IRDES
Institut de recherche et documentation en économie de la santé

QES
Questions d'économie de la santé

N° 309 - Juin 2026

Exposition des patients aux dépassements d'honoraires : une analyse sur 14 actes techniques fréquents

Renaud Legal
et Roseline Vincent (Irdes)

Aujourd'hui, un peu plus de la moitié des médecins spécialistes libéraux exercent en secteur 2 et sont donc autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires. Ces dépassements ne sont pas financés par l'assurance maladie obligatoire et sont directement à la charge du patient et de son éventuelle assurance maladie complémentaire.

Par quelles populations sont supportés les dépassements d'honoraires ? Quel est le rôle de l'offre de soins, notamment l'importance relative des médecins de secteur 1 *versus* secteur 2, dans le profil des patients exposés aux dépassements d'honoraires ? Pour répondre à ces questions, les tarifs pratiqués sur 14 actes techniques fréquents et donnant lieu à des dépassements élevés ont été analysés, en mobilisant les données du Système national des données de santé (SNDS) relatives à l'année 2021.

Lorsque l'offre à tarif opposable (hôpital public, établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic) et secteur 1) est importante et bien diffusée sur le territoire, comme c'est par exemple le cas pour l'accouchement, les dépassements sont majoritairement supportés par les patients des communes les plus favorisées socialement. Inversement, lorsque l'offre de secteur 2 est prédominante, comme c'est le cas pour la reconstruction du ligament croisé, les dépassements ont tendance à se répartir sur tous les types de patients, y compris ceux des communes les plus défavorisées. Notre analyse vient confirmer le rôle clé de l'offre de soins, en particulier celui de l'accessibilité de l'offre à tarif opposable, pour limiter le poids des dépassements supporté par les habitants des communes défavorisées.

Repères

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'un projet de recherche de l'Irdes portant sur les dépassements d'honoraires et financé par le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam).

Plusieurs travaux publiés en octobre 2025 documentent ce sujet : un état des lieux publié par le Hcaam [1], qui mobilise les travaux de l'Irdes, regroupés dans deux rapports : l'un relatif à l'accessibilité spatiale aux médecins spécialistes [2], et l'autre aux pratiques des médecins en matière de dépassements d'honoraires, à la part des dépassements dans leurs revenus et aux impacts pour les patients [3].

Ce *Questions d'économie de la santé* est issu de ce dernier rapport.

En France, les médecins libéraux se répartissent en deux catégories : ceux qui sont tenus d'appliquer les tarifs conventionnels fixés par la Sécurité sociale – les médecins de secteur 1 –, et ceux qui pratiquent des honoraires libres – les médecins de secteur 2[1] (Encadré Définitions). Les dépassements d'honoraires représentent la différence entre le tarif facturé au patient par le médecin, dans le cadre d'une activité libérale, et le tarif conventionnel.

En 2024, 56 % des spécialistes libéraux sont en secteur 2, contre 4 % seulement des médecins généralistes[2]

[1] Et, marginalement, des médecins de secteur 1 qui bénéficient du droit permanent à dépassements (Encadré Définitions).

[2] A sa création en 1980, le secteur 2 était ouvert à tous les médecins mais la réforme de 1990 dite du « gel du secteur 2 » a conditionné l'accès au secteur 2 à certains titres hospitaliers, fermant de fait l'accès des médecins généralistes à ce secteur. Par conséquent, le secteur 2 est aujourd'hui essentiellement composé de médecins spécialistes libéraux.

et le montant total des dépassements d'honoraires atteint 4,5 Milliards d'euros. Lorsqu'ils s'installent aujourd'hui en libéral, les trois quarts des jeunes spécialistes choisissent le secteur 2 ; la proportion était de deux tiers en 2017. Après une décennie de baisse dans les années 2010, les taux de dépassement repartent à la hausse depuis 2020, une dynamique qui devrait se confirmer dans les années à venir [1].

Les dépassements d'honoraires peuvent être facturés à l'ensemble des patients, à l'exception des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) pour lesquels ils sont interdits, sauf en cas d'exigences particulières du patient (Encadré Définitions). Ils sont financés directement par les patients et leur éventuelle assurance maladie complémentaire, et non par l'assurance maladie obligatoire. On estime qu'environ 40 % de l'ensemble des dépassements sont pris en charge par les complémentaires santé [1], mais avec de fortes disparités de prise en charge selon les assurés et les contrats. Ainsi, en 2021, 40 % des bénéficiaires de contrats individuels n'étaient pas couverts en cas de dépassements d'honoraires, contre 10 % seulement des bénéficiaires de contrats collectifs. S'y ajoutent, le cas échéant, des disparités importantes de prises en charge entre contrats dans le niveau de prise en charge [4].

Dans ces conditions, les dépassements peuvent alourdir significativement les restes à charge, en particulier lorsque les patients n'ont pas de complémentaire santé ou un contrat qui ne les couvre pas, ou peu. Si les dépassements sont plus importants en montants chez les patients les plus favorisés, ils pèsent toutefois davantage en proportion du revenu chez les plus pauvres [5].

