# Dépassements d’honoraires : les pigeons de la farce !

## Qu’en ressort-il ?

1/ Le plafond de 150% du tarif de la Sécurité sociale est un faux-plafond. Au final, il est simplement retenu dans le préambule de l’accord comme un « repère » parmi d'autres, et reste donc aussi flou que le « tact et la mesure » pour apprécier un dépassement excessif. Il n’y a pas de changement, on est toujours dans la même logique que celle qui nous a conduit à plus de 2,5 milliards d’€ de dépassements d’honoraires médicaux.

2/ La perspective d’un contrôle par l’Assurance maladie ne peut que faire sourire : ça fait 30 ans qu’elle est censée contrôler. Elle ne l'a pas fait, comment croire qu'elle le fera demain… ? Surtout avec la procédure envisagée qui s’apparente à une usine à gaz toute vouée à ce que la sanction se perde dans les méandres de sa complexité.

3/ La création d’un nouveau secteur tarifaire qualifié de « contrat d’accès aux soins » est la porte ouverte à la généralisation et à la légitimation des dépassements d’honoraires, plutôt qu’à leur limitation… d’autant qu’il ne se substitue pas au secteur 2, celui-ci étant maintenu. Quel médecin acceptera de lâcher la proie des dépassements d’honoraires en secteur 2, pour l’ombre de la prise en charge de ses cotisations sociales dans le cadre du « contrat d’accès aux soins » ? Il suffit de faire le calcul : puisque les dépassements peuvent aller au-delà de 150%, le médecin n’a plus d’intérêt à adhérer au contrat d’accès aux soins qui bloque ses dépassements à 100% !

4/ Est habilement dissimulée au sein de l’accord, la possibilité pour les médecins du secteur 1 de pratiquer des dépassements dans le cadre du contrat d’accès aux soins. On ne limite donc pas les dépassements d’honoraires. On étend le nombre des médecins qui pourront les pratiquer en les autorisant en secteur 1 !!!!

5/ La mise en place d’un observatoire est un camouflet pour les usagers : les nombreux rapports et enquêtes sur le sujet, dont ceux de l’IGAS, font fonction d’observatoire depuis plusieurs années, et plus de 6 milliards d’€ de dépassements ont été diagnostiqués (médecine de ville, optique et dentaire). Attend-on de la puissance publique un autre observatoire ? Non. Nous avons besoin de décisions courageuses. Un accord au rabais a donc été préféré à une loi protectrice pour les citoyens.

**Nous ne pouvons plus maintenant qu’en appeler aux instances supérieures :**

- Pour **demander au Gouvernement et au Président de la République de s’exprimer sur cet accord et d’introduire au projet de loi de financement de la sécurité sociale, en cours d’examen au Parlement, les dispositions supplémentaires indispensable pour que cet accord ne soit pas un chiffon de papier**. C’est ainsi que les associations agréées de santé doivent être autorisées à suppléer les patients quand ils ont besoin de saisir les commissions chargées du contrôle des dépassements d’honoraires.
- **Pour saisir le juge de la légalité de l’accord qui vient d’être signé**, puisque cet accord sera publié par arrêté. Et pour soulever à cette occasion une question prioritaire de constitutionnalité sur la conformité de cet accord aux principes constitutionnels régissant la République.

Avant cela, nous avons dès vendredi matin, un rendez-vous avec l’opinion : le CISS démontrera, sondage à l’appui, l’incroyable écart entre les attentes de nos concitoyens et l’accord qui vient d’être signé.