction près). On peut imaginer que cela ne constitue pas non plus la priorité pour l'Assurance maladie, dès lors que ce ne sont pas des frais supportés par les finances publiques

Par ailleurs, les tentatives de régulation, par la limitation des remboursements dans les contrats responsables, représentant plus de 90% des contrats, n'a pas eu l'effet escompté non plus, et a plutôt été vécu comme une restriction pour les usagers, même si l'on comprend l'esprit de ces dispositions.

- Votre analyse de l'impact de cette évolution sur les patients, s'agissant en particulier de l'accès aux soins, et sur les médecins ;

➢ **Renoncement aux soins et creusement des inégalités d'accès aux soins**

Sondage 2024 UFC[1] > renoncement aux soins pour motif financier

- 24% ont renoncé à des soins pour des motifs financiers
- 38% des personnes touchant moins de 12000€ annuels contre seulement 8% des hauts revenus > inégalités sociales criantes
- 30% des personnes en mauvaise santé

58% des personnes interrogées ont été confrontées à des dépassements d'honoraires et les professionnels les plus cités sont les médecins spécialistes, a 72%,. Les chirurgiens et les anesthésistes arrivent bien après logiquement, dans la mesure où les usagers ont moins recours quantitativement. Néanmoins une proportion très importante de chirurgiens et anesthésistes sont en secteur 2, respectivement 87 et 85%, les personnes nécessitant donc le recours à une chirurgie sont donc très souvent confrontées à des dépassements d'honoraires, qui peuvent être très élevés, ce qui pose des difficultés.

Par ailleurs l'étude de l'UFC de novembre 2022 actualisant leur carte interactive de la fracture sanitaire[2] et qui croise l'accès territorial et financier, révèle que « lorsque l'on prend en compte l'accès aux médecins ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires, la pénurie de médecins croît de manière affolante ». En effet selon cette étude plus de 8 personnes sur

[1] https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-acces-aux-soins-69-de-nos-concitoyens-victimes-d-une-aggravation-de-la-fracture-sanitaire-n132666/?dl=141842
[2] https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-l-ufc-que-choisir-devoile-la-carte-de-l-intolerable-fracture-sanitaire-les-pouvoirs-publics-vont-ils-engin-agir-pour-la-resorber-n103835/?dl=107451

10 n'ont pas accès à un ophtalmologue ne pratiquant aucun dépassement d'honoraires à moins de 45mn de chez eux. Concernant l'accès à un pédiatre sans dépassement d'honoraires, ce sont plus de 76% d'enfants de moins de 10 ans qui n'y ont pas accès à moins de 45mn de chez eux, et pour les gynécologues, la situation est encore pire avec plus de 85% des femmes qui n'ont pas accès à moins de 45mn de chez elle à un gynécologue ne pratiquant aucun dépassement d'honoraires.

De très nombreuses personnes se retrouvent donc dans l'impossibilité, pour certaines spécialités à accéder à une offre de soins à tarifs opposables.

Par ailleurs au regard du faible taux d'adhésion à l'OPTAM, notamment pour certaines spécialités, autour de 25% pour les ophtalmologues, 40% pour les gynécologues, les contrats responsables des complémentaires santé (pour celles et ceux qui sont couverts, car nous rappelons que 11% des retraités ne le sont pas, et même taux pour les personnes les plus pauvres) ne permettent pas de prendre en charge l'ensemble des dépassements.

Si les dépassements d'honoraires ne doivent pas être facturés aux bénéficiaires de la C2S, cela n'est pas toujours appliqué et nous avons toujours des remontées en ce sens

Quelques verbatim de notre ligne Santé Info Droits concernant la C2S :

« Bonjour, ma maman âgée de 83 ans à consulté le Dr.. Elle a refusé de lui compter la consultation en prenant en charge la CSS, elle l'a obligé non seulement à payer la consultation, mais en plus à payer 100€uros en lui appliquant des dépassements d'honoraires . j'ai appelé le médecin mais elle refuse d'entendre quoi que ce soit. Elle demande à ce que ce soit la sécurité sociale qui prenne contact avec elle - elle a encaissé le chèque malgré nos demandes et que nous lui avons bien précisé que maman a la CSS. Elle a refusé de la laisser sortir de son cabinet en la menaçant de continuer à la bloquer dans son cabinet tant qu'elle ne payait pas «

« Les services de la sécurité sociale ont effectué un remboursement a maman sur les déclarations du médecin, mais n'ont pas remboursé évidement le dépassement d'honoraires qui a été appliqué a tort (puisque les médecins n'ont pas le droit d'appliquer 1 dépassement aux bénéficiaires de la CSS). sur les 100€ il a été remboursé 70€ a maman ».

