



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

2026

Projet de loi de financement de la sécurité sociale

ANNEXE 5 ONDAM
et dépenses de santé

ANNEXE 5
ONDAM ET
DEPENSES DE SANTE

PLFSS 2026

SOMMAIRE

PLFSS 2026 - Annexe 5

Synthèse.....	7
PARTIE I: l'ONDAM en 2024, 2025 et 2026.....	13
<i>I.1 L'ONDAM, un objectif interbranches composé de six sous-objectifs.....</i>	<i>14</i>
I.1.1 Les six sous-objectifs de l'ONDAM	14
I.1.2 L'articulation entre l'ONDAM et les dépenses des branches maladie, AT-MP et autonomie	16
<i>I.2 L'ONDAM 2024, en sous-exécution de 0,6 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2025, mais en hausse de 1,5 Md€ par rapport à l'objectif initial pour 2024.....</i>	<i>17</i>
I.2.1 Synthèse sur l'exécution de l'ONDAM 2024	17
I.2.2 Des surcoûts bruts en lien avec la crise sanitaire à hauteur de 0,4 Md€.....	19
I.2.3 Des dépenses au titre du Ségur de la Santé atteignant 13,0 Md€	19
I.2.4 Hors impact de la crise, les dépenses de l'ONDAM présentent une sous-exécution de 0,5 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2025	19
<i>I.3 Un ONDAM 2025 inchangé par rapport avec l'objectif voté en LFSS pour 2025</i>	<i>20</i>
I.3.1 Rappel de la construction de l'ONDAM 2025 en LFSS pour 2025.....	20
I.3.2 Un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent en 2025 le seuil d'alerte selon l'avis du comité d'alerte de juin 2025.....	21
I.3.3 L'ONDAM 2025 serait en ligne avec l'objectif voté en LFSS pour 2025.....	22
<i>I.4 Périmètre et construction de l'ONDAM 2026.....</i>	<i>27</i>
I.4.1 Mesures impactant le périmètre de l'ONDAM :	28
I.4.2 Mesures de périmètre entre sous-objectifs de l'ONDAM	28
<i>I.5 Une hausse de l'ONDAM de 1,6 % en en PLFSS pour 2026</i>	<i>29</i>
<i>I.6 Une progression des dépenses de soins de ville prévue à 0,9% en 2026.....</i>	<i>31</i>
I.6.1 Evolution spontanée en 2026	32
I.6.2 Les revalorisations conventionnelles et mesures nouvelles	33
I.6.3 Les mesures de régulation.....	34
<i>I.7 Le financement des établissements de santé prévu en hausse de 2,4 % en 2026</i>	<i>34</i>
I.7.1 L'évolution courante des ressources des établissements de santé	34

I.7.2 Le financement des priorités en matière de santé, de recherche et d'innovation et d'accès aux soins	35
I.7.3 Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent	36
I.7.4 Mener des actions prioritaires en santé publique	36
I.7.5 Conforter les mesures en faveur des soins critiques	36
I.8 Etablissements médico-sociaux.....	36
I.9 Autres sous-objectifs.....	37
I.9.1 Fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement	37
I.9.2 Autres prises en charge	37
I.10 Produits de santé	37
PARTIE II: ONDAM et besoins de santé publique.....	43
II.1 Evolution des dépenses de prévention institutionnelle sur la période récente	45
II.2 Les nouveaux chantiers de la prévention	47
II.3 Des fonds qui permettent le financement d'actions de prévention institutionnelle	50
II.3.1 Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS)	50
II.3.2 Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire agricole (FNPEISA)	52
II.3.3 Le fonds de lutte contre les addictions (FLCA)	53
II.3.4 Le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS)	54
II.4 Le fonds d'intervention régional : levier pour le financement de la politique locale de santé...56	
II.4.1 Objectifs et missions du fonds	56
II.4.2 Les dispositifs de prévention financés par le FIR en 2024.	57
PARTIE III: ONDAM et pathologies	59
III.1 Les déterminants de la croissance des dépenses de 2015 à 2023 : une analyse médicalisée.....60	
III.1.1 Les principales pathologies prises en charge en 2023 et leur coût	62
III.1.2 Les facteurs d'évolution des dépenses par pathologie	68
III.1.3 Conclusion	70
PARTIE IV: ONDAM et numérique en sante	73
IV.1 Poursuivre les efforts pour un partage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels et autour du patient et asseoir Mon espace santé en tant qu'outil du quotidien des professionnels et des patients	74
IV.1.1 Poursuivre les efforts en matière d'alimentation de Mon espace santé	74
IV.1.2 Mon espace santé, acteur d'une prévention de plus en plus personnalisée	74

IV.1.3 Accompagner la dynamique de consultation des documents contenus dans Mon espace santé par les professionnels	75
IV.1.4 Aider le plus grand nombre dans la prise en main de Mon espace santé	75
IV.2 Protéger les établissements de santé et médico-sociaux face à la menace cyber	75
IV.3 Résilience numérique des urgences et du système de santé face aux situations sanitaires exceptionnelles	75
IV.3.1 Résilience de l'infrastructure numérique de gestion des appels d'urgence	75
IV.3.2 Urbanisation des systèmes d'information en santé utiles en cas de situation sanitaire exceptionnelle.....	75
IV.4 Faire du numérique un levier d'équité dans l'accès aux soins et à l'information et contribuer à réduire son empreinte carbone.....	76
IV.4.1 Permettre aux citoyens d'accéder à une information claire et fiable et lutter contre la désinformation en santé.....	76
IV.4.2 Guider le développement et l'utilisation des technologies numériques en santé vers un numérique préservant l'intérêt de l'utilisateur	76
PARTIE V: L'évolution des dépenses de santé et de leur prise en charge.....	77
V.1 La dépense courante de santé au sens international	78
V.1.1 Concepts et définitions	78
V.1.2 En 2024, la France a l'un des taux de croissance de la DCSi parmi les plus modérés de l'Union européenne	79
V.2 La consommation de soins et de biens médicaux	80
V.2.1 La CSBM ralentit à la faveur d'un net ralentissement des prix.....	80
V.2.2 La structure de la CSBM par poste de dépense est relativement stable à travers les années	80
V.3 Le financement des dépenses de santé	81
V.3.1 Les administrations publiques financent 79,4 % de la santé en 2024	81
V.3.2 Le reste à charge des ménages en France demeure parmi les plus faibles de l'Union européenne.....	82
PARTIE VI: Rappel des avis du Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de santé en 2023	83
VI.1 Avis du Comité d'alerte n°2025-1 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).....	1
VI.2 Avis du Comité d'alerte n°2025-2 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie	9
VI.3 Avis du Comité d'alerte n°2025-3 sur les mesures annoncées afin de répondre au risque sérieux de dépassement de l'objectif fixé par la loi de financement pour 2025 notifié par le comité d'alerte.....	1

Synthèse

Le présent rapport, annexé chaque année au projet de loi de financement de la sécurité sociale, décrit les évolutions récentes et attendues des dépenses couvertes par l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), et retrace l'inscription de l'ONDAM au sein du pilotage global du système de santé.

Une annexe remaniée par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) du 14 mars 2022

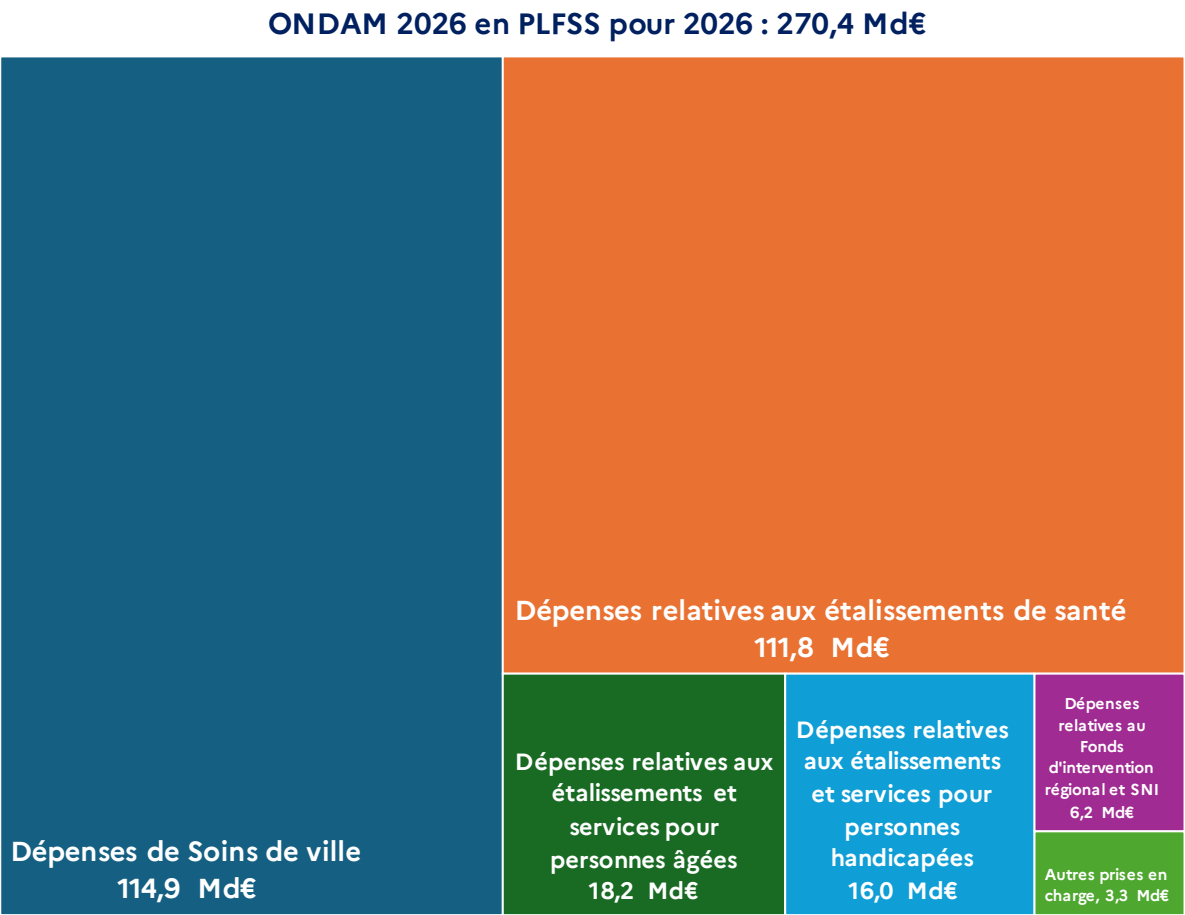
Dans le cadre des modifications organiques, la partie sur la situation financière des établissements de santé et leur capacité d'investissement fait maintenant l'objet d'une annexe à part entière (Annexe 6).

