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

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.