

Le cumul des dépassements d'honoraires au cours d'un épisode de soins : l'exemple de l'accouchement

Renaud Legal, Roseline Vincent,
Marie Bonal (Irdes)

Repères

Afin de contribuer aux travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam) sur les dépassements d'honoraires, l'Irdes a conduit en 2025 plusieurs études avec le soutien financier du Hcaam [1,2]. L'une d'elles analyse le cumul des dépassements pour différents épisodes de soins – l'accouchement unique par voie basse sans complication, la chirurgie du cristallin, la prothèse totale de hanche et la coloscopie – et actualise les résultats de travaux plus anciens de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) [3].

Les résultats présentés ici portent exclusivement sur l'accouchement, pour lequel les pouvoirs publics ont instauré une exonération du ticket modérateur à partir du sixième mois de grossesse, ce qui n'empêche pas certains soins de donner lieu à des dépassements d'honoraires.

En France, plus de la moitié des médecins spécialistes exercent en secteur 2 et peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires. Pour les patients, ces dépassements s'ajoutent au reste à charge et ne sont que partiellement couverts par les complémentaires santé.

Pour mesurer concrètement l'ampleur qu'ils peuvent représenter lors d'un événement fréquent tel que l'accouchement, cette étude évalue l'ensemble des dépassements facturés autour de l'épisode de soins : des quatre derniers mois de grossesse jusqu'aux douze jours suivant la sortie de maternité.

En 2021, plus d'une patiente sur deux a été confrontée à au moins un dépassement lors de son épisode d'accouchement. Lorsqu'ils existent, ces dépassements atteignent en moyenne 300 €, mais sont supérieurs à 755 € pour les 10 % de patientes les plus exposées. Les écarts selon le type de maternité sont particulièrement marqués : neuf patientes sur dix accouchant en clinique privée paient en moyenne 540 € de dépassements au cours de leur épisode, contre quatre patientes sur dix dans le public, où les dépassements ne peuvent intervenir qu'avant ou après le séjour (110 € en moyenne).

Ces pratiques renforcent les inégalités territoriales : lorsqu'elles ne sont pas protégées par la complémentaire santé solidaire (C2S), les femmes des communes défavorisées sont plus souvent exposées à des dépassements élevés lorsque l'offre en secteur 1 dans leur département de résidence est limitée.

Les dépassements d'honoraires existent depuis les débuts de l'Assurance maladie, mais leur importance s'est fortement accentuée depuis la création du secteur 2 en 1980. Malgré plusieurs dispositifs de régulation mis en place depuis trente ans¹, ils n'ont cessé de progresser. Aujourd'hui, plus de la moitié des médecins spécialistes libéraux exercent en secteur 2 et peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires². En 2025, leur montant total atteignait 4,7 milliards € pour les spécialistes [4].

Ces dépassements ne sont pas financés par l'Assurance maladie obligatoire et sont donc directement supportés par les patients ou leur complémentaire. Or, les

¹ Gel du secteur 2 en 1990, secteur optionnel et option de coordination élargie de 2004 à 2012, contrat d'accès aux soins (CAS) de 2012 à 2016, option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) depuis 2016.

² Contre 4 % seulement des médecins généralistes libéraux. La réforme de 1990 dite du « gel du secteur 2 » a restreint l'accès à ce secteur à certains titres hospitaliers, excluant de fait les généralistes.

contrats de complémentaire santé couvrent très inégalement ces dépassements : en 2021, 40 % des assurés en contrat individuel n'avaient aucune garantie couvrant les dépassements de spécialistes, contre seulement 10 % des assurés couverts par un contrat collectif [5]. Même parmi les assurés disposant d'une couverture, les niveaux de prise en charge varient fortement : pour une consultation de spécialiste hors Optam³, seul un assuré sur dix en contrat individuel bénéficie du plafond maximal autorisé de prise en charge⁴, contre près de la moitié des assurés en contrat collectif [5]. Au global, environ 40 % de l'ensemble des dépassements est pris en charge par les complémentaires santé [4].

Les dépassements sont très concentrés : durant une année, près d'un patient sur deux n'en paie jamais, tan-

dis que d'autres y sont exposés de manière récurrente. Ils varient selon le lieu d'habitation, les spécialités consultées et les niveaux de besoin en soins [1, 2 et 4]. Ils contribuent également à accentuer les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins et peuvent conduire à du renoncement, en particulier chez les patients modestes [6].

Pour mieux objectiver ce que ces dépassements représentent concrètement pour les patients, cette étude analyse non pas les dépassements acte par acte, mais leur cumul sur l'ensemble d'un épisode de soins (Encadré Définitions). Cette approche permet de saisir le montant réel auquel les patients peuvent être confrontés.

L'épisode de soins lié à l'accouchement présente à cet égard un intérêt particulier du point de vue des politiques publiques. Les pouvoirs publics ont en effet instauré une exonération du ticket modérateur pour l'ensemble des soins des femmes enceintes, qu'ils soient ou non en lien avec la grossesse, à partir du sixième mois et jusqu'au douzième jour suivant l'accouchement, afin de supprimer leur reste à charge. Ce dispositif vise en particulier à protéger les femmes les plus modestes. Toutefois, les dépassements d'honoraires, non pris en charge par l'Assurance maladie, peuvent en réduire la portée.