L'ONDAM : des dépenses qui relèvent des branches maladie, accidents du travail et maladies professionnelles et, depuis 2021, de la branche autonomie

Les dépenses couvertes par l'ONDAM devraient atteindre 270,4 Md€ en 2026. Ces dépenses se déclinent en six sous-objectifs (cf. graphique 1) :

- les dépenses de soins de ville (114,9 Md€ attendus en 2026) : part des honoraires des professionnels libéraux pris en charge par l'assurance maladie, y compris de ceux exerçant en clinique privée, remboursements au titre des transports sanitaires, indemnités journalières versées en cas d'arrêt maladie ou d'accidents du travail, remboursements de médicaments et autres produits de santé, etc. ;
- le financement des établissements de santé publics et privés (111,8 Md€) ;
- le financement des établissements et services médico-sociaux, également appelé Objectif global de dépenses (OGD) qui se décline dans l'ONDAM en deux sous-objectifs : le premier concernant les établissements et services d'accueil des personnes âgées en perte d'autonomie (18,2 Md€) et le second concernant les établissements et services d'accueil des personnes en situation de handicap (16,0 Md€) ;
- les crédits du Fonds d'intervention régional sous la responsabilité des Agences régionales de santé et les dispositifs de soutien national à l'investissement, nouvellement transférés dans ce sous-objectif en 2022 pour tenir compte notamment des préconisations du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) (6,2 Md€) ;
- les autres dépenses (3,3 Md€) : financement d'opérateurs intervenant dans le domaine sanitaire comme Santé Publique France ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), soins des Français à l'étranger, financement de certains établissements médico-sociaux spécifiques.

Graphique 1 • Montants de l'ONDAM 2026, par sous-objectif



L'ONDAM 2024 a progressé de 3,3%, en sous-exécution de 0,6 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS 2025

Le dépassement observé de l'ONDAM par rapport à l'objectif initial en LFSS pour 2024 est de 1,5 Md€, correspondant à une progression annuelle de l'ONDAM de 3,3% (3,5% hors dépenses liées au Covid). Le dépassement est dû à un décrochage du niveau des remises conventionnelles, à une activité de soins particulièrement soutenue en ville comme en établissements, et à des dépenses résiduelles plus importantes que prévues en lien avec le COVID-19. Ces dépassements ont été partiellement compensés par la mobilisation des mises en réserve.

La rectification de l'ONDAM 2024 en LFSS pour 2025 avait rehaussé l'objectif de 2,0 Md€ (+1,2 Md€ lors du dépôt du projet de loi de financement en octobre 2024, et +0,8 Md€ lors de l'examen du texte au Sénat en novembre 2024). Une fin d'année 2024 moins dynamique que prévue lors de cette rectification a conduit à une sous-consommation de l'ONDAM 2024 de -0,6 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2025.

L'ONDAM 2025 progresserait de 3,6%, respectant l'objectif initialement assigné dans la LFSS

L'ONDAM 2025 a été initialement fixé à 265,9 Md€ dans la LFSS pour 2025, soit une progression à champ constant de +3,4% par rapport à la base 2024 définie au moment de la construction de la LFSS 2025.

La construction de l'ONDAM 2025 s'inscrivait dans un contexte de normalisation après les événements exceptionnels qui ont conduit à une progression très dynamique des dépenses : crise sanitaire, mesures du Ségur et inflation exceptionnelle. Les projections de 2025 reposaient sur l'hypothèse d'un retour progressif à une évolution de l'activité des différents acteurs de l'offre de soins qui serait comparable aux années 2010-2019. La stabilisation de l'épidémie de COVID-19 a conduit à un provisionnement stable pour 2025 des dépenses à ce titre. Ainsi, la progression spontanée de l'ONDAM en 2025 était estimée à +2,8 % hors mesures nouvelles et mesures d'économies.

A cette progression spontanée, s'ajoutait un important quantum de mesures nouvelles pour 5,8 Md€, dont la compensation pour les employeurs dans le champ de l'ONDAM de la hausse de 4 points - 1 point 2024 et 3

points en 2025 - de cotisation vieillesse pour la CNRACL, contribuant globalement pour +2,3 points à l'augmentation de l'ONDAM en 2025. La **progression tendancielle, en LFSS 2025, était donc portée à 5,0%**.

Afin de compenser l'évolution tendancielle et de ramener la progression de l'ONDAM à +3,4%, des **mesures d'économie montant à 4,3 Md€** étaient prévues, après 3,5 Md€ en 2024.

En juin 2025, pour la première fois depuis 2007, le **comité d'alerte a estimé qu'il y avait un risque sérieux que l'ONDAM soit dépassé** au-delà du seuil d'alerte. A la suite de cette alerte, le Gouvernement a annoncé des **mesures infra-annuelles de redressement**, dont un ensemble de mesures représentant 1,65 Md€ qui ont été proposées par les caisses nationales d'assurance maladie ainsi que des mesures additionnelles d'un montant de 0,09 Md€. Dans son avis du 17 septembre 2025, le comité d'alerte a estimé que ce montant d'économies, sous réserve de sa réalisation intégrale, a bien été calibré pour compenser le montant prévisionnel de dépassement de l'ONDAM. Les évolutions et mesures infra-annuelles ont en particulier conduit à :

- +0,9 Md€ lié une activité plus importante qu'anticipée des soins de ville et des établissements de santé;
- -0,8 Md€ au titre de la mobilisation des crédits mise en réserve en construction (-0,7 Md€) et à la diminution des dotations de l'assurance maladie au FMIS et au FIR (- 0,1 Md€) ;
- -0,1 Md€ de mesures de périmètre intervenues postérieurement à la LFSS pour 2025 sur le champ médico-social (transferts de crédits de l'OGD vers le budget de la CNSA hors ONDAM).

Au regard des dernières données disponibles, **les dépenses de l'ONDAM 2025 respecteraient l'objectif fixé en LFSS pour 2025, s'élevant à 265,9 Md€**. La progression annuelle de l'ONDAM serait de +3,6%¹ contre 3,4% en construction initiale, en raison d'un constat 2024 plus faible que celui prévu en LFSS pour 2025.

L'ONDAM 2026 augmenterait de 1,6% correspondant à un effort exceptionnel de ralentissement des dépenses

Le PLFSS pour 2026 propose de fixer les dépenses couvertes par l'ONDAM pour l'année 2026 à 270,4 Md€ en **progression de +1,6 %** à champ constant par rapport à la base 2025 rectifiée. Ce taux d'évolution est inférieur de 1,3 points au taux de 2,9% inscrit dans la loi de programmation des finances publiques reflétant un effort exceptionnel de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

L'évolution spontanée de l'ONDAM est estimée à +3,4 % en 2026 après +2,8 % en 2025. La différence entre ces taux est intégralement due à une structure calendaire différente entre les deux années, avec un plus grand nombre de jours ouvrés en 2026. Cette estimation repose sur l'hypothèse d'un retour à une dynamique d'activité en ville comparable aux années antérieures à la crise sanitaire et à la poursuite du rattrapage de l'activité hospitalière. Elle intègre les effets des mesures de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude pour un rendement escompté de 0,9 Md€ sur les soins de ville.

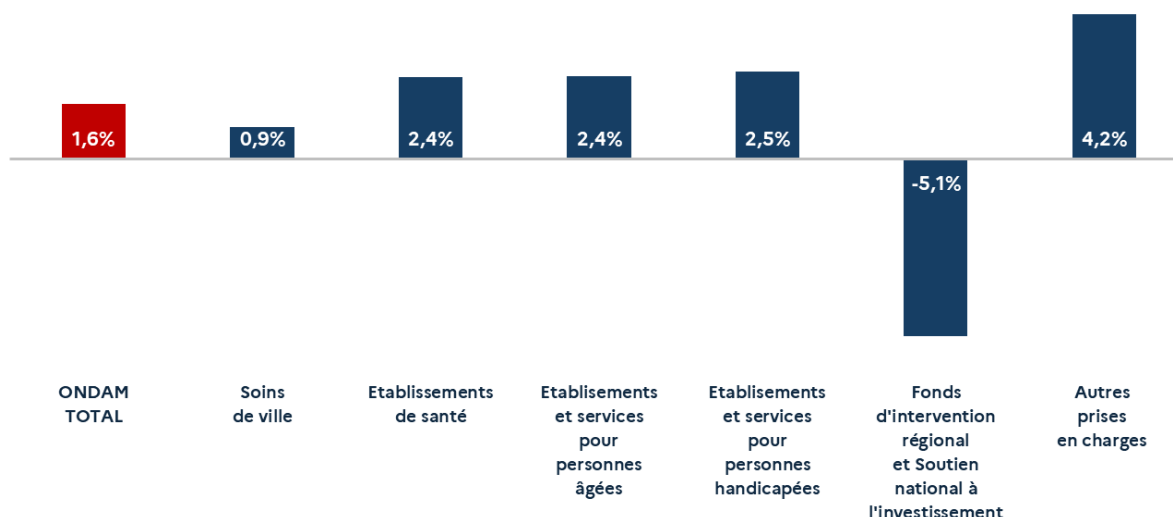
Un **ensemble de mesures nouvelles représentant +2,5 Md€** sont intégrées dans la construction. La **hausse du taux de cotisation vieillesse de la CNRACL est financée** pour les employeurs des fonctions publiques hospitalière et territoriale pour un coût de **+0,7 Md€**. **+1,2 Md€ sont dédiés aux soins de ville** pour couvrir d'une part la montée en charge des conventions et avenants pour les professions médicales et paramédicales et d'autre part pour financer la réforme de la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) et l'amélioration de la couverture vaccinale contre le méningocoque. **+0,4 Md€ sont destinés aux établissements sanitaires** au titre de l'amélioration de l'attractivité des métiers en établissement et d'amélioration du maintien à domicile, la prise en charge de la santé de l'enfant et de la santé mentale. **+0,7 Md€ sont destinés aux établissements médico-sociaux** dont 0,1 Md€ au titre du renforcement du taux d'encadrement en Ehpad, 0,2 Md€ au titre de moyens supplémentaires pour l'actualisation des coupes PATHOS dans le secteur personnes âgées, 0,3 Md€ pour la création de places en établissements pour personnes handicapées et 0,1 Md€ au titre du surcoût de la fusion des sections. La non-reconduction du fonds de soutien aux Ehpad, voté en LFSS pour 2025, est comptabilisée comme une mesure nouvelle négative, portant le montant net de mesure nouvelle à 0,5Md€ (cf. Annexe 7 partie I.3). **+0,2 Md€ sont consacrés au financement du FIR/SNI**, dont +0,1 Md€ pour le FIR au titre de la revalorisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) et 0,1 Md€ pour les investissements en matière numérique et sanitaire transitant par le FMIS. Enfin, des **moindres crédits Ségur et assimilés pour -0,5 Md€** sont considérés comme de moindres mesures nouvelles.