Pour le patient, le recours à un médecin de secteur 2 peut être un moyen d'obtenir un rendez-vous plus rapidement, ou de choisir un médecin recommandé ou jouissant d'une bonne réputation. Mais, dans nombre de cas, le patient n'a pas réellement le choix de recourir à un médecin de secteur 1 ou 2. D'une part, il est largement tributaire des orientations des professionnels de santé vers leurs confrères ; d'autre part, compte tenu de l'importance du secteur 2, pour de nombreuses spécialités, il n'existe plus d'offre libérale en secteur 1 dans nombre de territoires. C'est le cas, par exemple, de l'ophtalmologie et de la dermatologie [2]. En cas de recours aux spécialistes, les dépassements y sont donc très fréquents. L'exposition de patients, peu favorisés financièrement, aux dépassements d'honoraires, est problématique car elle peut générer des phénomènes de non-recours et de renoncement aux soins.

Dans ce contexte, cette étude vise à déterminer par quelles populations sont supportés les dépassements d'honoraires, pour une sélection de 14 actes techniques fréquents (accouchement, *sleeve* gastrectomie, reconstruction du ligament croisé...) [Annexe électronique, Tableau A1]. Ces actes ont été choisis sur un critère de fréquence, de montant de dépassements, et afin d'avoir une diversité d'actes réalisés dans des proportions différentes à l'hôpital public ou en cliniques privées[3]. Les patients bénéficiaires de la C2S, pour lesquels les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés, ont été exclus de l'analyse[4]. L'étude mobilise les données exhaustives du

Définitions

Complémentaire santé solidaire (C2S). Entrée en vigueur le 1er novembre 2019, la complémentaire santé solidaire (C2S) est issue de la refonte de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Il s'agit d'une complémentaire santé destinée aux assurés en situation de précarité, leur garantissant une prise en charge de qualité en matière de soins, avec un niveau de cotisation nul ou limité. Sauf exigence particulière du patient, les médecins ne sont pas autorisés à pratiquer les dépassements d'honoraires envers les bénéficiaires de la C2S (article L. 162-5-13, I du Code de la Sécurité sociale).

Dépassements d'honoraires. Le terme désigne le supplément de prix par rapport au tarif conventionnel facturé au patient par un médecin, dans le cadre d'une activité libérale. Ce supplément, qui peut être facturé par les médecins du secteur 2 ou par les médecins de secteur 1 bénéficiant du droit permanent à dépassement, est financé directement par le patient et son éventuelle assurance maladie complémentaire, et non par l'assurance maladie obligatoire.

Secteur 1. Les médecins qui exercent en secteur 1 appliquent les tarifs fixés dans la convention nationale sans dépassements d'honoraires, dits « tarifs conventionnels », « tarifs opposables » ou « tarifs de secteur 1 ». Ces tarifs servent de base au remboursement de l'Assurance maladie.
Ces médecins ne peuvent pratiquer de dépassements d'honoraires qu'à titre exceptionnel, notamment en cas d'exigence particulière de temps ou de lieu du patient. Ces dépassements ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie.

Secteur 2. Créé par la convention médicale de 1980 pour répondre aux revendications de revalorisations tarifaires des médecins, le secteur 2, dit à « honoraires libres », permet aux praticiens de pratiquer des dépassements d'honoraires sans conséquences pour les comptes de l'Assurance maladie. Au début des années 1990, face à l'augmentation régulière des médecins inscrits en secteur 2, la convention médicale de 1990 prévoit le « gel » du secteur. Les médecins qui avaient déjà adhéré au secteur 2 continuent à bénéficier de la liberté tarifaire mais, désormais, seuls les anciens chefs de clinique et anciens assistants des hôpitaux peuvent, lors de leur première installation, opter pour le secteur 2. Cela a pour effet de fermer l'accès au secteur 2 aux médecins généralistes et de le réserver aux spécialistes uniquement. Depuis, les conditions d'accès au secteur 2 ont été élargies, permettant à une grande part des médecins spécialistes (hors médecine générale) de remplir les conditions d'accès au secteur 2 [1].

[3] Voir encadré « Source et méthodes », p. 6.

[4] Dans cette analyse, les patients C2S représentent 3 % à 20 % des patients selon les actes. Les restes à charge supportés par les bénéficiaires de la C2S ont récemment donné lieu à une analyse très détaillée [6].

Système national des données de santé (SNDS), qui renseignent sur le tarif facturé au patient, sur la base de remboursement de l'acte et sur le montant du dépassement pratiqué, le cas échéant, par le médecin (Encadré Source et méthodes, p. 6).

La déclinaison des analyses pour chacun des 14 actes constitue l'originalité de ce travail par rapport au corpus existant, et permet d'interroger le rôle de l'offre de soins dans le profil « socio-spatial » des patients[5] qui supportent les dépassements d'honoraires. Le profil socio-spatial renvoie ici à une approche fondée sur les caractéristiques socio-économiques de leur commune de résidence (Encadré Source et méthodes, p. 6).