L'épisode de soins étudié est celui lié à l'accouchement unique, par voie basse et sans complication, qui est l'accouchement le plus fréquent et le moins exposé aux risques de dépassements. Sont donc notamment exclus les accouchements par césarienne et les accouchements multiples (Encadré Source et méthodes). Les patientes bénéficiant de la complémentaire santé solidaire (C2S) sont également exclues du champ, afin de ne conserver que les situations où les dépassements sont autorisés. L'analyse porte ainsi sur près de 360 000 épisodes, soit environ la moitié de l'ensemble des naissances en 2021⁵.

Définitions

La **complémentaire santé solidaire (C2S)**, entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2019, résulte de la fusion de la couverture maladie complémentaire (CMU-C) et de l'aide pour une complémentaire santé (ACS). Elle garantit aux assurés aux ressources modestes une couverture complémentaire de qualité, avec une cotisation nulle ou plafonnée. En juin 2025, 7,9 millions de personnes étaient couvertes par la C2S. Sauf exigences particulières du patient, les médecins ne sont pas autorisés à facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la C2S.

Les **dépassements d'honoraires** correspondent au supplément facturé par un médecin libéral par rapport au tarif conventionnel fixé par l'Assurance maladie. Ils sont pratiqués par les médecins exerçant en secteur 2, et par certains rares médecins de secteur 1 bénéficiant d'un droit permanent à dépassement. Les autres médecins de secteur 1, de même que les sages-femmes, ne peuvent pas pratiquer de dépassements d'honoraires, sauf en cas d'exigence particulière de temps ou de lieu formulée par le patient. Les dépassements ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire ; ils sont financés par le patient et, le cas échéant, par son assurance maladie complémentaire.

Un **épisode de soins** est l'ensemble des prestations médicales liées à un même événement de santé sur une période donnée. Dans cette étude, l'épisode de soins relatif à un accouchement est défini de manière conventionnelle comme l'ensemble des soins réalisés dans les quatre mois précédant le premier jour du mois de sortie et les 12 jours suivant le dernier jour du mois de sortie de maternité, qu'ils soient ou non directement liés à la grossesse et à l'accouchement. L'ensemble des dépassements facturés au cours de cette période est cumulé, qu'ils aient lieu avant, pendant ou après l'hospitalisation (Annexe électronique, Schéma 1).

Les **établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic)** sont des établissements de santé privés à but non lucratif exerçant des missions de service public. Les praticiens libéraux qui y exercent ne sont pas autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires et les médecins salariés ne sont pas autorisés à y exercer une activité libérale, cette possibilité étant réservée aux seuls praticiens hospitaliers des établissements publics.

³ L'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) est un dispositif conventionnel instauré par la convention médicale de 2016, succédant au contrat d'accès aux soins (CAS) ouvert en 2012. Il vise à modérer les dépassements d'honoraires des médecins de secteur 2 en contrepartie d'avantages financiers (prime proportionnelle à l'activité aux tarifs opposables et conditions de remboursement alignées sur le secteur 1). Le mécanisme repose sur des engagements relatifs au taux de dépassement et à la part d'activité réalisée aux tarifs opposables. La convention médicale de 2024 a renforcé et aménagé le dispositif, notamment par la création de l'Optam-ACO et par une modulation plus fine des avantages en fonction du respect des engagements.

⁴ Le plafond réglementaire de prise en charge correspond ici aux limites imposées aux contrats responsables : pour les spécialistes non adhérents à l'Optam, les remboursements sont plafonnés à 200 % du tarif conventionnel (soit un dépassement maximum de 100 %), avec un maximum nécessairement inférieur d'au moins 20 points de pourcentage à celui des médecins adhérents à l'Optam.

⁵ En 2021, 738 000 bébés sont nés en France [7].

L'analyse comporte quatre volets. Le premier étudie la fréquence et les montants des dépassements selon le type d'établissement où a lieu l'accouchement (hôpital public, établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic) ou clinique privée). Le deuxième examine la répartition des dépassements entre les principales spécialités médicales impliquées dans l'épisode et le moment auquel ils sont intervenus (avant, pendant ou après le séjour hospitalier de l'accouchement). Le troisième analyse les variations d'exposition selon le niveau de défaveur sociale des communes, approché par un indice de déprivation (le FDEP) [Encadré Source et méthodes]. Un dernier volet met en évidence des disparités départementales importantes dans l'exposition aux dépassements montrant que, à niveau de défavorisation comparable, les situations diffèrent fortement selon les territoires, en lien étroit avec la densité locale de l'offre publique de maternités.