Des **mesures d'économies sont intégrées à l'ONDAM pour un montant de 7,1 Md€** (après 4,3 Md€ en 2025). **3,7 Md€ correspondent à des mesures de maîtrise tarifaire et de régulation** (après 3,6 Md€ en 2025), dont 2,3 Md€ de baisse de prix et de bon usage des produits de santé, 0,7 Md€ de gains d'efficience en

¹ Bien que le niveau de l'ONDAM 2025 soit respecté par rapport à l'objectif en LFSS pour 2025, le taux d'évolution en prévision diffère du taux d'évolution en construction. En effet, le taux d'évolution en construction se rapportait à une base de construction (ONDAM 2024 en LFSS pour 2025, augmentée des mesures de périmètres) supérieure de 0,5 Md€ à la base retenue pour la prévision (ONDAM 2024 actualisé avec les données comptables à fin septembre – cf. supra - augmentée des mesures de périmètres).

établissements de santé et médico-sociaux, et 0,6 Md€ relatifs à des protocoles et économies en soins de ville. **3,4 Md€ correspondent à des transferts de charges** vers les organismes complémentaires, les employeurs et de responsabilisation des assurés (après 0,7 Md€ en 2025), dont 2,3 Md€ relatifs à la hausse des plafonds et des montants sur les franchises et participations forfaitaires, 0,5 Md€ relatifs à la montée en charge de l'économie au titre de la baisse du plafond des revenus pris en compte pour le calcul des indemnités journalières, 0,4 Md€ d'augmentation de la part des complémentaires ou des assurés au financement des établissements de santé et 0,1 Md€ de hausse du ticket modérateur sur les médicaments à faible service médical rendu pour les assurés en affection longue durée.

Tableau 1 • Hausse de l'ONDAM par sous-objectifs en PLFSS 2026



L'ONDAM s'établirait désormais à un peu moins de 9 % du PIB en 2026, une part stable depuis 2023 mais en léger recul (-0.1 point) par rapport à 2025

Les dépenses retracées dans l'ONDAM représentaient 7 % du PIB lors de la création de l'objectif en 1997 et de l'ordre de 8,2% avant la survenue de la crise sanitaire (chiffre 2019, quasi stable sur l'ensemble de la décennie 2010-2019) ; elles pourraient atteindre 8,8% du PIB en 2026¹, selon les prévisions du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Cette progression a eu lieu par paliers (cf. graphique 2) :

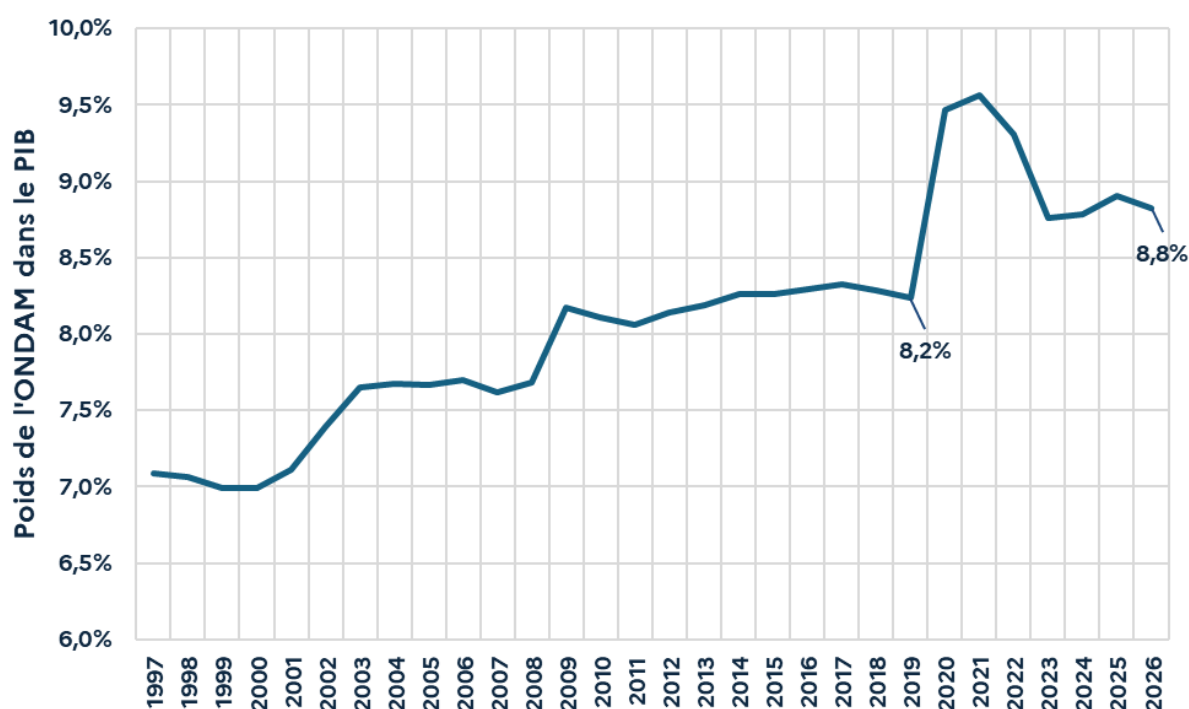
- d'abord en 2002-2003, avec une croissance soutenue des dépenses de santé dans un contexte de ralentissement de la croissance économique ;
- puis en 2008-2009, en raison de la crise financière et économique. Malgré un contexte de croissance contenue des dépenses de santé, la perte pérenne d'activité qui s'en est suivie a conduit à un renchérissement du poids de l'Ondam dans la richesse nationale ;
- à compter de 2020, en raison de la baisse du PIB sous l'effet de la crise sanitaire, ainsi que des dépenses exceptionnelles et transitoires pour financer la lutte contre l'épidémie, puis des dépenses pérennes, notamment dans le secteur hospitalier, consécutives au Ségur de la santé. Par rapport au niveau exceptionnellement élevé atteint en 2020 et 2021, une baisse est constatée en 2022 et 2023, résultant de la diminution très nette des dépenses Covid, et de la poursuite du rebond de l'activité permettant de combler la perte d'activité consécutive à la crise. La part des dépenses de santé semble se stabiliser à partir de 2023 autour de 8,8% du PIB. Une partie de cette hausse a trait à une extension du périmètre de l'ONDAM pour 0,1 pt de PIB depuis 2019.

¹ Après deux années atypiques en 2020 et 2021 où la part de l'ONDAM dans le PIB a été particulièrement élevée du fait de la conjonction des dépenses de santé engagées pour répondre à la crise sanitaire et de la contraction du PIB.

L'augmentation de la part de l'ONDAM dans le PIB entre 2019 et 2024 s'explique notamment par la volonté d'investir dans le système de santé avec notamment l'application des accords issus du Ségur de la santé. En 2026, dans le cadre de l'effort partagé de maîtrise des finances publiques, l'ONDAM augmenterait de 1,6 % en 2026, pour une croissance du PIB presque 1 point supérieur (+2,5% en valeur), entraînant un recul de son poids dans le PIB (-0,1 point).

L'ONDAM est plus dynamique que les dépenses de santé mesurées à l'aide d'autres agrégats (cf. partie 4). De 2012 à 2022, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) a progressé de 0,2 point de PIB, tandis que l'ONDAM progressait de 1,3 point de PIB. Ce dynamisme plus important de l'ONDAM s'explique en partie par l'élargissement de son champ (pour environ 0,2 point), ainsi que par l'impact des dépenses de dépistage et de vaccination contre la Covid-19 qui sont quasiment intégralement financées sous ONDAM (et qui à l'inverse ne relèvent pas de la CSBM). De plus, l'ONDAM intègre en son sein les dépenses médico-sociales, financées par l'objectif global de dépense (OGD), qui évoluent à un rythme plus dynamique que la CSBM. Cette dynamique s'explique enfin par la hausse de la prise en charge des dépenses de santé par la sécurité sociale. Ainsi, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale est passée de 76,0% en 2012 à 79,6% en 2022¹.

Graphique 3 • Part de l'ONDAM dans le produit intérieur brut depuis 1997



Note : il s'agit de l'évolution de l'ONDAM à champ courant. L'élargissement du champ de l'ONDAM au fil du temps explique de l'ordre de 0,2 point de la hausse de l'ONDAM de 1997 à 2026.

¹ Ce montant important à partir de 2021 s'explique par l'intégration de la complémentaire santé solidaire au sein du financement sécurité sociale de la CSBM, alors que cela relevait auparavant du financement par l'état, ainsi que par le fait que certaines dépenses consécutives à la crise sanitaire (telles que celles en lien avec le Ségur de la Santé) sont prises en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire. En 2019, la part de la CSBM financée par la Sécurité Sociale s'établissait à 77,4%.

PARTIE I:
L'ONDAM EN 2024,
2025 ET 2026

I.1 L'ONDAM, un objectif interbranches composé de six sous-objectifs

Instauré par la loi organique du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est un outil de régulation des dépenses de santé, déterminé chaque année par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale.

I.1.1 Les six sous-objectifs de l'ONDAM

L'ONDAM a été découpé en six sous-objectifs en 2006 (cf. tableau 1), dont la définition a évolué depuis et qui correspond en 2025 aux grands secteurs de l'offre de soins suivants :

Le sous-objectif soins de ville retrace notamment les honoraires des professionnels libéraux, les remboursements de produits de santé et les indemnités journalières. La régulation des tarifs est placée sous la responsabilité de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) pour les professionnels dans le cadre conventionnel et du comité économique des produits de santé (CEPS) pour les produits de santé.