Une exposition des patients aux dépassements d'honoraires très hétérogène selon les actes et les territoires

Les actes sélectionnés sont des actes courants, réalisés de 16 000 fois par an pour la prostatectomie, à 885 000 fois pour la cataracte, sans compter les patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire. Ces actes totalisent à eux seuls près de 232 millions d'euros de dépassements d'honoraires en 2021, dont un peu moins de la moitié liés à la cataracte (Tableau 1).

Les dépassements sur ces actes diffèrent à la fois en termes de fréquence et de montant. Par exemple, sur les quelque 267 000 accouchements par voie naturelle réalisés en 2021, seul un acte sur dix a fait l'objet d'un dépassement ; pour les 31 000 reconstructions du ligament croisé antérieur du genou par autogreffe, c'est le cas de sept actes sur dix. Quand un dépassement est pratiqué, il est en moyenne de 175 euros pour une conisation du col de l'utérus, mais de 1 065 euros pour une prostatectomie (Tableau 1).

Selon les actes, la pratique des dépassements d'honoraires peut être répandue sur l'ensemble du territoire, ou au contraire concentrée dans certains départements. Pour l'accouchement par voie naturelle, au niveau national, seuls 9 % des actes donnent lieu à dépassement (Tableau 1) et dans 59 départements, cet acte est pratiqué sans dépassement dans plus de 95 % des cas (Carte 1 p. 4).

A l'inverse, pour la *sleeve* gastrectomie, les dépassements sont fréquents : au niveau national, 58 % des actes donnent lieu à dépassement (Tableau 1) ; dans 61 départements, des dépassements sont facturés dans plus d'un cas sur deux ; et dans 16 départements, dans plus de trois cas sur quatre (Carte 2 p. 4).

En termes de montants, alors que pour la *sleeve* gastrectomie, le taux moyen de dépassements à l'échelle du département[6] est toujours supérieur à 82 %, pour l'accou-

[5] Voir encadré « Source et méthodes », p. 6.

[6] Le taux départemental moyen de dépassement est défini comme le ratio entre le cumul des dépassements (au numérateur) et le cumul des bases de remboursements des actes ayant donné lieu à dépassements (au dénominateur). Aussi, un taux départemental moyen de dépassements de 100 %, par exemple, signifie que lorsqu'ils pratiquent des dépassements, les médecins du département ont en moyenne un tarif deux fois plus élevé que le tarif conventionnel des médecins de secteur 2.

T1 Données de cadrage

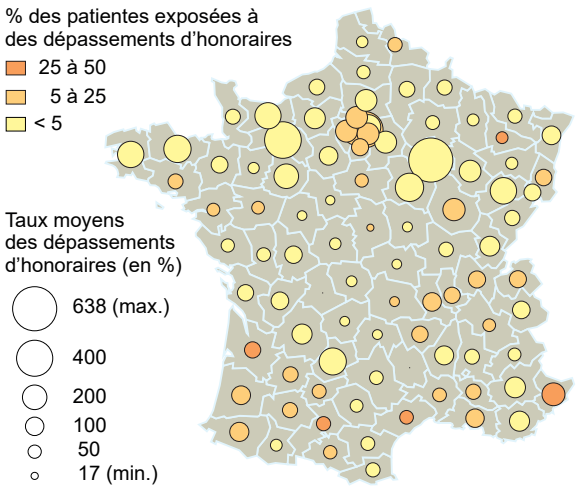
	Nombre d'actes[a]	Montants des dépassements d'honoraires	Part d'actes avec dépassements d'honoraires	Montant moyen des dépassements[b]
Cataracte	885 000	112,2 M€	53 %	245 €
Dents de sagesse	161 000	22,2 M€	61 %	230 €
Prothèse de hanche	71 000	18,9 M€	44 %	625 €
Prothèse de genou	48 000	14,8 M€	55 %	580 €
Ligament croisé	31 000	12,0 M€	72 %	535 €
***Sleeve* gastrectomie**	**21 000**	**10,9 M€**	**58 %**	**880 €**
Accouchement (voie naturelle)	267 000	10,6 M€	9 %	425 €
Prostatectomie	16 000	9,8 M€	57 %	1 065 €
Endométrectomie	39 000	5,2 M€	48 %	285 €
Césarienne programmée	40 000	4,2 M€	18 %	580 €
Césarienne non programmée	65 000	3,9 M€	12 %	510 €
Mastectomie	17 000	3,5 M€	53 %	390 €
Conisation du col de l'utérus	39 000	2,3 M€	35 %	175 €
Amygdalectomie	19 000	1,6 M€	43 %	200 €

[a] Le nombre d'actes a été arrondi au millier le plus proche. [b] Les montants moyens de dépassements au multiple de 5 le plus proche.