Des expositions aux dépassements très différentes selon le type de maternité dans laquelle la patiente a accouché

En 2021, 54 % des patientes ayant accouché par voie basse sans complication ont été exposées à au moins un dépassement d'honoraires au cours de leur épisode de soins (EDS). Pour ces patientes, l'ensemble des dépassements durant tout l'épisode de soins atteint en moyenne 300 €, avec de forts écarts : pour les 10 % les moins exposées, le montant est inférieur à 25 €⁶, tandis que pour les 10 % les plus exposées, il est supérieur à 755 €.

Des règles de facturation qui diffèrent selon les maternités

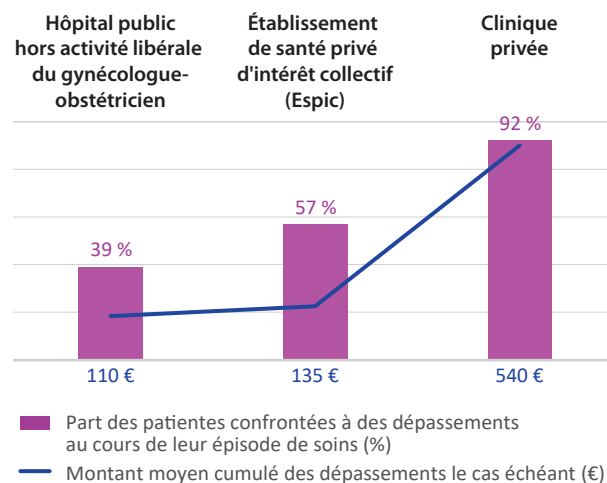
Dans les maternités publiques, aucun dépassement ne peut être facturé pendant l'hospitalisation, sauf si l'accouchement est réalisé dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier – une situation très marginale qui ne concerne que 0,3 % des patientes de notre champ. Les maternités Espic sont soumises au même principe : les médecins n'y sont pas autorisés à pratiquer de dépassements.

Dans ces deux types d'établissement, les éventuels dépassements d'honoraires des médecins proviennent donc exclusivement de soins réalisés avant ou après le séjour hospitalier de l'accouchement.

En revanche, les sages-femmes appliquent systématiquement des tarifs opposables, aussi bien pour le suivi de la grossesse que, dans certains cas, pour les examens d'imagerie (Encadré Définitions).

À l'inverse, pour les patientes ayant accouché dans une clinique privée, des dépassements peuvent potentiellement être facturés également pendant l'hospitalisation et ainsi concerner tout l'épisode : consultations ou exa-

G1 Part de patientes confrontées à des dépassements d'honoraires au cours de leur épisode de soins et montant moyen cumulé, selon le type de maternité



Lecture : En 2021, 39 % des patientes ayant accouché à l'hôpital public, hors activité libérale du gynécologue-obstétricien, ont été confrontées à au moins un dépassement au cours de leur épisode de soins, pour un montant moyen cumulé de 110 € lorsqu'un dépassement est observé.

Sources : SNDS 2021, traitements Irdes.

Champ : Patientes ayant été hospitalisées en 2021 pour un accouchement unique par voie basse sans complication, hors bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S).

mens prénataux, acte d'accouchement lui-même, acte d'anesthésie, soins en aval.

Des niveaux d'exposition qui varient fortement selon l'établissement dans lequel la patiente a accouché

Ces différences de règles modèlent très directement l'exposition moyenne des patientes selon le type d'établissement dans lequel elles ont accouché (Graphique 1).

Pour les patientes ayant accouché en clinique privée, l'exposition aux dépassements au cours de l'ensemble de l'épisode de soins est très élevée : neuf sur dix acquittent au moins un dépassement. Le montant cumulé atteint en moyenne 540 €, ce niveau s'expliquant en grande partie par le fait qu'une proportion importante d'entre elles se voit facturer un dépassement par le gynécologue-obstétricien qui a réalisé l'accouchement mais aussi, le cas échéant, par l'anesthésiste, en sus de ceux pouvant être associés aux consultations et examens prénataux ou postnataux⁷.

⁶ Correspondant à un seul dépassement, le plus souvent de gynécologues.

⁷ Cette situation concerne 46 % des patientes ayant accouché en clinique privée. Elle concerne également 51 % des patientes ayant accouché à l'hôpital public lorsque le gynécologue-obstétricien intervient dans le cadre d'une activité libérale (soit moins de 1 % des accouchements), donnant lieu à une facturation distincte de l'acte d'accouchement.

Pour les patientes ayant accouché à l'hôpital public (hors activité libérale), l'exposition est beaucoup plus faible : quatre patientes sur dix seulement paient au moins un dépassement au cours de leur épisode de soins. Ces dépassements proviennent exclusivement de l'amont ou de l'aval, et leur montant cumulé est en moyenne de 110 €.

Enfin, pour les patientes ayant accouché en Espic, l'exposition se situe à un niveau intermédiaire : 57 % d'entre elles rencontrent au moins un dépassement au cours de leur épisode de soins, pour un montant moyen d'environ 135 €, là encore limité à l'amont et à l'aval du séjour.