« Bonjour,
Suite à un refus de soin discriminatoire pour motif financier de la part de son rhumatologue, j'ai accompagné ma mère mardi dernier au conseil départemental des médecins pour une réunion de conciliation. Celle-ci est bénéficiaire de la CSS (Complémentaire solidaire santé). Selon moi, a posteriori, la réunion s'est très mal passé par exemple le médecin lui dit au 2 tiers de la réunion "vous saviez pourtant que j'étais conventionnée en secteur 2 au mois de juin dernier" sans que personne ne trouve rien à redire ... (les dépassements sont tout simplement interdits pour les CSS) Et pas mal d'autres choses (le représentant de la CPAM en début de réunion "les gens ne se rendent pas compte des dépenses de santé" plutôt surréaliste.)
J'ai constaté le lendemain que l'objectif d'apaisement de ce genre de réunion était raté, et avais même eu l'effet inverse. Dans les faits un procès-verbal de conciliation a été signé, j'aurais voulu vous demander conseil, en particulier : "est-ce que cela peut être bloquant pour demander une poursuite des procédures (dans le

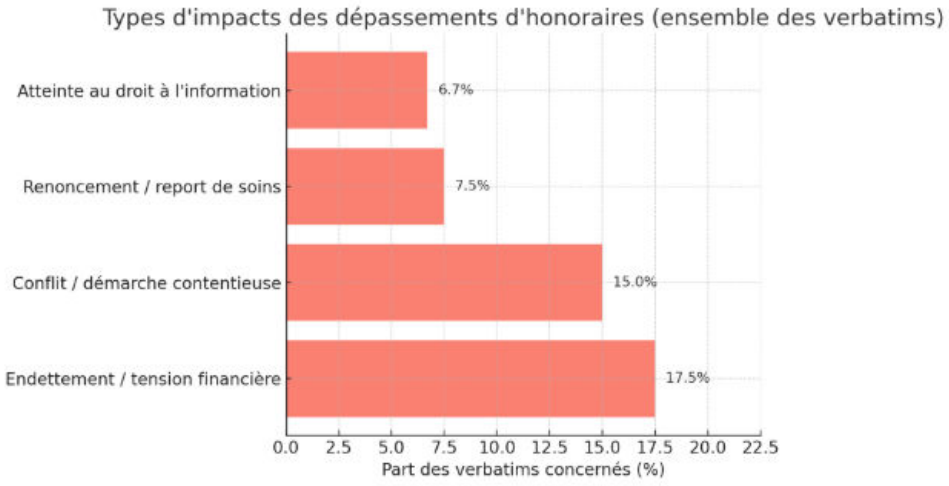
sens que le médecin face enfin face à ses responsabilités et ses propos), faut-il contester le document ou autres… ? "

De plus, le plafond de ressources pour accéder à la C2S, même payante, soit 1163€ par mois, reste en dessous du seuil de pauvreté, fixé à 1288[e] par l'INSEE[3], et exclue donc des personnes à faible revenus, notamment des personnes âgées qui doivent payer des cotisations de complémentaires santé très chères du fait de leur âge. Même pour les personnes éligibles, le taux de recours à la C2S reste faible, à 56%.[4]

Sollicitations de notre ligne d'informations juridiques et sociales, Santé Info Droits :

Sollicitations catégorisées « Dépassements d'honoraires » assez stables depuis 2023, autour de 80 en 2023 et 2024 et 62 depuis début 2025. Néanmoins cela ne correspond pas à l'ensemble des sollicitations concernant les dépassements d'honoraires qui peuvent être classées dans d'autres catégories, notamment en « refus de soins » lorsque les sollicitations concernent la facturation de dépassements d'honoraires à des bénéficiaires de la C2S (voir Verbatims précédents). Les sollicitations concernant le sujet des dépassements d'honoraires sont donc plus nombreuses en réalité.