Le sous-objectif établissements de santé contient plusieurs compartiments : une partie correspondant aux financements des établissements à l'activité sous forme « d'enveloppes ouvertes » : objectif de dépenses en médecine chirurgie obstétrique (ODMCO), objectif quantifié national (OQN) psy-SSR, ODSSR dont la régulation prix-volume est assurée par le niveau national, et une partie composée « d'enveloppes fermées » : missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC), dotation annuelle de financement (DAF), unités de soins longue durée (USLD), allouées aux établissements sur la base de modèles de répartition nationaux.

Les deux sous-objectifs médico-sociaux correspondent au financement par la branche autonomie des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées d'une part et pour personnes en situation de handicap d'autre part, dans le cadre de l'objectif global de dépenses (OGD). Depuis la création de la 5^{ème} branche de la sécurité sociale par la loi dette sociale et autonomie du 7 août 2020, l'ensemble des dépenses de l'OGD est pris en charge par la sécurité sociale et donc intégré à l'ONDAM.

Le sous-objectif Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement correspond d'abord aux enveloppes déléguées aux agences régionales de santé (ARS) afin de financer des actions et expérimentations en faveur de la performance, la qualité, la coordination, la permanence des soins, la prévention, la promotion de la santé et la sécurité sanitaire, dans le cadre du Fonds d'intervention régional (FIR). Ses ressources sont constituées par une dotation des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie, une dotation de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et, le cas échéant, par toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires. Ce sous-objectif intègre aussi les dépenses liées au soutien à l'investissement pour les établissements sanitaires et médico-sociaux, dans le cadre du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) et du plan d'aide à l'investissement (PAI) de la CNSA en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Le sous-objectif « autres prises en charge » recouvre l'ONDAM spécifique (dotations aux établissements accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, comme l'addictologie), les soins des Français de l'étranger, le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) et les dotations de l'assurance maladie à ses opérateurs (ANSM, SPF, etc.).

Tableau 1 • Composition des six sous-objectifs de l'ONDAM en 2025

Soins de ville
• Honoraires médicaux et dentaires y compris rémunérations forfaitaires (Rémunération sur objectifs de santé publique, Forfait Patientèle Médecin Traitant)
• Honoraires paramédicaux
• Laboratoires de biologie médicale
• Transports
• Produits de santé (médicaments de ville, rétrocession hospitalière, dispositifs médicaux, déduction faite des remises pharmaceutiques et du rendement de la nouvelle tranche supplémentaire de la contribution telle que définie à l'Art. L. 245-6 du code de la sécurité sociale)
• Indemnités journalières (maladie et AT-MP)
• Prise en charge des cotisations des professionnels de santé
• Financement de l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC)
• Taxe de solidarité additionnelle sur les contrats d'assurance complémentaires (recettes atténuatives de l'ONDAM)
Etablissements de santé
• Activité médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés
• Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), psychiatrie, unités de soins de longue durée (USLD)
• Dotations forfaitaires
• Forfaits annuels (urgence, prélèvement et transplantation d'organes...)
• Incitation financière à l'amélioration de la qualité (MCO et SSR)
• Médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des séjours hospitaliers (« liste en sus »), déduction faite des remises pharmaceutiques et du rendement de la nouvelle tranche supplémentaire de la contribution telle que définie à l'Art. L. 245-6 du code de la sécurité sociale et de la clause Z
Dépenses relatives aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées
• Objectif global des dépenses "personnes âgées" (OGD PA)
Dépenses relatives aux établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées
• Objectif global des dépenses "personnes handicapées" (OGD PH)
Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement
• Dotations assurance maladie aux agences régionales de santé au titre du FIR
• Dotations assurance maladie et autonomie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS - créé en LFSS 2021 en remplacement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés)
• Dépenses d'investissement en faveur des établissements et services médico-sociaux (ESMS) au titre des plans d'aide à l'investissement (PAI) « personnes âgées » et « personnes handicapées » de la CNSA. Ces dépenses sont intégrées dans le champ de l'ONDAM en 2022.
Autres prises en charge
• Soins des Français à l'étranger
• Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS)
• Opérateurs financés par l'Assurance maladie
• Dépenses médico-sociales spécifiques, hors du champ de l'OGD :
- Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
- Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)
- Appartements de coordination thérapeutique (ACT)
- Lits halte soins santé et lits d'accueil médicalisés (LHSS/LAM)
- Équipe Mobile Santé Précarité (EMSP) et Equipe Spécialisée en Soins Infirmiers Précarité (ESSIP)

I.1.2 L'articulation entre l'ONDAM et les dépenses des branches maladie, AT-MP et autonomie

L'ONDAM est un objectif inter-branches, puisqu'il comprend des dépenses de la branche maladie, de la branche accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) et l'ensemble des dépenses de la branche Autonomie relatives au financement des établissements médico-sociaux (correspondant à l'objectif global de dépenses). La différence entre les dépenses de l'ONDAM et les objectifs de dépenses des branches votés dans la LFSS s'explique par les effets suivants.

Le champ des prestations de l'ONDAM est **plus limité que celui des prestations d'assurance maladie** : il ne couvre pas les prestations en espèces maternité et invalidité, ni les dépenses relatives aux soins en France d'assurés de régimes étrangers que l'assurance maladie prend en charge avant de se faire rembourser par les autres états.

Il est surtout **beaucoup moins large que celui des prestations de la branche AT-MP** : il ne retrace que les prestations en nature et les indemnités journalières compensant une incapacité temporaire, mais pas les rentes versées en cas d'incapacité permanente ou encore les dispositifs destinés aux travailleurs ou aux victimes de l'amiante.

Ces différences de champ expliquent pourquoi le taux de progression de l'ONDAM peut s'écarter du taux de croissance des dépenses globales des branches. Cela est en particulier vrai pour la branche des accidents du travail et maladies professionnelles dans laquelle le poids de l'ONDAM ne représente que le tiers des charges. Pour la maladie, le poids de l'ONDAM reste très important : il représente environ 80 % des charges de la CNAM.

Par ailleurs, l'ONDAM intègre des produits atténuatifs des dépenses, c'est-à-dire des recettes de l'assurance maladie qui viennent en réduction de l'objectif. Il s'agit des remises et clause de sauvegarde sur les produits de santé et de la contribution des organismes complémentaires.

L'inclusion des premières s'explique par leur **indissociabilité de la politique de tarification** des produits de santé assurée par le comité économique des produits de santé (CEPS). Celui-ci négocie avec les exploitants non seulement le prix TTC des différents produits de santé mais également et concomitamment des clauses confidentielles qui prévoient le versement de remises fonctions des volumes de produits remboursés. L'inclusion des remises en diminution de l'ONDAM permet de prendre en compte le coût net pour l'assurance maladie du remboursement des produits de santé et non pas le seul coût brut. De la même façon, et à partir de 2025, la contribution dite « supplémentaire » mentionnée au III. de l'article L. 245-6 est calculée sur une assiette de spécialités identique à celle de la clause de sauvegarde telle que définie aux L. 138-10. Cette contribution est calculée sur une assiette correspondant aux chiffres d'affaires. L'inclusion de cette contribution en diminution de l'ONDAM permet donc de prendre en compte l'atténuation de dépense remboursée au titre des médicaments.

La contribution des organismes complémentaires est la traduction d'un accord conventionnel entre les médecins, l'assurance maladie et l'union des organismes complémentaires prévoyant la participation financière de ces derniers au titre de forfaits versés aux médecins. En conséquence, son montant vient en réduction de l'ONDAM puisqu'elle représente une forme de remboursement des organismes complémentaires à l'assurance maladie au titre de ces forfaits.

Une autre différence entre l'ONDAM et les objectifs de dépenses des branches provient de leur référentiel comptable. Les seconds sont établis selon les règles de la comptabilité générale et sont donc définitivement constatés à la clôture des comptes des régimes. L'ONDAM en revanche se rapproche des concepts de la **comptabilité nationale** et peut être révisé postérieurement à la clôture des comptes pour intégrer certaines régularisations qui n'ont pu être intégrées à temps dans les comptes clos (et le seront donc dans les comptes d'un exercice ultérieur). C'est notamment le cas des révisions du rendement des provisions qui sont établies sur des bases estimatives provisoires lors de la clôture des comptes.

Tableau 2 • Composition de l'ONDAM et des comptes de branches pour l'exercice 2025

A noter : les dépenses dans le champ de l'ONDAM sont identifiées en partie grisée ci-dessous.

Branche maladie, maternité, invalidité décès	Branche AT - MP	Branche Autonomie
I. Prestations sociales : ❖ Prestations en espèce = U maternité ❖ Prestations invalidité décès ❖ Prestations extra-légales (action sanitaire et sociale) ❖ Actions de prévention hors FIR ❖ Autres prestations II. Charges techniques III. Diverses charges IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM V. Charges financières	I. Prestations légales maladie et maternité : ❖ Prestations en nature maladie – maternité – incapacité temporaire* ❖ Remises conventionnelles pharmaceutiques ❖ Participation des assurances complémentaires à la rémunération du forfait médecin traitant ❖ Prestations en espèce (hors U maternité), prestations en espèce suite à AT II. Charges techniques ❖ relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement ❖ Prise en charge des cotisations des professionnels libéraux et en centres de santé ❖ Autres transferts (ABM, ATIH, FAC dont ANOPC...) III. Diverses charges IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM V. Charges financières	I. Prestations pour incapacité temporaire : ❖ Prestations en nature ❖ Prestations en espèce suite AT I. Prestations maladie ❖ Prestations en nature exécutées en ESMS-PA ❖ Prestations en nature exécutées en ESMS-PH II. Charges techniques ❖ relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement III. Diverses charges IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM V. Charges financières
	I. Prestations pour incapacité permanente II. Charges techniques : ❖ prise en charge des cotisations ACAATA (Allocation de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante) ❖ Dotations aux fonds amiante III. Diverses charges IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM V. Charges financières	I. Prestations autonomie ❖ Prestations en espèces (AEEH, congé proche aidant) ❖ Action de prévention, formation ❖ Plan d'aide à l'investissement II. Charges techniques ❖ Concours aux dépenses des départements (APA, PCH)+ financement MDPH ❖ Dotation FIR, GEM, MAIA ❖ Autres transferts (ANAP, ATIH) III. Diverses charges IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM V. Charges financières

*Hors part des prestations médico sociales financée par la CNSA, hors conventions internationales

I.2 L'ONDAM 2024, en sous-exécution de 0,6 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2025, mais en hausse de 1,5 Md€ par rapport à l'objectif initial pour 2024

I.2.1 Synthèse sur l'exécution de l'ONDAM 2024

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 avait fixé à 254,9 Md€ le montant de l'ONDAM pour 2024. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2025 a rectifié l'ONDAM pour 2024 à 256,9 Md€, soit une rectification à la hausse de 2,0 Md€ au motif d'une dynamique soutenue sur certaines prestations de soins de ville et des dépenses de produits de santé nettes, ainsi que d'une accélération de l'activité des établissements publics de santé. (pour plus de détails sur la rectification, cf. [Fiche CCSS 2.2 de juin 2025](#)). Selon les dernières informations fournies par les régimes d'assurance maladie (RAM), les dépenses dans le champ de l'ONDAM s'élèvent désormais à 256,4 Md€, soit une révision de - 0,1 Md€ par rapport au constat provisoire de mars 2025. Cette révision à la baisse porte principalement sur les dépenses de soins de ville (-46 M€) et relatives aux établissements de santé (-25 M€) (cf. [Tableau 1](#)).