A noter que les séjours réalisés à l'hôpital public pour lesquels le gynécologue-obstétricien est intervenu dans le cadre de son activité libérale constituent un cas à part. Ils sont très rares (0,3 % des accouchements) mais s'accompagnent d'une exposition élevée : 78 % des patientes concernées paient au moins un dépassement au cours de leur épisode, pour un montant moyen de 585 €, soit un niveau comparable à celui observé pour les patientes du secteur privé.

En France, la majorité des accouchements ont lieu dans des maternités publiques⁸, qui représentaient en 2021 70 % de l'ensemble des maternités et 72 % des lits d'obstétrique. S'agissant des accouchements analysés dans cette étude, 67 % d'entre eux ont lieu dans une maternité publique (dont une part infime en activité libérale), tandis que 25 % ont lieu en clinique privée et 7 % en Espic.

Ces différences d'exposition moyenne aux dépassements d'honoraires, selon le type de maternité, ne renseignent toutefois pas sur l'origine des dépassements au sein de l'épisode de soins. Pour mieux comprendre ce qui pèse réellement dans le montant cumulé – et à quels moments les patientes y sont le plus exposées – il est nécessaire d'examiner plus finement les spécialités impliquées et la répartition des dépassements entre l'amont, le séjour et l'aval de l'hospitalisation.

⁸ En 2023, sur l'ensemble des accouchements réalisés en France métropolitaine, 73 % ont eu lieu dans des maternités publiques, 8 % dans des maternités privées à but non lucratif et 18 % dans des maternités privées [8].

Source et méthodes

Données et champ

L'analyse repose sur les données du Système national des données de santé (SNDS) pour l'année 2021, combinant les données de soins de ville (DCIR) et les données hospitalières (PMSI). Elle porte sur l'ensemble des patientes ayant été hospitalisées pour un accouchement unique par voie basse sans complication, selon des critères d'inclusion issus des travaux de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), actualisés avec l'appui de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Les patientes bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) sur tout ou partie de l'épisode de soins sont exclues du champ, les dépassements d'honoraires n'étant en principe pas autorisés dans ce cas. Sur les près de 430 000 accouchements « simples » réalisés en 2021, environ 360 000 épisodes sont ainsi retenus pour l'analyse.

Comment les catégories plus ou moins favorisées de patientes sont-elles calculées ?

Le SNDS ne contenant pas d'information sociale individuelle (hors C2S),

la situation sociale des patientes est appréhendée à partir d'un indice de déprivation, calculé au niveau de la commune de résidence : le FDEP. Cet indice agrège plusieurs dimensions (revenu médian, niveau de diplôme, pauvreté, chômage) et permet de classer les patientes en cinq groupes, des communes les plus défavorisées aux plus favorisées. Il s'agit d'une approche écologique : les résultats reflètent des différences entre territoires de résidence, et non des caractéristiques individuelles.

Modélisation multiniveaux de l'effet de l'offre publique de maternités

L'analyse repose sur un modèle logistique multiniveaux permettant d'estimer la probabilité pour une patiente d'être exposée à des dépassements d'honoraires lors de son accouchement (Annexe méthodologique). Ce type de modèle est adapté à la structure des données, les patientes étant regroupées au sein des départements, et permet de tenir compte des différences territoriales non observées.

La variable principale d'intérêt est la

densité de lits d'obstétrique publics rapportée au nombre de naissances dans le département. Cet indicateur mesure la disponibilité relative de l'offre publique de maternités.

Dans un modèle logistique, l'effet d'une variable sur la probabilité n'est pas constant. Pour le résumer, on calcule un effet marginal moyen (AME), qui correspond à l'effet moyen d'une variation de la densité de lits publics sur la probabilité d'exposition aux dépassements.

Une élasticité moyenne est également estimée, afin de raisonner en termes relatifs : elle mesure la variation en pourcentage de la probabilité d'exposition associée à une variation en pourcentage de la densité de lits publics.

Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. L'élasticité correspond à un effet moyen, qui peut varier selon les situations locales. Par ailleurs, d'autres facteurs non observés – comme les pratiques médicales, l'organisation de l'offre de soins ou l'accessibilité des établissements – peuvent également influencer l'exposition aux dépassements.

Les gynécologues-obstétriciens et les anesthésistes concentrent l'essentiel des dépassements sur l'ensemble de l'épisode de soins

L'analyse par spécialité révèle une forte concentration des dépassements : malgré la diversité des professionnels impliqués autour de l'épisode de soins, les gynécologues et les anesthésistes expliquent à eux seuls la grande majorité des dépassements rencontrés sur l'ensemble de l'épisode. Les autres spécialités ne jouent qu'un rôle marginal (Annexe électronique, Graphiques A1a et A1b).

Au cours de l'ensemble de l'épisode de soins, les gynécologues sont, de loin, les praticiens les plus fréquemment à l'origine de dépassements. Parmi les patientes ayant accouché en clinique privée, 83 % ont été confrontées à au moins un dépassement facturé par un gynécologue au cours de l'épisode, pour un montant cumulé moyen de 460 € lorsqu'un dépassement est pratiqué.