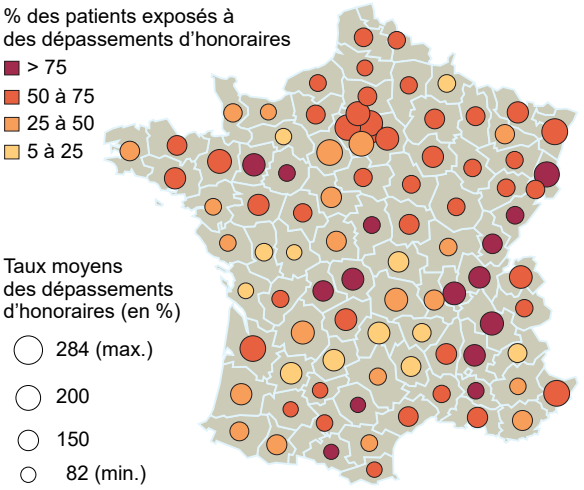
Lecture : En 2021, sur les 21 000 *sleeve* gastrectomies réalisées en France envers des patients non bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S), 58 % ont donné lieu à des dépassements d'honoraires pour un montant moyen, le cas échéant, de 880 €, soit un montant macro de 11 millions € de dépassements d'honoraires.

Champ : Hors patients C2S. **Source :** Données SNDS 2021, calculs Irdes. Télécharger les données

C1 Accouchement par voie naturelle : une offre de secteur 2 concentrée dans certains départements

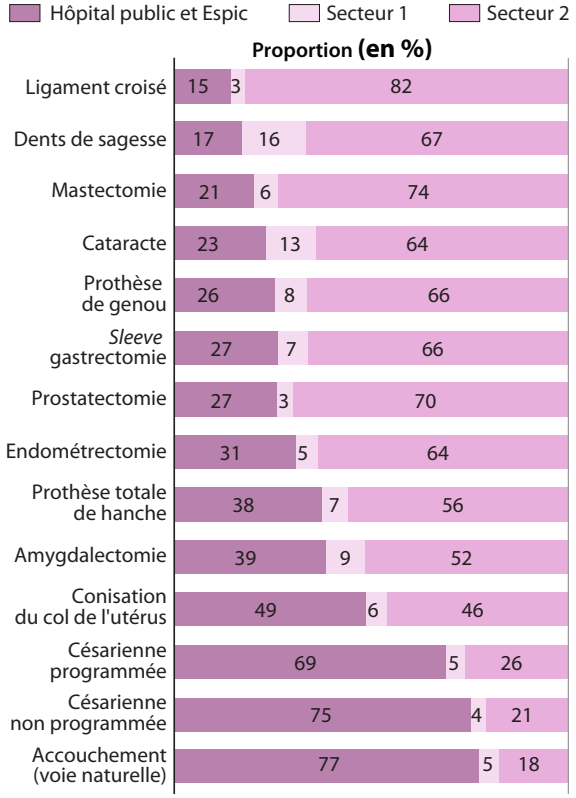


C2 *Sleeve* gastrectomie : une offre de secteur 2 davantage répandue sur le territoire



Lecture : Dans chaque département, l'exposition aux dépassements d'honoraires est figurée par des cercles dont la couleur varie en fonction de la proportion de patient(e)s exposé(e)s à des dépassements, et dont la taille est proportionnelle au taux moyen (donc aussi au montant moyen) des dépassements. **Champ :** Hors patient(e)s C2S. **Source :** Données SNDS 2021, calculs Irdes. Télécharger les données

G1 Pour chacun des 14 actes, proportion (en volumes) des actes réalisés à l'hôpital public et dans les Espic*, par des libéraux de secteur 1 et de secteur 2



* Établissements de santé privés d'intérêt collectif

Note : Les actes ont été ordonnés par ordre croissant de la part (en volume) d'actes réalisés à l'hôpital public. L'activité libérale des praticiens hospitaliers n'entre pas dans la catégorie « Hôpital public », mais dans les catégories « secteur 1 » ou « secteur 2 », selon le secteur de conventionnement choisi par le praticien pour son activité libérale.

Champ : Hors patients C2S. **Source :** Données SNDS 2021, calculs Irdes. Télécharger les données

chement par voie naturelle, ce taux est inférieur à 82 % dans 47 départements (Cartes 1 et 2).

Un poids de l'hôpital public très variable d'un acte à l'autre

Certains soins sont majoritairement réalisés dans les hôpitaux publics et les Espic, quand d'autres le sont davantage dans le secteur privé, du fait de différences de spécialisation tenant aux autorisations administratives des activités de soins ou d'équipements lourds par les agences régionales de santé (ARS), mais aussi à d'autres facteurs comme des modalités de financement hétérogènes, l'équilibre économique de l'activité ou l'orientation des spécialistes entre secteur public et privé, qui diffère selon les spécialités [1]. Ainsi, près de 80 % des accouchements par voie naturelle et 70 % à 75 % des césariennes, selon qu'elles sont programmées ou non, sont réalisées à l'hôpital public. Inversement, les opérations des ligaments croisés, l'extraction des quatre dents de sagesse, les mastectomies, les opérations de la cataracte, les prothèses de genou ou les *sleeve* gastrectomies sont réalisées aux trois quarts ou plus dans le secteur privé (Graphique 1). Cette hétérogénéité est exploitée par la suite pour interroger le rôle de l'offre dans le profil socio-spatial des patients qui supportent les dépassements d'honoraires.