Tableau 1 • Réalisation dans le champ de l'ONDAM en 2024

Constat 2024 (en Md€), actualisé septembre 2024	ONDAM 2024 en LFSS 2024	ONDAM 2024 en LFSS 2025	Constat 2024 octobre 2025	dont révision par rapport au constat de mars 2025	Taux d'évolution	Ecart à l'objectif en LFSS 2024	Ecart à l'objectif en LFSS 2025
ONDAM TOTAL	254,9	256,9	256,4	-0,06	3,3%	1,5	-0,6
Soins de ville	108,4	110,1	109,9	-0,04	4,0%	1,5	-0,2
Etablissements de santé	105,3	105,6	105,4	-0,03	2,6%	0,2	-0,2
Etablissements et services médico-sociaux	31,5	31,3	31,2	0,00	3,8%	-0,2	-0,1
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	16,3	16,1	16,1	0,00	3,8%	-0,1	0,0
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	15,2	15,2	15,1	0,00	3,8%	-0,1	-0,1
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et Soutien national à l'investissement	6,5	6,7	6,6	0,00	4,3%	0,1	-0,1
Autres prises en charges	3,3	3,2	3,2	0,00	-6,8%	-0,1	0,0

Source : DSS/SDEPF/6B

Par rapport à l'objectif initial en LFSS pour 2024, le dépassement est de 1,5 Md€ et s'explique par :

- **1,0 Md€ de dépassement au titre de moindres recettes atténuatives** (remises conventionnelles et clause de sauvegarde). En effet, depuis 2016, les taux de croissance des remises médicaments s'établissaient entre +20 % et +40 % par an. La LFSS pour 2024, sur la base de prévisions arrêtées à l'été 2023, prenait en compte l'hypothèse d'un taux de croissance des remises de 20 %. In fine, le produit à recevoir (qui reste estimatif, en attente du recouvrement définitif intervenant au dernier trimestre de l'année suivante, c'est-à-dire au quatrième trimestre 2025 pour 2024) inscrit dans les comptes de mars 2025 a abouti à une progression de 8,7 % des remises ;
- Un **dépassement des prestations hors dépenses en lien avec la crise pour 1 Md€**, dont 0,5 Md€ au titre des dépenses de soins de ville et 0,3 Md€ sur les dépenses en établissements de santé ;
- les dépenses en lien avec la crise sanitaire, qui atteignent désormais 0,4 Md€ en 2024, soit un **dépassement de 0,2 Md€** par rapport à l'objectif initial ;
- Une **atténuation du dépassement** par le gel des mises en réserves (MER) (-0,7 Md€) sur les sous-objectifs concernés.

Toutefois, la rectification de l'ONDAM 2024 en LFSS pour 2025 avait rehaussé l'objectif de 2,0 Md€ (+1,2 Md€ lors du dépôt du projet de loi de financement en octobre 2024, et +0,8 Md€ lors de l'examen du texte au Sénat en novembre 2024). Ainsi, **l'ONDAM 2024 présente une sous-consommation de 0,6 Md€** par rapport à l'objectif rectifié, dont **0,1 Md€ s'explique par des dépenses en lien avec la crise sanitaire** (cf. *Tableau 2*). **Hors dépenses liées à la crise sanitaire, la sous-consommation est évaluée à 0,5 Md€** par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2025.

Tableau 2 • Décomposition du dépassement de l'ONDAM 2024 par rapport à l'objectif rectifié

Constat 2024 (en Md€), actualisé septembre 2024	ONDAM 2024 en LFSS 2025	Constat 2024 octobre 2025	Ecart à l'objectif en LFSS 2025	dont écart non lié à la crise sanitaire	dont écart lié à la crise sanitaire
ONDAM TOTAL	256,9	256,4	-0,6	-0,5	-0,1
Soins de ville	110,1	109,9	-0,2	-0,1	-0,1
Etablissements de santé	105,6	105,4	-0,2	-0,2	0,0
Etablissements et services médico-sociaux	31,3	31,2	-0,1	-0,1	0,0
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	16,1	16,1	0,0	0,0	0,0
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	15,2	15,1	-0,1	-0,1	0,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et Soutien national à l'investissement	6,7	6,6	-0,1	-0,1	0,0
Autres prises en charges	3,2	3,2	0,0	0,0	0,0

Source : DSS/SDEPF/6B

1.2.2 Des surcoûts bruts en lien avec la crise sanitaire à hauteur de 0,4 Md€

Les mesures exceptionnelles en lien avec la crise sanitaire ont atteint 0,4 Md€ en 2024, soit une sous-exécution de 0,1 Md€ par rapport à l'enveloppe rectifiée en LFSS pour 2025 au titre de 2024, mais un dépassement de 0,2 Md€ par rapport au montant provisionné en LFSS pour 2024. Cet écart s'explique par un coût de la campagne de vaccination plus élevé que celui initialement prévu et par la montée en charge du traitement Paxlovid®. Ces coûts restent donc nettement inférieurs à ceux intervenus entre 2020 et 2023 à hauteur de 18,3 Md€ les deux premières années, de 11,7 Md€ en 2022 et de 1,1 Md€ en 2023. Les dépenses 2024 se décomposent de la manière suivante :

- **0,1 Md€** au titre de la réalisation de **tests diagnostic** en ville ;
- **0,1 Md€** de dépenses au titre des **indemnités journalières (IJ) maladie Covid** ;
- **0,1 Md€** au titre des dotations de l'assurance maladie à l'**agence nationale de santé publique (Santé publique France)** ;
- **0,1 Md€** au titre de la **rémunération des professionnels et établissements de santé effectuant la campagne vaccinale**.

1.2.3 Des dépenses au titre du Ségur de la Santé atteignant 13,0 Md€

Au total, le Ségur de la santé a occasionné 13,0 Md€ de dépenses en 2024, dont 10,9 Md€, pérennes, concernent les revalorisations salariales en établissements sanitaires et médico-sociaux (pilier 1 du Ségur de la santé), 0,8 Md€, pérennes, concernent les aides aux développements du service aux usagers dans les territoires (Pilier 4 du Ségur de la santé) et enfin, 1,3 Md€ au titre du pilier 2 du Ségur de la santé, dont 1,0 Md€ pour l'investissement (non pérenne) et 0,3 Md€, pérenne, pour des aides diverses comme l'aide à la transition écologique. Le montant cité précédemment doit s'entendre par référence aux montants prévus au moment de la signature du Ségur de la Santé en juillet 2020, c'est-à-dire sans application des augmentations tendanciennes des dépenses depuis 2020. Or, dans les faits, les montants engagés au titre du Ségur, notamment ceux du pilier 1 qui concernaient les revalorisations des rémunérations des soignants, ont été augmentés via les revalorisations de la part tarif et notamment au titre des revalorisations du point d'indice, de l'accélération du glissement vieillesse technicité (GVT), liée à la refonte des grilles salariales. Appréciables globalement, les dépenses du Ségur de la santé en 2024 sont inférieures de 0,2 Md€ par rapport à 2023, principalement en raison d'une consommation, plus tardive que prévu initialement, de certains crédits liés à l'investissement dans le numérique en santé.

1.2.4 Hors impact de la crise, les dépenses de l'ONDAM présentent une sous-exécution de 0,5 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2025

1.2.4.1 Des dépenses de soins de ville inférieures de 0,1 Md€ à la rectification en LFSS 2025

Les dépenses de soins de ville hors crise atteignent 109,6 Md€, en progression de 4,3 % par rapport à 2023 (à périmètre constant). Elles sont inférieures de 148 M€ au sous-objectif rectifié par la LFSS pour 2025. Par rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de juin 2025, les dépenses de soins de ville ont été révisées de - 41 M€. Cette révision à la baisse, en lien avec la correction des provisions, porte principalement sur les dépenses de transports sanitaires (- 22 M€) et les honoraires paramédicaux (- 17 M€).

1.2.4.2 Des dépenses au titre des établissements de santé inférieures de 0,2 Md€ à l'objectif révisé en LFSS 2025

Par rapport à la CCSS de juin 2025, les dépenses des établissements de santé ont été révisées à la baisse de 25 M€. **Les dépenses des établissements de santé hors crise s'élèvent désormais à 105,4 Md€, en sous consommation de 0,2 Md€ par rapport au sous-objectif rectifié par la LFSS pour 2025** (*pour plus de détails cf. Fiche CCSS 2.2 juin 2025*). Ces dépenses progressent de 2,7 % par rapport à 2023. Cette révision à la baisse, en lien avec la correction des provisions, porte notamment sur les dépenses en matière de soins médicaux et de réadaptation (- 28 M€).

1.2.4.3 Des dépenses relatives à l'ONDAM médico-social inférieures de 0,1 Md€ à l'objectif rectifié en LFSS pour 2025

Les **dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM médico-social** s'élèvent à 31,2 Md€, ce qui représente une sous-exécution de 0,1 Md€ par rapport à l'objectif 2024 rectifié en LFSS pour 2025. Cette sous-exécution est principalement expliquée par le maintien d'un gel de 0,1 Md€ sur les mises en réserves et par la non-délégation

des crédits prévus initialement au titre de la couverture de la hausse de taux CNRACL (0,25 Md€), couverture finalement assurée par une baisse du taux de cotisation maladie.