Les anesthésistes constituent la deuxième spécialité la plus contributrice. Leur intervention ne concerne pas toutes les patientes, mais lorsqu'un dépassement est facturé, les montants sont significatifs, en particulier pour les patientes ayant accouché en clinique privée (213 € en moyenne).

Les autres spécialités exposent une part plus faible de patientes à des dépassements et pour des montants plus modérés (Annexe électronique, Graphiques A1a et A1b). Elles interviennent principalement en amont ou en aval du séjour, notamment pour le suivi de grossesse, les examens d'imagerie ou les consultations post-natales. Les sages-femmes, bien qu'elles jouent un rôle central dans le suivi et l'accouchement (Encadré 1), n'apparaissent pas dans ces résultats car elles ne sont pas autorisées à pratiquer des dépassements d'honoraires (Encadré Définitions).

Lorsque des dépassements sont pratiqués pendant l'hospitalisation, ils pèsent fortement sur le cumul total

La ventilation des montants cumulés de dépassements sur l'ensemble de l'épisode de soins met en évidence des configurations très contrastées selon le type d'établissement dans lequel la patiente a accouché (Annexe électronique, Graphique A2).

Pour les patientes ayant accouché dans un hôpital public (hors activité libérale) ou en Espic, les dépassements observés ne sont pas liés à l'accouchement lui-même, mais à des soins réalisés en amont ou en aval de l'hospitalisation. La situation est radicalement différente pour les patientes ayant accouché en clinique privée : pour celles-ci, en moyenne, près de 70 % du montant cumulé des dépassements provient du séjour hospitalier, contre environ 30 % pour les soins réalisés en amont, et une part très résiduelle pour l'aval.

E1 Quels soins sont réalisés au cours d'un épisode de soins lié à un accouchement ?

Un épisode de soins lié à un accouchement mobilise plusieurs professionnels de santé, avant, pendant et après le séjour en maternité.

Pendant la grossesse, le suivi repose principalement sur des consultations prénatales mensuelles, assurées par des gynécologues, des médecins généralistes ou des sages-femmes. Compte tenu de la période retenue dans cette étude, seules les quatre dernières consultations de suivi mensuelles précédant l'accouchement sont prises en compte. À ce suivi s'ajoutent des examens d'imagerie, notamment les échographies recommandées à chaque trimestre, réalisées par des gynécologues-obstétriciens ou des radiologues^a, et, pour les grossesses non compliquées, par certains médecins généralistes ou sages-femmes formés à cet acte.

Lors du séjour en maternité, l'accouchement ne mobilise pas systématiquement un gynécologue-obstétricien, en particulier dans les maternités publiques : lorsque l'accouchement se déroule sans difficulté, la prise en charge est assurée par une sage-femme. Un anesthésiste peut intervenir, notamment en cas d'anesthésie péridurale, même si, pour les accouchements par voie basse sans complication étudiés ici, cette intervention n'est pas systématique. En revanche, une consultation d'anesthésie est systématiquement réalisée en amont du séjour, puisqu'il n'est pas possible de savoir à l'avance si l'accouchement sera ou non sans complication.

Enfin, l'épisode de soins peut inclure d'autres consultations réalisées avant ou après l'hospitalisation, liées à des complications de la grossesse ou à des pathologies préexistantes. Ces soins, principalement assurés en ville, peuvent également contribuer aux dépassements observés à l'échelle de l'épisode.

^a A noter que seules 12 % des patientes de notre champ ont eu recours à un radiologue durant leur épisode de soins, dont un tiers se sont vu facturer des dépassements d'honoraires.

Ces résultats montrent que le lieu d'accouchement n'influence pas seulement la probabilité d'être exposée à des dépassements, mais aussi leur nature : lorsque les dépassements portent sur l'acte principal réalisé pendant l'hospitalisation, ils « tirent » fortement le montant total acquitté par la patiente sur l'ensemble de l'épisode de soins.

Les patientes ne sont pas égales face aux dépassements. La suite le montre en analysant les différences d'exposition selon le niveau de défavorisation de leur commune de résidence et selon les départements.

Inégalités socio-spatiales d'exposition aux dépassements d'honoraires

Pour analyser les différences d'exposition des patientes aux dépassements en fonction de leur situation sociale, à défaut d'informations au niveau individuel dans le Système national des données de santé

(SNDS), nous avons eu recours à l'indice de déprivation disponible. Il s'agit d'un indicateur écologique calculé au niveau communal qui agrège quatre dimensions. A partir de cet indicateur synthétique, nous retenons cinq classes de patientes : du quintile des habitantes des communes les plus défavorisées socialement à celui des habitantes des communes les plus favorisées socialement (Encadré Source et méthodes).

Des dépassements plus rares et moins élevés pour les patientes des communes les plus défavorisées

Les résultats indiquent des écarts nets d'exposition aux dépassements d'honoraires au cours de l'épisode de soins. En 2021, 40 % des patientes résidant dans les communes les plus défavorisées ont été confrontées à au moins un dépassement, contre 71 % dans les communes les plus favorisées. Cette progression régulière d'un quintile à l'autre montre que l'exposition augmente avec le niveau de favorisation du territoire de résidence. Les montants moyens cumulés suivent la même logique : 200 € pour les patientes des communes les plus défavorisées, contre 450 € pour celles des communes les plus favorisées. Pour rappel, la moyenne nationale s'établit à 300 € (Graphique 2).