Une concentration « socio-spatiale » des dépassements très différente selon les actes…

Pour caractériser les patients qui supportent les dépassements d'honoraires, à défaut d'informations sociales au niveau individuel dans le SNDS, nous avons eu recours à l'indice de déprivation. Il s'agit d'un indicateur écologique calculé au niveau communal qui agrège

T2 Exposition des patients aux dépassements d'honoraires pour chacun des 14 actes

Actes[a]	Part de patients exposés à un dépassement			Montant moyen du dépassement le cas échéant[b]		
	Patients des communes…			Patients des communes…		
	…les moins favorisées (A)	…les plus favorisées (B)	*Ratio* (C)=(B-A) /A	…les moins favorisées (D)	…les plus favorisées (E)	*Ratio* (F)=(E-D)/D
Sleeve gastrectomie	55 %	63 %	+ 15 %	800 €	1 080 €	+ 35 %
Prostatectomie	50 %	60 %	+ 20 %	855 €	1 415 €	+ 65 %
Ligaments croisés	67 %	81 %	+ 21 %	465 €	660 €	+ 42 %
Cataracte	46 %	61 %	+ 33 %	210 €	330 €	+ 57 %
Prothèse de genou	48 %	64 %	+ 33 %	495 €	755 €	+ 53 %
Mastectomie	46 %	62 %	+ 35 %	300 €	580 €	+ 93 %
Prothèse de hanche	38 %	53 %	+ 39 %	490 €	855 €	+ 74 %
Dents de sagesse	49 %	73 %	+ 49 %	215 €	275 €	+ 28 %
Amygdalectomie	32 %	54 %	+ 69 %	160 €	285 €	+ 78 %
Endométrectomie	36 %	61 %	+ 69 %	225 €	380 €	+ 69 %
Conisation du col de l'utérus	22 %	52 %	+ 136 %	135 €	240 €	+ 78 %
Césarienne non programmée	6 %	20 %	+ 233 %	360 €	735 €	+ 104 %
Césarienne programmée	9 %	30 %	+ 233 %	375 €	840 €	+ 124 %
Accouchement (voie naturelle)	4 %	17 %	+ 325 %	330 €	580 €	+ 76 %

[a] Les actes ont été classés en fonction de l'écart dans la part de patients exposés à un dépassement parmi les patients des communes les plus favorisées d'une part, des moins favorisées d'autre part (colonne C du tableau).
[b] Les montants moyens de dépassements ont été arrondis au multiple de 5 le plus proche.

Lecture : Pour la *sleeve* gastrectomie, 55 % des patients des communes les moins favorisées sont exposés à un dépassement, contre 63 % des patients des communes les plus favorisées, soit un écart de de 15 %. Le cas échéant, le dépassement est en moyenne de 800 € pour les premiers, contre 1 080 € pour les seconds, soit un écart de 35 %. **Champ :** Hors patients C2S. **Source :** Données SNDS 2021, calculs Irdes. **Données**

quatre dimensions : le revenu par unité de consommation médian, la part des plus de 15 ans ayant au moins le baccalauréat, la part d'habitants en dessous du seuil de pauvreté, et la part de chômeurs. A partir de cet indicateur synthétique, nous retenons cinq classes de patients qui se répartissent entre le premier quintile, celui des habitants des communes les plus défavorisées socialement, et le dernier quintile, celui des habitants des communes les plus favorisées (Annexe électronique, Tableau A2).

Cette approche permet d'analyser la façon dont se distribuent les dépassements d'honoraires entre ces cinq catégories de patients : concernent-ils indistinctement les cinq classes définies ou bien se concentrent-ils majoritairement chez les patients des communes les plus favorisées socialement ?

Une première analyse descriptive, qui compare la situation des patients des communes les moins favorisées à celle des patients des communes les plus favorisées, montre que, quel que soit l'acte considéré, les premiers sont moins exposés aux dépassements d'honoraires que les seconds, conformément à ce que l'on pourrait souhaiter en termes d'équité[7]. En effet, tant la part de patients exposés à des dépassements que le montant moyen du dépassement, est toujours plus faible chez les premiers que chez les seconds (Tableau 2).

Cependant, entre ces deux classes extrêmes de patients varie fortement selon les actes : pour la *sleeve* gastrectomie, l'écart de fréquence est de 15 % et l'écart de montants de 35 % entre les deux catégories de patients. Pour l'accouchement par voie naturelle, les écarts sont beaucoup plus marqués : ils sont respectivement de 325 % et de 76 % (Tableau 2).

Afin d'appréhender la façon dont les dépassements d'honoraires se répartissent selon les profils de patients et les territoires, parmi les cinq classes précédemment définies, nous nous sommes appuyés sur des indices de concentration. Ces indices, dont l'utilisation est courante en sciences sociales, notamment pour l'analyse de revenus ou des patrimoines, ont été mobilisés ici pour analyser la concentration socio-spatiale des dépassements, c'est-à-dire la concentration plus ou moins marquée des dépassements chez les patients des communes les plus favorisées. Par construction, un indice proche de 0 indique que les dépassements concernent indistinctement toutes les catégories de patients, indépendamment du niveau de défavorisation de leur commune de résidence. Plus l'indice augmente et tend vers 1, et plus les dépassements sont concentrés chez les habitants des communes les plus favorisées, *a priori* les plus à-mêmes de supporter financièrement les dépassements (Encadré Source et méthodes, p. 6).