Analyse impact verbatims :



1. Types d'impact observés

a) Renoncement ou report de soins

[3] https://www.insee.fr/fr/statistiques/5759045#tableau-figure1_radio2

[4] https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/actualites/rapports/publication-du-rapport-annuel-de-la-c2s-2024#:~:text=Pour%20rappel%2C%20le%20taux%20de,et%2034%20%25%20pour%20la%20C2SP.

- 5 % du total de cas explicites de renoncements aux soins, mais très probablement sous-déclarés : certains témoignages expriment une détresse financière ou une impossibilité de payer sans employer le mot « renoncer » et ne se retrouvent donc pas dans le taux annoncé.
- Motifs principaux :
    - Reste à charge trop élevé après remboursement mutuelle (souvent > 1 000 €).
    - Absence de mutuelle ou contrat peu couvrant.
    - Délais très courts entre la remise d'un devis et l'intervention, empêchant de chercher une alternative.
- Conséquences :
    - Retard de prise en charge (ex. chirurgie repoussée).
    - Aggravation potentielle de l'état de santé.

Exemples verbatim :

« Bonsoir, ne pouvant plus marcher pratiquement depuis deux mois, une prothèse de hanche m'est indispensable et l'opération est prévue a la clinique X, aucun chirurgien "trauma" a l'hôpital Y. Mon chirurgien me demande 300 euros de dépassement d'honoraires (non pris par ma mutuelle) notre maigre retraite avec mon mari s'élève a 1900 e complémentaire comprise, avec un loyer de 600euros.Que puis-je faire, à part annuler l'opération qui doit avoir lieu le 17 juin A/M. Merci de votre réponse Cdt »

« Bonjour je suis désolée d'intervenir pour un voisin qui a un cancer à la vessie, non seulement il vit un enfer, il faut faire l'ablation de la vessie, mais maintenant c'est le problème financier, en effet en milieu hospitalier pourtant, le chirurgien lui demande 3200 e de DÉPASSEMENT d'honoraires sans compter l'anesthésiste la chambre etc… ce Mr pense que payer un enterrement serait préférable si vous pouviez nous répondre et nous dire que faut-il faire ? Remerciements »

« Bonjour, J'ai dû annuler une intervention récemment suite à des dépassements assez élevés dans un Médipôle appartenant au groupe X. Les spécialistes en secteur 2 adhérant à l'optam qui sont sensés pratiqués des dépassements modérés m'ont rédigé des devis avec 161 % de dépassements pour l'un (gastro entérologue) et 4 fois le tarif de convention pour l'anesthésiste. Comment savoir si ces dépassements sont abusifs ? Il me semblait que l'optam engageait les adhérents à une moyenne de dépassement de 100 % du Tarif Sécu en contrepartie de réduction de cotisations sociales et prime de compensation ? Pas de réponses claires de la part de la CPAM sur le sujet après leur avoir adressé un mail. Ces spécialistes sont-ils contrôlés dans leur pratique ?

---

b) Endettement et tensions financières

- Cas fréquents dans tous les thèmes : dépassements de plusieurs centaines à plusieurs milliers d'euros, parfois réglés par emprunt ou en sacrifiant d'autres dépenses.

- Populations particulièrement touchées :
    - Bénéficiaires CSS ou ALD, bien que ces dépassements soient illégaux dans le cadre de la C2S mais tout de même appliqués.
    - Retraités à faibles revenus.
- Conséquences :
    - Stress financier important.
    - Perte de confiance dans le système de santé.