Ces résultats traduisent une double réalité : les patientes des communes défavorisées sont moins souvent

confrontées à des dépassements ; lorsqu'elles le sont, les montants sont moins élevés. Cette moindre exposition tient principalement au type d'établissement dans lequel les patientes accouchent, comme le montre la section suivante.

...du fait d'un recours beaucoup plus marqué à l'hôpital public

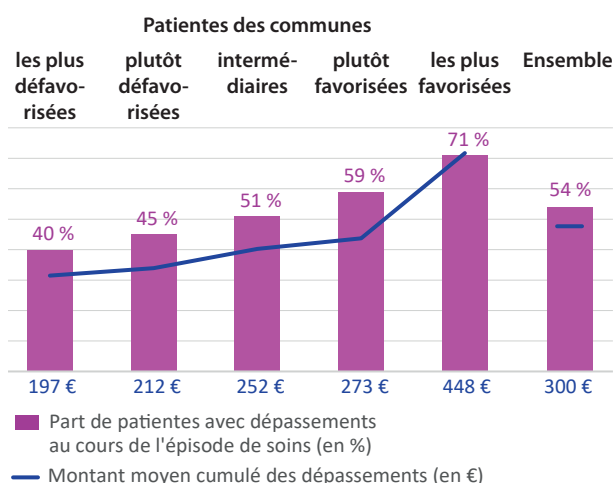
Les patientes résidant dans les communes les plus défavorisées accouchent majoritairement à l'hôpital public.

Dans le quintile le plus défavorisé, 77 % des patientes accouchent dans une maternité publique, et 19 % dans une clinique privée. A l'inverse, dans le quintile le plus favorisé, ces proportions sont respectivement de 56 % et 29 %. (Graphique 3).

Cette répartition reflète des déterminants bien connus : capacité financière des patientes à faire face à d'éventuels dépassements, préférences de recours, accessibilité territoriale et structure locale de l'offre, comme l'ont déjà montré d'autres travaux [9].

Ces différences peuvent également être liées à des écarts de couverture complémentaire. Les patientes issues des milieux les plus modestes sont plus fréquemment couvertes par des contrats individuels, généralement moins protecteurs en matière de dépassements d'honoraires que les contrats collectifs. Cette moindre couverture peut

G2 Part de patientes exposées à des dépassements d'honoraires au cours de l'épisode de soins et montant cumulé moyen associé

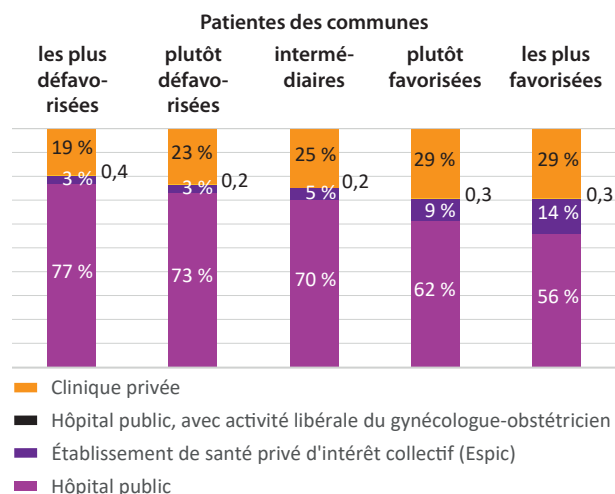


Lecture : En 2021, 40 % des patientes résidant dans les communes les plus défavorisées ont été exposées à au moins un dépassement d'honoraires au cours de leur épisode de soins, pour un montant cumulé moyen de 197 €.

Sources : SNDS 2021, traitements Irdes.

Champ : Patientes hospitalisées en 2021 pour un accouchement unique par voie basse sans complication, hors bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S).

G3 Répartition des patientes entre les types de maternité, selon le niveau de défavorisation des communes de résidence des patientes



Lecture : 77 % des patientes des communes les plus favorisées accouchent dans une maternité publique, contre 56 % des patientes des communes les plus défavorisées.

Sources : SNDS 2021, traitements Irdes.

Champ : Patientes hospitalisées en 2021 pour un accouchement unique par voie basse sans complication, hors bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S).

C1 Part de patientes des communes défavorisées exposées à des dépassements d'honoraires (DH) au cours de l'épisode de soins et montant cumulé moyen associé

Lecture : Pour chaque département, l'exposition aux dépassements d'honoraires (DH) des patientes des communes les plus défavorisées est représentée par des cercles proportionnels : la couleur indique la part de patientes exposées à au moins un dépassement au cours de l'épisode de soins, et la taille le montant cumulé moyen des dépassements.