[7] En effet, un principe d'équité verticale dans le financement conduit à faire payer davantage les plus aisés, conformément à l'adage « de chacun selon ses moyens ».

Source et méthodes

Source

Les données mobilisées dans cette étude ont été extraites du portail du Systéme national des données de santé (SNDS), dans les données de consommation inter-régimes (DCIR) pour les actes réalisés en libéral, et dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour ceux réalisés à l'hôpital public.

Une sélection de 14 actes techniques fréquents

Dans un premier temps, nous avons opéré une première sélection d'actes techniques (repérés par leur code de la classification commune des actes médicaux – code CCAM) sur la base d'un double critère :

- Un critère de fréquence : les actes devaient être réalisés plus de 10 000 fois dans l'année
- Un critère de montant moyen de dépassement : celui-ci devait être supérieur à 100 euros tous actes et tous patients confondus

L'application de ce double critère nous a fourni une liste de 62 actes, parmi lesquels nous avons ensuite sélectionné un sous-échantillon de 14 actes (Annexe électronique, Tableau A1).

Cette deuxième sélection a été conduite de manière à disposer d'une hétérogénéité entre les actes en termes de dépassements d'honoraires, de poids de l'hôpital public (en volume), et de concentration des dépassements chez les patients les plus favorisés. Cette hétérogénéité est nécessaire pour identifier les facteurs explicatifs de la concentration « socio-spatiale » des dépassements (voir ci-après), plus ou moins forte selon les actes.

Les actes sélectionnés sont des actes courants, réalisés de 16 000 fois dans l'année pour la prostatectomie, à 885 000 fois pour la cataracte (Tableau 1). Ils totalisent à eux seuls près de 232 millions d'euros de dépassements d'honoraires en 2021, dont un peu moins de la moitié liée à la cataracte.

S'agissant de l'extraction des dents de sagesse, cet acte peut être réalisé à la fois par des chirurgiens-dentistes et des stomatologues. Contrairement aux stomatologues exerçant en secteur 2, les dentistes n'ont toutefois pas l'autorisation – sauf cas particuliers – de pratiquer de dépassements sur les soins et la chirurgie. Pour cet acte, seuls sont donc étudiées les pratiques des stomatologues, ce qui conduit à exclure 28 % des actes réalisés.

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

Il n'existe pas de données sociales au niveau des patients dans le Système national des données de santé (SNDS), hormis l'information concernant l'affiliation éventuelle du patient à la complémentaire santé solidaire (C2S). A défaut d'information au niveau individuel, nous approchons la situation sociale du patient au moyen d'un indice écologique, l'indice de déprivation, apprécié au niveau de la commune de résidence. Il s'agit d'un indice synthétique qui agrège quatre dimensions : le revenu par unité de consommation médian, la part des plus de 15 ans ayant au moins le baccalauréat, la part d'habitants en dessous du taux de pauvreté, et la part de chômeurs. A partir de cet indice, les patients sont classés en cinq catégories : des moins favorisés (qui appartiennent aux 20 % des habitants au niveau national vivant dans les communes ayant l'indice de déprivation le plus bas), aux plus favorisés (qui appartiennent aux 20 % des habitants au niveau national vivant dans les communes ayant l'indice de déprivation le plus haut).

La mesure de la concentration « socio-spatiale » des dépassements d'honoraires entre les catégories de patients

Pour rendre compte de cette concentration plus ou moins grande sur les patients des communes les plus favorisées, nous avons recours à un indice synthétique de concentration. Celui-ci est utilisé dans de nombreux domaines, notamment pour apprécier la concentration des salaires ou des patrimoines. L'indice de concentration est défini comme deux fois l'aire comprise entre la droite d'équi-répartition et la courbe de concentration. L'indice de concentration est compris entre 0 et 1. Dans notre cas, il serait de 0 dans la situation où les dépassements d'honoraires ne seraient pas du tout concentrés et concerneraient indistinctement chacune des cinq catégories socio-spatiales de patients précédemment définies. Inversement, il serait de 1 dans la situation où les dépassements seraient exclusivement supportés par les patients des communes les plus favorisées (Annexe électronique, Graphique A2).

Les résultats montrent que la concentration socio-spatiale des dépassements est d'ampleur très variable selon les actes. C'est pour la *sleeve* gastrectomie qu'elle est la plus faible (C=0,08). Pour cet acte, les dépassements ont tendance à toucher l'ensemble des classes de patients[8]. A l'inverse, c'est pour l'accouchement par césarienne programmée qu'elle est la plus élevée (C=0,38). Pour cet acte au contraire, les dépassements se concentrent majoritairement chez les habitants des communes favorisées. Ainsi, parmi les patientes ayant eu une césarienne programmée, celles des communes les plus favorisées supportent un montant de dépassements 2,5 fois plus élevé que pour l'ensemble des patientes ayant eu recours à cet acte (Annexe électronique, Tableau A2).