Exemples de verbatims

« Bonjour, j'avais la cmu jusqu'au 31decembre, j'ai eu le 22 décembre une intervention chirurgicale ambulatoire et le docteur me demande de payer 500 euros de dépassement d'honoraire suite a cette intervention et il n'accepte pas de les enlever. Comment je fais s'il vous plait sachant que c'est une grande somme pour moi. bien cordialement »

« Suite à une opération d ' ablation d ' une partie de mon rein gauche à cause d ' une tumeur et qui s ' est avérée cancéreuse, mon chirurgien me demande des dépassements d ' honoraires de plus de 700 € et la clinique de 500 €. Je ne suis pas du tout en mesure de les régler car j'ai une petite retraite, c'est pour cette raison que je vous envoie ce message pour vous demander des conseils sur ce que je dois faire. Je vous remercie pour votre réponse. Cordialement »

« J'ai eu un souci de communication avec un médecin spécialiste qui m'a opéré. Pour vous expliquer, j'ai eu un accident qui m'a causé une opération chirurgicale d'urgence. Le médecin ne m'a pas bien informé des tenants et aboutissants et ne m'a pas éclairé sur les coûts qui allaient être à mes frais, il m'a dit dès le départ que je dois me faire opérer de toute urgence, car il me reste que deux semaines avant que le ligament se rétracte et ensuite ce n'est pas opérable. Donc j'ai écouté ses recommandations à la suite de mes radiographies et échographie il m'a dit qu'en effet je dois me faire opérer lorsqu'il m'a donné le devis, il me restait que quelques jours avant de me faire opérer il m'avait donné ce jour-là aussi des documents de la clinique à remplir et à appeler pour prendre rendez-vous. Ce que je reproche à ce médecin, c'est de ne pas m'avoir donné assez de temps pour comparer avec d'autres médecins, et de ne pas me dire qu'il y a forcément un dépassement d'honoraires et que j'aurai un reste à charge. Il ne connaît pas ma situation, il ne sait pas si je suis financièrement viable ou pas, je trouve ça grave que j'ai dû dépenser de ma poche presque 1000 € pour une chirurgie réparatrice en clinique, je sais bien, mais je reste une patiente, je ne connais pas tout, je n'ai pas été informée des coûts engendrés alors qu'il savait très bien que, peu importe la Mutuelle, je n'aurais pas pu avoir un remboursement total. Je trouve ça malhonnête de sa part, pouvez-vous m'aider ? qu'est-ce que je peux faire ? car comme je le dis, cela peut mettre dans des situations contraignantes de devoir avoir des dépenses imprévues. J'ai l'impression de m'être fait escroquer ».

« Je viens de décommander un rendez-vous de scanner dans une clinique parce que j'ai des problèmes de mobilité en ce moment. J'avais pris un premier rendez-vous mais j'ai rappelé pour les dépassements d'honoraires. Le premier rendez-vous était en mars et celui sans dépassement, c'était début avril. Samedi j'ai rappelé parce que je n'étais pas sûre de l'horaire. J'ai demandé le nom du médecin et je lui demande de me confirmer que je n'aurai pas de dépassement d'honoraire. Là, il se trouve que personne n'est disponible pour m'accompagner. J'ai donc appelé pour annuler. »

« Bonjour, Le 14/12/2021 j'ai été victime d'un accident du travail (chute de hauteur). Les pompiers m'ont emmené aux urgences de l'Hôpital X qui n'a pas fait les examens nécessaires et n'a donc pas vu que

j'avais une vertèbre de cassée, le ménisque droit HS, tendons pied droit touchés ainsi que 6 cervicales touchées. Suite à des souffrances insupportables qui ne passaient pas avec le temps, mon médecin traitant m'a fait faire les examens nécessaires en mars 2022 et le verdict est tombé. A ce jour je dois subir une double opération arthrodèse et corporectomie, sachant que si l'Hôpital X avait fait le nécessaire une cimentoplastie aurait suffi. J'ai adressé mail et RAR à l'Hôpital X sans jamais avoir eu de réponse. Les chirurgiens et anesthésiste me réclament la somme de 7420 € de dépassement d'honoraires. Cette somme devrait être prise en charge par l'Hôpital X sans compter les frais annexes, la perte de salaire, le traumatisme psychologique et la liste n'est pas exhaustive. Vous remerciant de bien vouloir répondre à mes interrogations, Cordialement »

---

c) Conflits et démarches contentieuses

- Plusieurs verbatims évoquent :
    - Plainte auprès du Conseil de l'Ordre.
    - Recours à l'ARS, à un médiateur ou à la protection juridique.
    - Demandes d'annulation de factures ou de remboursement.
- Ces démarches prennent du temps et sont perçues comme complexes, décourageant une partie des usagers à agir.