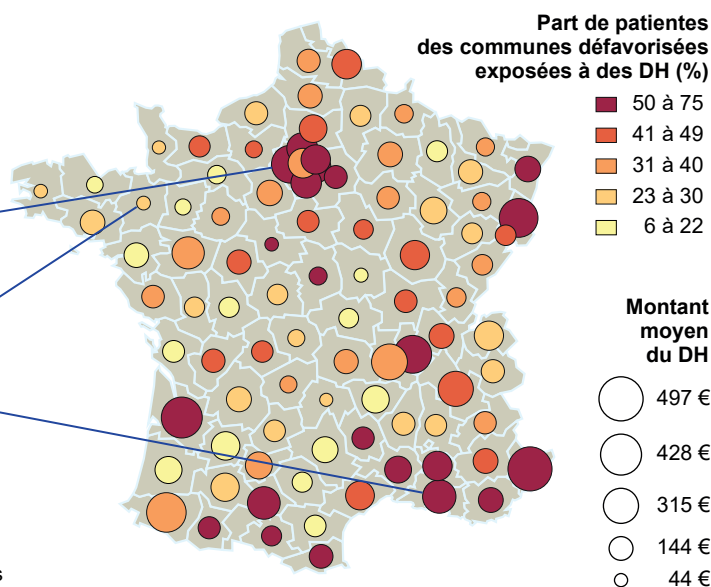
Sources : SNDS 2021, traitements Irdes ; IGN.

Cartographie : QGIS.

Champ : Patientes résidant dans les communes les plus défavorisées ayant été hospitalisées en 2021 pour un accouchement unique par voie basse sans complication, hors bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S).

Part de patientes des communes défavorisées exposées à des DH	Montant moyen du DH
Yvelines	
65 %	366 €
Mayenne	
15 %	66 €
Bouches-du-Rhône	
50 %	283 €
France entière	
40 %	196 €

DH : dépassement d'honoraires



renforcer les contraintes financières associées aux dépassements et contribuer à orienter les choix de recours vers des professionnels ou des établissements pratiquant des tarifs opposables.

Or, comme nous l'avons vu précédemment, accoucher dans une maternité publique (hors activité libérale) expose mécaniquement à moins de dépassements, ceux-ci ne pouvant intervenir qu'en amont ou en aval du séjour.

Ainsi, la moindre exposition globale aux dépassements des patientes des communes défavorisées reflète en grande partie leur recours plus fréquent au secteur public.

... et d'une exposition moindre aux dépassements en amont et en aval de l'hospitalisation

Lorsque l'on se concentre uniquement sur les patientes ayant accouché à l'hôpital public (hors activité libérale du gynécologue-obstétricien), les écarts d'exposition persistent, mais de manière moins marquée (Annexe électronique, Graphique A3). Dans ce sous-groupe, les dépassements potentiels ne peuvent provenir que des soins prénataux et postnataux.

Les patientes résidant dans les communes les plus défavorisées restent nettement moins exposées aux dépassements d'honoraires que celles des communes les plus favorisées : 27 % d'entre elles acquittent au moins un dépassement au cours de leur épisode de soins, contre 59 % parmi les patientes des communes les plus favorisées. Cette hiérarchie se retrouve également sur les montants, le cumul moyen des dépassements s'élevant à environ 80 € pour les premières, contre 150 € pour les secondes.

Ces différences peuvent être le reflet d'écarts d'accessibilité à des professionnels exerçant en secteur 1 selon les

territoires, mais aussi de comportements de recours à l'offre donnée différents selon les catégories de patientes.

Des disparités départementales marquées, liées pour partie à l'offre de maternités publiques

Si, en moyenne nationale, les patientes résidant dans les communes les plus défavorisées sont moins exposées aux dépassements, cette tendance masque des écarts départementaux parfois très importants.

Dans certains départements, les patientes des communes défavorisées restent fortement exposées aux dépassements

Pour les patientes des communes les plus défavorisées, les probabilités de payer un dépassement et les montants correspondants varient fortement selon le département où les patientes accouchent (Carte 1).

Dans certains territoires, les niveaux observés dépassent largement la moyenne nationale, tant en fréquence qu'en montant. Dans les Yvelines, par exemple, 65 % des patientes des communes les plus défavorisées paient au moins un dépassement au cours de leur épisode de soins, pour un cumul moyen de 366 €, contre 40 % et 196 € à l'échelle nationale.

Une influence significative de l'offre publique de maternités sur l'exposition aux dépassements

Les différences d'exposition aux dépassements d'honoraires observées entre départements pour les patientes résidant dans les communes les plus défavorisées apparaissent étroitement liées à la disponibilité locale de l'offre publique de maternités.

Les résultats de l'analyse économétrique confirment l'existence d'un lien significatif entre la densité de lits d'obstétrique publics rapportée au nombre de naissances et la probabilité d'exposition aux dépassements (Annexe méthodologique)⁹.