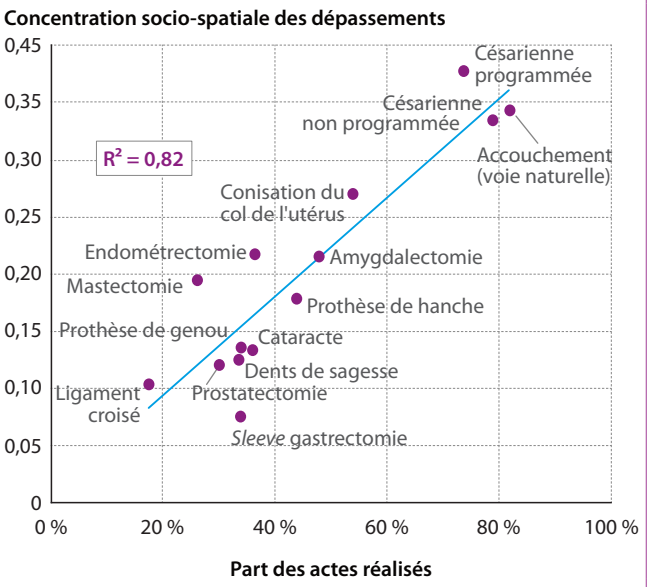
… d'autant plus marquée que l'offre à tarif opposable est importante…

Dans quelle mesure ces différences de concentration socio-spatiale des dépassements selon les actes sont-elles liées à l'offre de soins, notamment au poids plus ou moins fort de l'offre à tarif opposable (hôpital public, Espic et secteur 1) d'un acte à l'autre ?

Pour répondre à cette question, nous avons examiné, pour les 14 actes, le lien entre la concentration socio-spatiale des dépassements, d'une part, et l'importance de l'offre à tarif opposable d'autre part. L'activité libérale des praticiens hospitaliers, dont le volume est assez marginal,

[8] Même s'ils sont légèrement plus répandus chez les habitants des communes favorisées, raison pour laquelle l'indice n'est pas nul, mais très faible.

G2 Lien entre la part des actes réalisés à l'hôpital public, dans des Espic* ou par des médecins libéraux de secteur 1 (abscisse) et la concentration socio-spatiale des dépassements (ordonnée)



* Établissements de santé privés d'intérêt collectif

Lecture : 34 % des *sleeve* gastrectomies pour obésité morbide par cœlioscopie réalisées en 2021 l'ont été à l'hôpital public ou par un libéral de secteur 1 (abscisse). La concentration socio-spatiale des dépassements pratiqués le cas échéant pour cet acte est de 0,08 (ordonnée). Cette valeur est proche de 0 : pour cet acte, les dépassements d'honoraires ont tendance à toucher l'ensemble des classes de patients.

Champ : Hors patients C2S. **Source :** Données SNDS 2021, calculs Irdes.

Télécharger les données

n'entre pas dans la catégorie « hôpital public », mais dans les catégories « secteur 1 » ou « secteur 2 », selon le secteur de conventionnement choisi par le praticien pour son activité libérale.

Les résultats font apparaître une corrélation très forte entre ces deux indicateurs : lorsque l'offre à tarif opposable (hôpital public, Espic et secteur 1) est faible, les dépassements sont davantage susceptibles de toucher toutes les catégories de patients ; en revanche, lorsque cette offre est développée sur le territoire, avec un nombre important d'actes réalisés dans les hôpitaux publics, les Espic ou par des médecins libéraux de secteur 1, les dépassements sont davantage concentrés sur les patients des communes les plus favorisées socialement (Graphique 2).

… et que l'offre de secteur 2 est localisée dans les départements les plus riches

Les dépassements ont tendance à être plus répandus dans les départements où le niveau de vie des habitants est élevé [1], entraînant ainsi une concentration spatiale des dépassements dans les départements les plus riches, plus ou moins marquée selon les actes.

Pour ces 14 actes, l'analyse du lien entre concentration « spatiale » et concentration « socio-spatiale » des dépassements – celle-ci étant entendue comme leur distribution selon le niveau socio-economique des communes de résidence des patients – met en évidence une corrélation très forte entre ces deux dimensions. Les dépassements étant quasi exclusivement le fait des médecins de secteur 2, finalement, plus l'offre de secteur 2 est concentrée dans les départements les plus riches, plus les dépassements sont socialement différenciés, les patients résidant dans les communes les plus défavorisées y étant moins exposés (Annexe électronique, Graphique A1).

Le rôle clé de l'offre de soins pour limiter le poids des dépassements supportés par les patients des communes défavorisées

Les analyses précédentes montrent que plus l'offre de soins à tarif opposable (hôpital public, Espic et secteur 1) est importante, mais aussi répandue sur le territoire, plus les dépassements d'honoraires concernent les patients des communes les plus favorisées, limitant ainsi le poids des dépassements supportés par les patients vivant dans des communes moins favorisées.

Pour conforter ce résultat sur le rôle-clé de l'offre, nous avons par ailleurs réalisé une analyse originale pour décomposer les facteurs explicatifs de la concentration socio-spatiale des dépassements, et donc, en miroir, du poids des dépassements supportés par les patients des communes les plus défavorisées.