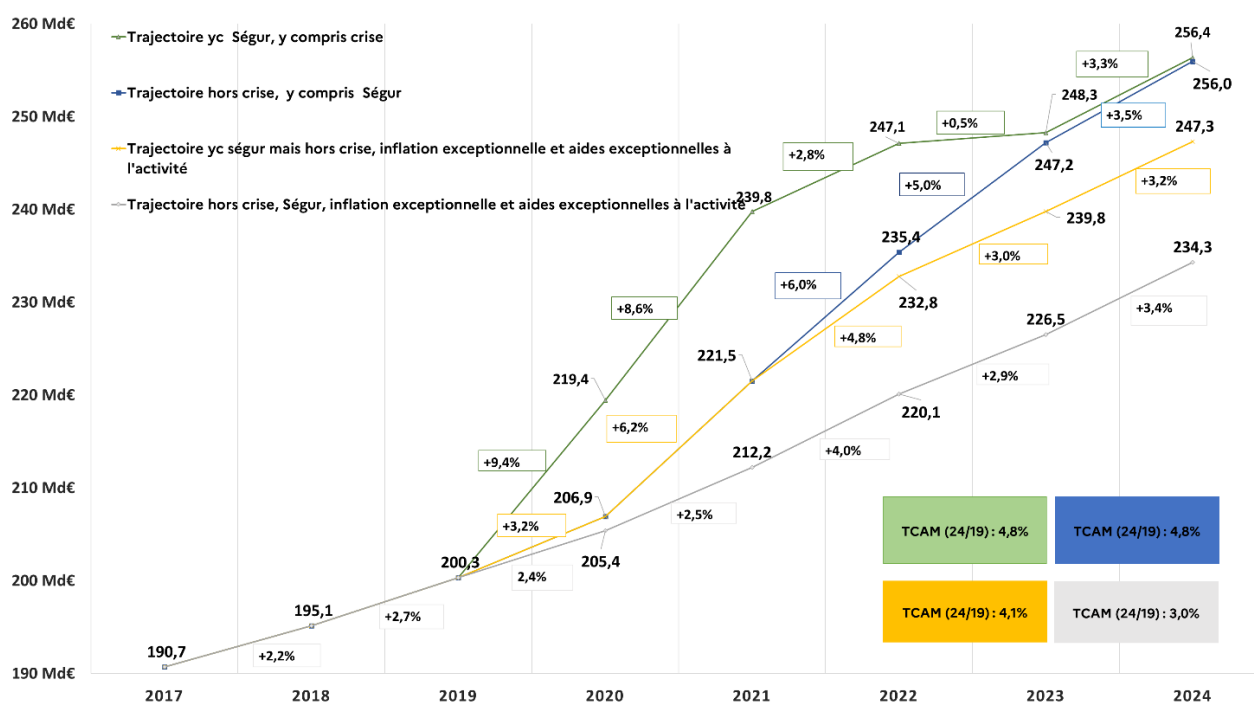
Plus précisément, les dépenses atteignent 16,1 Md€ pour le secteur des personnes âgées et 15,1 Md€ pour celui des personnes en situation de handicap (en sous-exécution de 0,1 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS 2025).

1.2.4.4 Des dépenses moindres pour les 5ème et 6ème sous-objectifs

En 2024, les dépenses du 5^{ème} sous-objectif, qui intègre le fonds d'intervention régional (FIR), le soutien national à l'investissement et le plan d'aide à l'investissement (PAI), se sont élevées à 6,6 Md€, soit une sous-exécution de 0,1 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS 2025. Cet écart découle de moindres dépenses pour 65 M€ sur le FIR et 30 M€ sur le PAI.

Les dépenses relatives **aux autres prises en charge**, qui regroupent les soins des assurés français à l'étranger, les dépenses médico-sociales extérieures au champ de compétence de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les dotations aux opérateurs financés par l'assurance maladie, s'élèvent à 3,1 Md€, ce qui représente un dépassement de 50 M€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS 2025. Il est lié à une surconsommation de soins à l'étranger par des assurés français, compensé en partie par une sous-consommation des dépenses médico-sociales.

Graphique 1 • Taux d'évolution de l'ONDAM entre 2019 et 2024



Note : Les montants sont présentés à champ courant mais les évolutions dans les bulles sont présentées à champ constant.

Source : DSS/6B

I.3 Un ONDAM 2025 inchangé par rapport avec l'objectif voté en LFSS pour 2025

1.3.1 Rappel de la construction de l'ONDAM 2025 en LFSS pour 2025

Les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM en 2025 ont été fixées à 265,9 Md€ en LFSS pour 2025 (cf. Tableau 3), soit une progression à champ constant de 3,4 % par rapport à la prévision 2024¹.

La construction de l'ONDAM 2025 reposait sur une dynamique d'activité des différents acteurs de l'offre de soins comparable aux années antérieures à la crise sanitaire, se matérialisant par une progression spontanée de 2,8%. Cette progression bien qu'identique à celle de 2024, emporte un effet calendaire favorable sur les

¹ Par rapport à la base 2024 au périmètre 2025 utilisée au moment de la construction LFSS 2025 et non pas au constat 2024 de mars 2025.

soins de ville et les établissements de santé, et à l'inverse, pour les établissements de santé et médico-sociaux, une hypothèse de GVT plus rapide que celle de 2024 et une inflation sur les charges non salariales plus élevée que la moyenne annuelle de la décennie 2010-2019 (pour plus de détails cf. [Fiche CCSS 2.2 juin 2025](#)). A cette progression spontanée, s'ajoutait un **important quantum de mesures nouvelles (5,8 Md€)**, dont le financement intégral pour les employeurs des fonctions publiques hospitalière et territoriale de la hausse de 4 points (1 point 2024 et 3 points en 2025) de cotisation vieillesse pour la CNRACL ajoutée aux dépenses supplémentaires au titre de la vie conventionnelle en ville, de la trajectoire spécifique des produits de santé ainsi que des mesures nouvelles relatives aux établissements de santé et médico-sociaux et les mesures visant à renforcer l'attractivité des métiers en établissement, contribuaient globalement pour 2,3 point d'augmentation de l'ONDAM en 2025.

En regard, était prévu **un niveau important de mesures d'économies (4,3 Md€)** visant principalement à améliorer l'efficacité et la pertinence des dépenses de l'assurance maladie, pour -1,7 point de contribution.

La construction 2025 intégrait par ailleurs un quantum de 0,5 Md€ de dépenses liées au COVID. Cette provision reproduisait globalement le niveau des coûts covid 2024 estimé au moment de la construction de l'ONDAM 2025. Les coûts covid sont considérés quasiment résiduels et n'engendrent pas d'écarts en évolution entre 2024 et 2025. **Du fait de cette construction, les taux d'évolution de l'ONDAM 2025 y compris Covid ou hors Covid sont identiques.**

1.3.2 Un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent en 2025 le seuil d'alerte selon l'avis du comité d'alerte de juin 2025

A partir des informations disponibles et notamment des aléas présentés dans la [Fiche CCSS 2.2 juin 2025](#), le comité d'alerte a estimé, pour la première fois depuis 2007, qu'il existait un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent en 2025 le seuil d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie et a donc décidé de déclencher la procédure prévue par les textes (cf. encadré 1).

Encadré 1 : Avis du comité d'alerte de juin 2025 – Impact sur l'ONDAM 2025

Suite à la publication de son avis du 18 juin 2025 et en application de l'article L. 114-4-1, 5^{ème} alinéa du code de la sécurité sociale, le comité d'alerte a notifié, le 19 juin 2025, au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie son appréciation selon laquelle il existait un risque sérieux que les dépenses dépassent en 2025 l'objectif national de dépenses d'assurance maladie fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 avec une ampleur dépassant le seuil de 0,5 % fixé par l'article D. 114-4-0-17 du code de la sécurité sociale (soit 1,3 Md€).

Le 24 juin 2025, le directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et la directrice générale de la Mutualité sociale agricole (MSA) ont fait part au comité d'alerte de mesures visant à répondre au risque de dépassement qu'il avait souligné.

Dans une correspondance du 8 juillet, la ministre du travail, de la santé, de la solidarité et des familles, le ministre chargé de la santé et de l'accès aux soins et la ministre chargée des comptes publics ont indiqué reprendre à leur compte l'intégralité des mesures proposées par les caisses nationales d'assurance maladie, d'un montant agrégé de 1,65 Md€, et prévoir des mesures additionnelles d'un montant de 0,09 Md€.

Dans son avis du 17 septembre 2025, le comité d'alerte a relevé que ce montant d'économies, d'un montant de 1,74 Md€ au total, sous réserve de sa réalisation intégrale, avait été calibré pour compenser totalement le risque de dépassement du montant prévisionnel de l'ONDAM souligné par le comité d'alerte dans son avis n° 2 du 18 juin 2025.

En définitive, sur les 1,74 Md€ de mesures d'économies annoncées par les ministres, le comité d'alerte a estimé que, en l'état des décisions qui ont été arrêtées avant le 1^{er} septembre, 1,5 Md€ d'économies étaient sécurisées :

- 770 M€ d'économies étaient certaines dans leur nature et leur montant : les baisses de dotations à caractère budgétaire, sous réserve que tout ou partie des crédits correspondants ne soient pas délégués ou réaffectés à un autre objet d'ici la fin de l'année. Le comité d'alerte mentionnait que la direction de la sécurité sociale a indiqué qu'en l'état des décisions arrêtées par les ministres, la rectification de l'ONDAM 2025 dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 intégrera une baisse de 0,8 Md€ de dotations à caractère budgétaire de l'assurance maladie dans le cadre des cinq autres sous-objectifs (établissements de santé, établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées, établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées, fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement et autres prises en charge) que celui des soins de ville ;

- 755 M€ d'économies sont certaines dans leur nature et ont un montant probable ou vraisemblable : les effets du report au 1^{er} janvier 2026 de mesures conventionnelles dont l'entrée en vigueur a été suspendue par l'avis du 18 juin du comité d'alerte (150 M€) ; ceux de la nouvelle convention de juillet 2025 avec la profession des taxis (30 M€) ; les baisses de prix de dispositifs médicaux (25 M€) ; les baisses de prix de médicaments (550 M€).