Cet effet, bien que d'ampleur modérée, est robuste et va dans le sens d'un rôle protecteur de l'offre publique de maternités, en favorisant l'accès à des établissements dans lesquels les dépassements sont absents ou plus limités. Il suggère que les disparités territoriales d'offre de soins contribuent aux inégalités d'exposition financière au moment de l'accouchement.

Compte tenu de la baisse du nombre de naissances et de ses conséquences probables en termes de fermetures de lits ou de maternités, ces résultats soulignent le fait que conserver une proportion élevée d'offre de maternités accessibles sans dépassements est un enjeu pour préserver l'équité de l'accès aux soins.

* * *

Les écarts d'exposition aux dépassements d'honoraires au cours d'un épisode de soins lié à un accouchement sont marqués, selon le type d'établissement dans lequel la patiente a accouché et le contexte territorial. Si les maternités publiques limitent fortement cette exposition, les dépassements restent fréquents et élevés dans le

secteur privé. Toutefois, même lorsque l'accouchement a lieu dans une maternité sans dépassement d'honoraires, les patientes peuvent avoir à en payer en amont ou en aval de l'accouchement.

Alors que l'exonération du ticket modérateur vise à supprimer le reste à charge des femmes enceintes, les dépassements d'honoraires introduisent une charge financière qui échappe à ce cadre et en limite la portée.

Les résultats montrent que l'exposition aux dépassements dépend de l'accès local à une offre publique de maternités. Dans les territoires les moins bien dotés, les patientes – y compris celles des communes les plus défavorisées socialement – restent davantage exposées.

Dès lors, le maintien d'une offre d'obstétrique accessible sans dépassements d'honoraires dans ces territoires apparaît comme un levier important pour l'équité de l'accès aux soins.

Un encadrement plus strict des dépassements pour les actes liés à la grossesse, ainsi qu'un meilleur accompagnement des patientes les moins favorisées socialement vers des parcours à tarifs opposables, pourraient également contribuer à limiter cette exposition.

Enfin, les enjeux de qualité et de sécurité des soins ne sont pas abordés dans cette étude, mais la littérature scientifique souligne le lien positif avec le volume d'activité [10]. En conséquence, l'enjeu de politique publique consiste à réguler l'offre afin de permettre l'accessibilité géographique, tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins. Cette étude souligne que l'accessibilité financière pour les patientes, tout au long du parcours de soins, est aussi à prendre en compte. ♦

⁹ L'estimation d'une élasticité moyenne sur l'ensemble de la France montre qu'une augmentation de 10 % de cette densité ferait passer la proportion de patients des communes défavorisées exposés à des dépassements d'honoraires de 40 % actuellement à 38,9 %.

Pour en savoir plus

- 1 Legal R., Vincent R., Bonal M. (2025). Les dépassements d'honoraires. Pratiques des médecins, part dans leurs revenus et impacts pour les patients. *Rapport de l'Irdes* n° 596, octobre.
- 2 Lucas-Gabrielli V., Bonal M., Mangeney C., Com-Ruelle L., Gousset C. (2025). Inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins spécialistes. Proposition d'indicateurs. *Rapport de l'Irdes* n° 597, octobre.
- 3 Aballea P., Bartoli F., Eslous L., Yeni I. (2007). Les dépassements d'honoraires médicaux, *Rapport Igas*, avril.
- 4 Hcaam (2025). Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux. *Rapport du Hcaam*, octobre.
- 5 Drees (2024). La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties. *Panoramas de la Drees* - Édition 2024.
- 6 Monnet Y., Rousset J.-F. (2025). Les dépassements d'honoraires : 10 propositions pour en sortir. *Rapport parlementaire*, octobre.
- 7 Papon S. (2022). Bilan démographique 2021. La fécondité se maintient malgré la pandémie de Covid-19. *Insee Première*, n° 1889, janvier.
- 8 Drees (2025). Les établissements de santé en 2023. Édition 2025. *Panoramas de la Drees*, juillet.
- 9 Pradines N. (2016). Les établissements de santé privés sont davantage fréquentés par les catégories sociales aisées. *Études et résultats* n° 976, Drees, septembre.
- 10 Com-Ruelle L., Or Z., Renaud T. (2008). Volume d'activité et qualité des soins dans les hôpitaux : quelle causalité ? *Questions d'économie de la santé*, Irdes, septembre.

Ressources complémentaires : [Télécharger les annexes électroniques \(PDF\)](#) ; [Télécharger les données des graphiques et de la carte](#)

Institut de recherche
et documentation
en économie de la santé

21-23, rue des Ardennes
75019 Paris

www.irides.fr

Contact : publications@irides.fr

Directeur de la publication :
Denis Raynaud

Éditrice :
Anna Marek

Relecteurs :
Matthieu Cassou et Sylvain Pichetti

Maquette : Franck-Séverin
Clérembault et Aude Sirvain

Mise en pages : Franck-Séverin
Clérembault, Damien Le Torrec

Diffusion :
Rouguiatou Ndoeye

Imprimeur :
Imprimerie Addax (Monteuil, France)

Dépôt légal : Septembre 2026

ISSN : 1283-4769

e-ISSN : 2498-0803



Accéder à tous les QES