- Le premier effet capture le fait que les patients des communes défavorisées résident plus souvent dans les départements où l'offre à tarif opposable est plus élevée. Plus généralement, il capte le fait que les différentes catégories socio-spatiales de patients ne sont pas soumises aux mêmes conditions d'offre, compte tenu de la propension des médecins de secteur 2 à s'installer dans les départements les plus socialement favorisés [1].
- Le deuxième effet capture le fait qu'à offre départementale donnée, les patients des communes favorisées ont plus tendance à recourir aux médecins de secteur 2 (relativement au secteur 1) que les habitants des communes défavorisées, du fait notamment de capacités financières plus importantes.
- Le troisième et dernier effet capture le fait qu'à offre départementale donnée et en cas de recours à un médecin de secteur 2, les médecins pratiquant les plus forts dépassements d'honoraires sont plus susceptibles d'être consultés par les patients des communes les plus favorisées.

Les résultats de la décomposition montrent que le premier effet est prépondérant dans l'explication de la concentration socio-spatiale des dépassements (Annexe

électronique, Tableau A3). Cet effet représente, selon les actes, de 63 % (pour l'accouchement par voie naturelle) à 80 % (pour la conisation du col de l'utérus) de l'indice de concentration sociospatiale. Le deuxième effet n'en constitue que 8 % (pour la mastectomie) à 26 % (pour l'extraction des dents de sagesse). Enfin, le dernier effet n'est que de 3 % (pour la conisation du col de l'utérus) à 24 % (pour la prostactectomie)[9]. Ainsi, pour chacun des actes étudiés, c'est principalement le fait d'habiter dans un département où l'offre à tarif opposable est répandue qui permet aux patients des communes défavorisées de moins être exposés aux dépassements. Les différences de recours au secteur 2 selon les catégories socio-spatiales de patients (deuxième et troisième effets) ne jouent qu'un rôle limité.

En conclusion, cette analyse vient confirmer le rôle clé de l'offre de soins pour limiter le poids des dépassements supportés par les patients des communes défavorisées.

* * *

Cette analyse originale portant sur 14 actes techniques fréquents, réalisée à partir des données du Système national des données de santé (SNDS), permet d'enrichir la connaissance sur les dépassements d'honoraires et leur impact sur les patients. Elle complète utilement le corpus de travaux portant sur la caractérisation des patients qui supportent les dépassements.

L'analyse permet de souligner le rôle clé de l'offre de soins dans le profil socio-spatial des patients qui paient des dépassements d'honoraires.

Les résultats indiquent que lorsque l'offre à tarif opposable est importante et bien diffusée sur le territoire, comme c'est le cas par exemple pour l'accouchement, les dépassements sont majoritairement supportés par les patients des communes les plus favorisées socialement. En revanche, lorsque l'offre de secteur 2 est prédominante, comme c'est le cas pour la reconstruction du ligament croisé, les dépassements ont tendance à se répartir sur tous les types de patients, y compris ceux des communes les plus défavorisées.

Finalement, cette étude souligne les enjeux d'accessibilité financière dans les territoires, notamment les plus défavorisés socialement. Elle montre que si l'on souhaite réduire les dépassements pour les patients défavorisés, il convient de renforcer l'accessibilité à l'offre à tarif opposable dans les territoires, et en particulier pour les soins où celle-ci fait actuellement défaut.

L'analyse a porté dans le cas présent sur les dépassements d'honoraires facturés pour un acte technique donné. Les résultats font apparaître des montants élevés de dépassements pour les patients et leur complémentaire santé. Pour autant, les actes ne sont jamais réalisés de manière isolée, et s'inscrivent dans un épisode de soins mobilisant plusieurs professionnels de santé. Des dépassements d'honoraires sont donc susceptibles d'être facturés au patient par différents professionnels intervenus lors de l'épisode de soins,

Un prochain *Questions d'économie de la santé* s'intéressera à cette question, en analysant les phénomènes de cumul de dépassements à l'occasion des soins réalisés pour un accouchement, tant au cours de l'hospitalisation qu'en amont et en aval de celle-ci. ♦

[9] Les résultats détaillés de cette décomposition figurent dans le rapport de l'Irdes [3].

Pour en savoir plus

1 Hcaam [Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie]. (2025) : « Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux ». *Rapport du Hcaam*. 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 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.

4 Lapinte, A., Pollak C., Solotareff R (sld). (2024). « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - Édition 2024 ». *Panoramas de la Drees*, Drees.

5 Perronnin M. (2016). « Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis ». *Questions d'économie de la santé, Irdes*, n° 218, mai.

6 Bonnet O., Desjonquères A. (2026) : « La complémentaire santé solidaire permet à huit bénéficiaires sur dix de ne plus avoir de reste à charge en santé ». Drees, *Études et résultats*, n° 1362, janvier.

Annexe électronique : https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/309-exposition-des-patients-aux-depassements-d-honoraires-annexe.pdf

Institut de recherche et documentation en économie de la santé
21-23, rue des Ardennes
75019 Paris
www.irdes.fr
Contact : publications@irdes.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 : Rouguiyatou Ndoye

Imprimeur : Imprimerie Addax (Monteuil, France)
Dépôt légal : juillet 2026
ISSN : 1283-4769
e-ISSN : 2498-0803

Accéder à tous les QES