Exemples de verbatims

« J'appelle pour mon cousin qui a été édenté par praticien alors qu'il avait seulement 7 dents à soigner. La seule fois où il a consenti aux soins c'est lors de la première intervention le 5 septembre 2021. Les autres fois il y a eu des interventions sans consentement. En plus il n'a pas signé les devis, les deux devis qui lui ont été communiqués, après coup à sa demande, et qui en plus ont été falsifiés Il a eu d'autres soins 5, 6 en tout. Là on en est à la procédure amiable, on prépare un courrier pour l'assureur du praticien, et on a besoin de conseils juridiques pour préparer ce courrier. On a actionné la protection juridique de mon cousin »

« Hôpital privé X, ma mère a été hospitalisé 3 jours, le 3e jour était motivé par le fait de voir un gastro entérologue qu'elle n'a jamais vu ; elle a reçu une facture de 686€ pour dépassement d'honoraires. Est-ce normal ? Devons-nous prendre un avocat ? »

« Mon fils s'est fait retirer 4 dents de sagesse. Il n'y avait pas de devis. En fait, le devis était dans le dossier d'hospitalisation. La mutuelle n'a pas voulu prendre en charge. C'était 3 jours avant l'opération. J'ai appelé pour annuler car on n'a pas les 400 euro, mais la secrétaire m'a dit qu'elle s'arrangeait avec le chirurgien. Or l'opération a eu lieu et le chirurgien refuse de revenir sur ses honoraires. J'ai fait des courriers mais rien n'y fait. Qu'est-ce que je fais ? »

« A Strasbourg, il y a une clinique qui est un ESPIC et il y a un médecin qui met des dépassements d'honoraires donc je voulais savoir s'il pouvait ? l'avocat que j'ai vu m'a dit que ce n'était pas possible et que si je dénonçais, je ne me ferais plus opérer. Donc est-ce vous pouvez signaler à l'ARS ? ? »

---

d) Atteinte au droit à l'information

- Plus de 30 % des cas concernent un défaut de devis ou d'information préalable sur les tarifs.
- Impact indirect sur l'accès aux soins : impossibilité d'anticiper les coûts, ce qui pousse à accepter des soins qu'on aurait peut-être refusés ou différés.

Exemples de verbatims

« Bonjour, le 30 janvier dernier mon médecin traitant m'a fait régler une consultation à 30 euros, or je n'ai été remboursée que sur la base de 26.5 euros. Mon médecin le Dr XXXXX Gatt ne m'a pas informée alors du dépassement d'honoraire. Comment puis-je contester maintenant ? Bien cordialement »

« Je voudrais signaler la tarification d'un médecin. Dans son cabinet le montant de la consultation est affiché mais au moment du paiement, il réclame à ma fille le double. Elle n'a rien dit et a payé. Mais après coup, je me rends bien compte qu'il y'a une fraude. Auprès de qui je peux signaler ?

« Des dépassements d'honoraires de 138 euros m'ont été facturés dans un centre de radiologie sans aucune information d'accord préalable ni devis ni à la confirmation du RDV ni à l'arrivée au secrétariat. Est-ce légal de ne pas informer le patient. Puis-je le contester et quelle marche à suivre ? Dans l'attente de votre réponse je vous remercie. »

« Je suis faite opérée dans une clinique. Alors que le devis était de 2600€, je reçois une facture d'une somme de 3600. Que puis-je faire ? »

---

2. Thèmes les plus sensibles à l'impact

Thème	Types d'impacts dominants	Exemples concrets
Hospitalisation	Renoncement, endettement	Opération annulée faute de moyens ; dépassements annoncés la veille de l'acte
Consultation	Atteinte au droit à l'info, non-remboursement	CSS facturée ; dépassement non annoncé, mutuelle refusant le remboursement
Soins dentaires	Reste à charge élevé, renoncement	Couronne à 800 € avec reste à charge > 400 € ; patient cherchant des alternatives
Chirurgie	Endettement, conflits	Dépassement très au-dessus du devis initial, mutuelle ne couvrant pas la différence