En revanche, 240 M€ d'économies apparaissaient devoir être écartées, bien qu'elles se rapportent à des actions généralement certaines dans leur nature : surévaluation des effets de la nouvelle convention avec la profession des taxis (15 M€) ; actions de maîtrise médicalisée des dépenses, dont le montant des effets attendus (200 M€) a un caractère incertain et ne pourra être précisément distingué de l'effet global des actions de maîtrise médicalisée en 2025, lorsque ce dernier sera évalué.

I.3.3 L'ONDAM 2025 serait en ligne avec l'objectif voté en LFSS pour 2025

La stricte mise en œuvre des mesures annoncées par le Gouvernement à la suite de la notification à mi-année par le comité d'alerte de l'Ondam d'un risque sérieux de dépassement de l'objectif, pourrait conduire à une légère sous-exécution des dépenses de l'exercice 2025. Les dernières données disponibles indiquent néanmoins un aléa à la hausse pour la fin d'année, sans pouvoir pour autant raisonnablement conclure au regard des données disponibles à un risque de dépassement. Dans ce contexte incertain, il a été décidé de ne pas réviser la **prévision de dépenses de l'ONDAM 2025, qui demeure de 265,9 Md€, en progression de 3,6%¹ par rapport au constat 2024 à périmètre 2025, soit un respect de l'objectif fixé en LFSS pour 2025**. Ce respect attendu de l'objectif s'explique par :

- **0,9 Md€ lié principalement à des dépassements constatés sur les soins de ville et sur les établissements de santé ;**
- **- 0,8 Md€ au titre des mesures issues de la correspondance des ministres du 8 juillet** (cf. encadré 1) correspondant à l'engagement de gel des crédits mise en réserve en construction (- 0,7 Md€), à l'écart des mesures nouvelles nettes des économies par rapport à la LFSS pour 2025 en soins de ville (- 0,05 Md€) et à la diminution des dotations de l'assurance maladie au FMIS et au FIR (- 0,1 Md€) (cf. infra) ;
- **- 0,1 Md€ de mesures de périmètre** intervenues postérieurement à la LFSS pour 2025 sur le champ médico-social (transferts de crédits de l'OGD vers le budget de la CNSA hors ONDAM).

Tableau 3 • Synthèse de la prévision de l'ONDAM 2025

Montant en Md€	Objectifs 2025 en LFSS pour 2025	Objectifs 2025 en LFSS pour 2026	Ecart à la LFSS pour 2025	dont mesures en lien avec le Comité d'alerte	dont opérations de périmètre	dont dépassement	évolution par rapport à la base actualisée
ONDAM TOTAL	265,9	265,9	0,0	-0,8	-0,1	0,9	3,6%
Soins de ville	113,2	113,9	0,7	0,0	0,0	0,8	3,7%
Etablissements de santé	109,6	109,5	-0,2	-0,3	0,0	0,1	3,8%
Etablissements et services médico-sociaux	33,4	33,0	-0,4	-0,2	-0,1	0,0	4,5%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	17,6	17,4	-0,2	-0,1	-0,1	0,0	6,3%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	15,7	15,6	-0,2	-0,1	0,0	0,0	2,6%
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et Soutien national à l'investissement	6,3	6,1	-0,2	-0,1	0,0	0,0	-5,3%
Autres prises en charges	3,4	3,3	-0,1	-0,1	0,0	0,0	3,7%

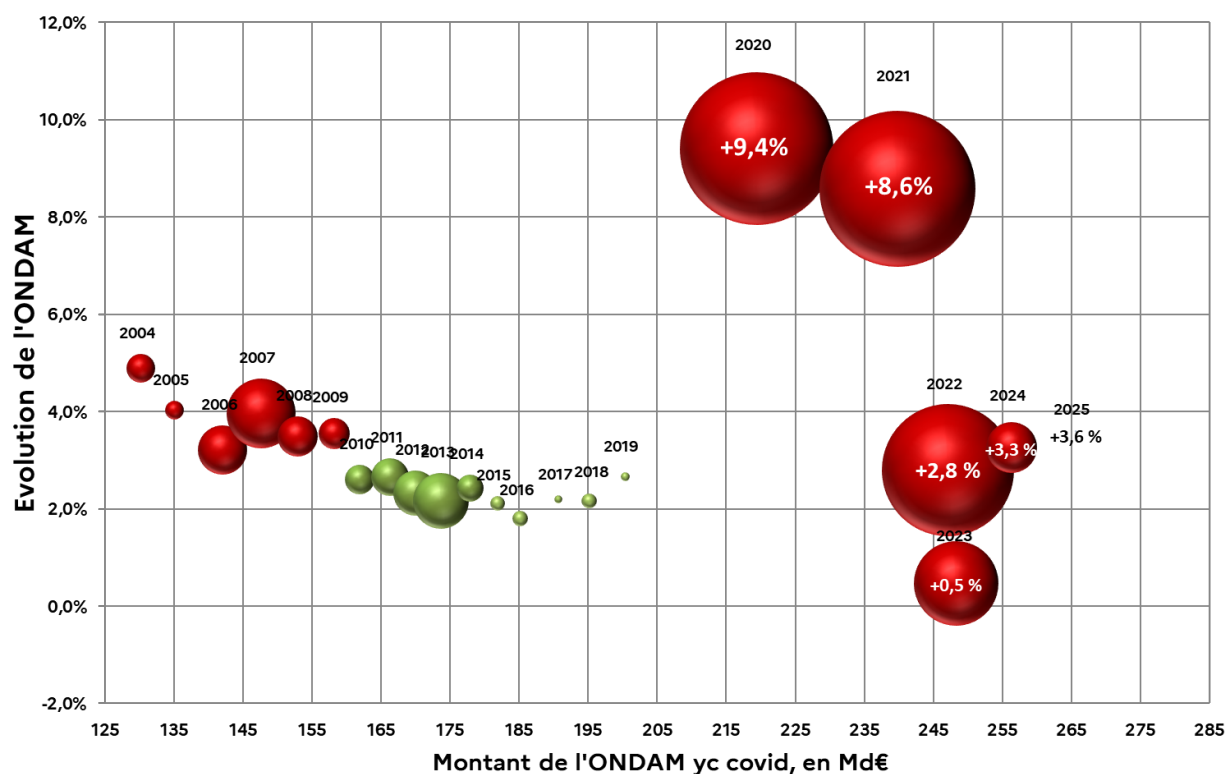
Source : DSS/6B

Encadré 2 : Des dépenses au titre du Ségur de la santé en recul de 0,4 Md€, conformément à la construction

Les dépenses au titre du Ségur de la santé s'élèveraient en niveau à 12,6 Md€ en 2025, en recul de 0,4 Md€ par rapport à 2024. Ce recul est conforme à la construction initiale du fait de l'arrivée à échéance des crédits d'investissement immobiliers destinés aux établissements médico-sociaux prévus initialement sur 5 ans puis ramenés sur 4 ans et arrivant donc à échéance fin 2024. Les aides à l'investissement prévues par le Ségur à ce titre reculent donc de -0,25 Md€ par rapport à 2024. Par ailleurs, les crédits Ségur au titre du rattrapage numérique en santé reculent de 80 M€ en 2025 par rapport à 2024. Enfin, la construction intégrait une baisse de l'enveloppe annuelle consacrée à l'investissement immobilier des établissements de santé (-0,1 Md€).

¹ Bien que le niveau de l'ONDAM 2025 soit respecté par rapport à l'objectif en LFSS pour 2025, le taux d'évolution en prévision diffère du taux d'évolution en construction. En effet, le taux d'évolution en construction se rapportait à une base de construction (ONDAM 2024 en LFSS pour 2025, augmentée des mesures de périmètres) supérieure de 0,5 Md€ à la base retenue pour la prévision (ONDAM 2024 actualisé avec les données comptables à fin septembre – cf. supra - augmentée des mesures de périmètre).

Graphique 2 • Evolution dans le champ de l'ONDAM depuis 2004



Note de lecture : en abscisses figure le niveau de dépenses constaté en milliards d'euros et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille de la bulle représente l'ampleur du dépassement (en rouge) ou de la sous-exécution (en vert). Ainsi, en 2024, les dépenses totales dans le champ de l'ONDAM atteindraient 256,1 Md€, soit une évolution à périmètre constant de 3,3%. Le dépassement en 2025 n'apparaît pas car il est nul cette année.

Source : DSS/6B

1.3.3.1 Des dépenses de soins de ville supérieures de 0,7 Md€ à la LFSS pour 2025

Globalement, les dépenses de soins de ville progresseraient de 3,7%¹ en 2025 par rapport à une base 2024 actualisée, en dépassement de 0,7 Md€ par rapport à la LFSS pour 2025 dont 0,5 Md€ sur les produits de santé (PdS) nets des remises, et d'une nouvelle tranche supplémentaire à la contribution prévue à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale d'un rendement équivalent à la clause de sauvegarde (PdS « super nets »). Le dépassement, hors PdS super nets, de 0,3 Md€ s'explique par un ensemble de facteurs (cf. Graphique 3).

Un effet volume hors PdS super nets (+0,7 Md€) : d'après les dernières prévisions, les dépenses de soins de ville seraient plus dynamiques que prévu pour certains postes (cf. fiche CCSS 2.3 sur la consommation des soins de ville). Le dépassement s'expliquerait en grande partie par certains sous-postes :

- Les dépenses au titre des Indemnités Journalières (IJ) présenteraient un dépassement en volume de 0,5 Md€ par rapport à l'objectif en LFSS pour 2025, qui s'explique, notamment, par une dynamique très fortes des IJ AT-MP (+ 8,9 % en volume et + 2,2 % d'effet prix pour le régime général) et des IJ maladie de plus de trois mois (+ 4,9 % en volume et + 2,5 % d'effet prix pour le régime général). Les IJ maladie de moins de trois mois connaîtraient une dynamique plus modérée en volume depuis fin 2023 (retour sur la tendance pré-crise), qui se poursuivrait sur l'année 2025, compensée par un fort effet prix négatif résultant de la baisse du plafond des revenus pris en compte pour le calcul des IJ au 1^{er} avril 2025 (+ 2,7 % en volume et - 3,1 % d'effet prix pour le régime général, pour plus de détails cf. fiche CCSS 2.3 sur la consommation des soins de ville). Cette progression plus importante que prévu intervient dans le contexte d'un renforcement des objectifs de maîtrise médicalisée ;
- Les autres soins de ville présentent un dépassement prévisionnel important, de 0,1 Md€, en raison notamment de la montée en charge plus rapide que prévu des aides à la télésurveillance (+ 0,05 Md€) et des honoraires de psychologues (+ 0,03 Md€) notamment via le dispositif « Mon soutien psy » ;
- Les honoraires médicaux et dentaires regroupant les médecins, les sage-femmes et les chirurgiens-dentistes seraient globalement cohérents avec les objectifs initiaux en termes d'évolution en volume

¹ En tenant compte de la provision pour dépréciations sur créances portées sur la clause de sauvegarde 2024.