---

3. Conséquences indirectes

- Détérioration de la relation médecin-patient. Plusieurs témoignages relatent des altercations ou des tensions lors du paiement.
- Sentiment d'injustice. L'impression que le système favorise ceux qui ont une couverture haut de gamme, laissant les autres face à des choix impossibles.
- Effet dissuasif. Même sans renoncement déclaré, certains patients déclarent éviter à l'avenir certains praticiens ou spécialités par peur du coût.

---

4. Points d'attention

- Les situations de **CSS** mal appliquées sont nombreuses et souvent contraires à la réglementation → forte marge d'amélioration via contrôle et information.
- Le renoncement réel pourrait être **supérieur aux 5 % détectés**, car il n'est pas toujours verbalisé clairement dans les témoignages.
- Les dépassements interviennent parfois **en urgence ou dans un contexte de vulnérabilité médicale**, ce qui réduit encore la capacité de choix du patient.

- Vos propositions pour en assurer une meilleure maitrise.

La voie conventionnelle n'est pas suffisante, nous demandons une régulation par voie législative :

- Durcir les conditions d'accès au secteur 2
- Obligation d'une part de l'activité à tarifs opposable pour l'ensemble des médecins (à définir en fonction des spécialités, cela peut être un pourcentage ou des actes déterminés)
- Interdiction de tout dépassement sur tout ce qui a trait à la prévention
- Suppression à terme du secteur à tarifs libres au profit d'un secteur à tarifs limité (à déterminer si on se réfère au secteur OPTAM soit 200% max du tarif sécu)

Dans l'attente de la mise en œuvre de ces dispositions :

- Ressusciter l'Observatoire des Pratiques Tarifaires, en dormance depuis 2018, avec une publication des données annuelles
- Obligation d'affichage de l'interdiction de facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la C2S (qui devra s'accompagner de l'obligation d'interdiction de refus de soins discriminatoires)

- Objectiver la notion de « tact et mesure » qui reste trop subjective

- Etablir plus de contrôle et de sanctions sur les dépassements d'honoraires abusifs (voire illégaux !) > la notion d'abusif concerne aussi bien le taux de dépassement que les conditions non respectées, à savoir l'information du patient, affichage des tarifs, l'établissement du devis, etc. Les dépassements illégaux concernent notamment toutes les facturations en DE qui n'en sont pas (exemple des kinés dans certaines grandes villes qui en facturent systématiquement) ou les médecins de secteur 1 non autorisés à dépassements qui en pratiquent, parfois à la main…

Il sera parallèlement nécessaire d'être juste sur les tarifs conventionnés appliqués, pour les professionnels de santé en remettant à plat la nomenclature. Par ailleurs, nous demandons la diminution de la tarification à l'acte, pour aller vers plus de tarification forfaitaire, sans dépassement d'honoraire possible.

A propos de France Assos Santé

L'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS) dite France Assos Santé a été créée en mars 2017 dans la continuité d'une mobilisation de plus de 20 ans pour construire une représentation des usagers interassociative. Organisation de référence pour défendre les intérêts des patients et des usagers du système de santé, sa mission est inscrite dans le Code de la santé publique (loi du 26 janvier 2016). Forte d'un maillage territorial de 18 délégations régionales (URAASS), elle regroupe près de 100 associations nationales et plusieurs centaines d'associations régionales qui agissent pour la défense des droits des malades, l'accès aux soins pour tous et la qualité du système de santé. Elle forme les 15 000 représentants des usagers qui siègent dans les instances hospitalières, de santé publique ou d'assurance maladie. Elle prend une part active dans le débat public et porte des propositions concrètes auprès des acteurs institutionnels et politiques pour améliorer le système de santé.

France Assos Santé

La voix des usagers

Défendre vos droits Vous représenter Agir sur les lois

Document réalisé par le service communication de France Assos Santé. Août 2025.