(+ 0,01 Md€). Cette quasi-identité avec la prévision recouvre toutefois des dynamiques opposées entre les chirurgiens-dentistes et les médecins spécialistes d'une part (respectivement + 0,05 Md€ et + 0,05 Md€) et les généralistes et sage-femmes d'autre part (respectivement - 0,06 Md€ et - 0,02 Md€) ;

- Les dépenses d'honoraires des infirmiers libéraux (IDEL) et les transports sanitaires présenteraient un dépassement en volume plus élevé que la construction en LFSS pour 2025 (respectivement + 0,03 Md€ et + 0,03 Md€), en partie compensé par une moindre activité des laboratoires de biologie (- 0,03 Md€).

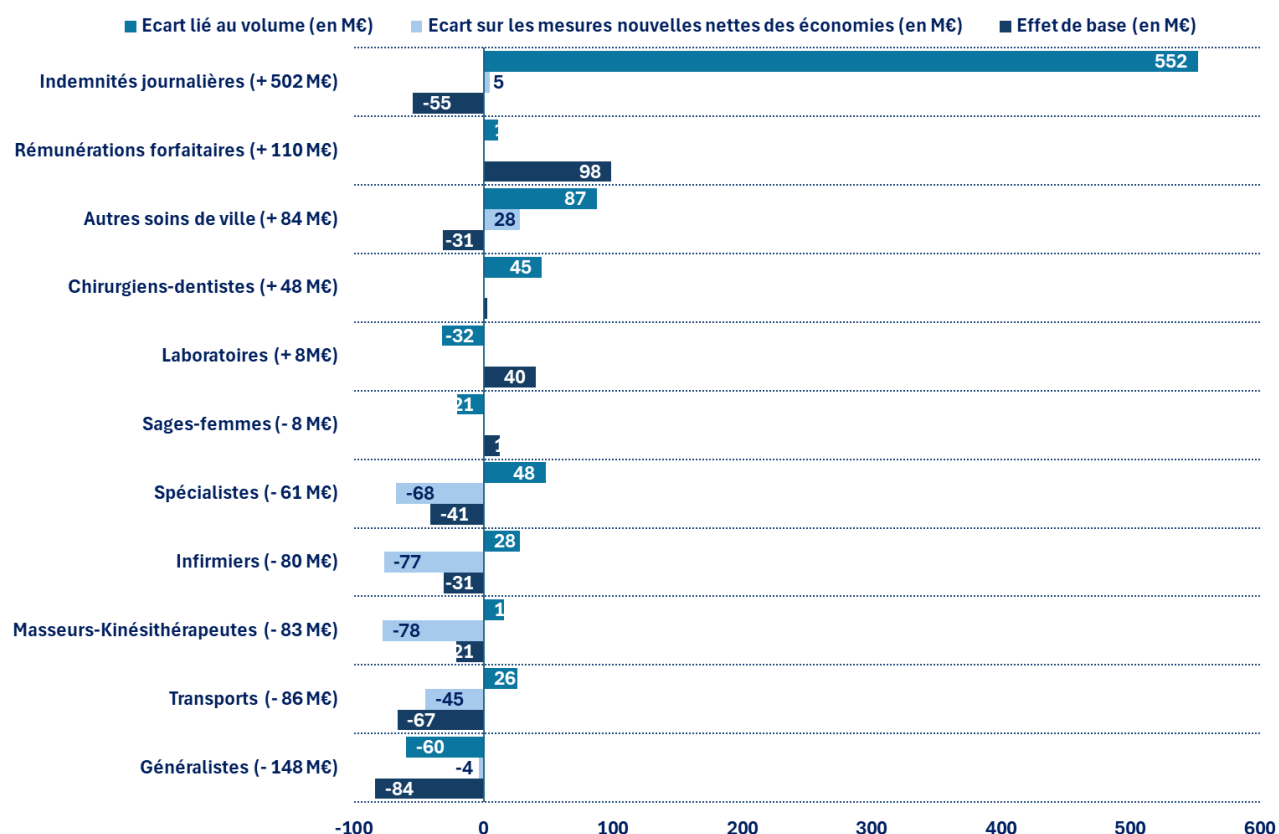
Des mesures nouvelles nettes des économies hors PdS super nets seraient inférieures de 0,2 Md€ à celles inscrites en construction. Cet écart s'expliquerait par :

- Moindres mesures nouvelles (- 0,3 Md€) :
 - A la suite de l'avis du comité d'alerte et au déclenchement de la procédure prévue par les textes, les revalorisations conventionnelles non encore entrées en vigueur lors de la publication de l'avis ont été repoussées au 1^{er} janvier 2026. Les conventions relatives aux médecins généralistes (- 4 M€) et spécialistes (- 68 M€), et aux masseurs-kinésithérapeutes (- 78 M€) ont été concernées ;
 - En raison de retard pris dans les négociations conventionnelle, les provisions inscrites en LFSS pour 2025 n'ont pas été consommées (93 M€) ;
 - Une réévaluation à la baisse du coût 2025 des revalorisations tarifaires découlant de l'avenant 11 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privé en raison d'un taux de certification « SEFi » inférieur aux estimations.
- Moindres mesures d'économies (+ 0,02 Md€) :
 - les économies estimées au titre de la fin de la prise en charge par l'assurance maladie des tests de dépistage de la Covid-19 en pharmacie (autotests et tests antigéniques) seraient inférieures de 0,02 Md€.

La révision de la base 2024 hors PdS super nets réduirait le dépassement (- 0,2 Md€). Cette modification concernerait principalement les dépenses relatives aux médecins généralistes (- 0,08 Md€) et aux médecins spécialistes (- 0,04 Md€), en raison de l'entrée en vigueur de la hausse de la consultation plus tardives en décembre 2024 que celle envisagée lors de la LFSS pour 2025, et des dynamiques plus faibles qu'anticipées sur le dernier trimestre 2024 pour les transports sanitaires (- 0,07 Md€), les IJ (- 0,05 Md€), ou encore les IDEL (- 0,03 Md€). En revanche, les rémunérations forfaitaires des praticiens et auxiliaires médicaux présentent un désavantage de base de 0,1 Md€.

Concernant l'analyse des PdS super nets, il convient de rappeler que ce poste de dépenses est comptabilisé dans plusieurs sous-objectifs de l'ONDAM. Les écarts aux objectifs inscrits en LFSS peuvent donc se compenser entre les sous-objectifs des soins de ville et des établissements de santé comme en 2025, le dépassement en ville étant compensé par une sous-exécution de la Liste en Sus super nette en établissements de santé (cf. *infra*). Les prévisions des PdS super nets présentées dans cette annexe, en ville comme en ES, prennent en compte la nouvelle tranche supplémentaire à la contribution prévue par l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale et d'un rendement équivalent à la clause de sauvegarde (1,6 Md€ en cumul sur les deux sous-objectifs). Le dispositif de la clause de sauvegarde est maintenu tel que son rendement prévisionnel 2025 soit nul. Par ailleurs, un montant de 210 M€ (dont 154 M€ pour la ville) de provisions pour dépréciations sur créances a été porté dans les comptes 2024 alors que par construction la contribution remplaçant la clause de sauvegarde ne fait pas l'objet de provisions pour dépréciations de créances. De ce fait, est anticipée à ce stade une progression de 7,9 % dans les comptes 2025 du montant de la contribution 2025 qui remplace la clause de sauvegarde par rapport à la clause de sauvegarde 2024 dans les comptes de ce même exercice (-5,5% en neutralisant les provisions pour dépréciations de 2024).

Graphique 3 • Décomposition du dépassement des soins de ville hors PDS nets



Note de lecture : la somme des différents effets est donnée pour chaque postes entre parenthèse.

Source : DSS/6B

Sous ces précautions méthodologiques, les dépenses de produits de santé super nets de ville présenteraient un dépassement de 0,5 Md€.

Le dépassement des médicaments de ville super nets (+ 0,5 Md€) explique la quasi-totalité du dépassement des PdS de ville super nets :

- Le dépassement des médicaments de ville super nets s'explique presque pour moitié par des économies nettes inférieures de 0,2 Md€ à celles inscrites en construction de la LFSS 2025 (cf. encadré 1). L'autre moitié du dépassement des médicaments de ville nets s'explique par des volumes plus dynamiques que prévu initialement (+ 0,5 Md€), malgré un effet de base favorable (- 0,3 Md€). La dynamique des volumes est notamment imputable à l'arrivée de médicaments engendrant de forts remboursements, tels que SHINGRIX®, indiqué dans la prévention du zona et des névralgies post-zostériennes.

Les dépenses de dispositifs médicaux de ville nets des remises seraient presque en ligne avec l'objectif en LFSS 2025 (- 20 M€). Cette prévision résulte d'effets contraires qui se compensent globalement :

- Un léger dépassement en volume est compensé par un effet de base favorable de même ampleur ;
- Des mesures nouvelles inférieures de 0,08 Md€ en raison du report de l'entrée en vigueur de la mesure sur les protections périodiques réutilisables prévue par la LFSS pour 2024 ;
- Des économies nettes inscrites en construction (notamment l'incidence de baisses de prix, cf. encadré 1) inférieures de 0,09 Md€ pour les dispositifs médicaux.

I.3.3.2 Des dépenses relatives aux établissements de santé inférieures de 0,2 Md€ à la LFSS pour 2025

Les dépenses de l'assurance maladie relatives aux établissements de santé seraient inférieures de 0,2 Md€ à celles sous-jacentes à l'objectif voté lors de la LFSS pour 2025. Ce dépassement se décomposerait en :

- +0,3 Md€ de la part tarif en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) /Hospitalisation à domicile (HAD) ;
- +0,01 Md€ de soins médicaux et de réadaptation proche de l'objectif (SMR, y compris la liste en sus liée aux SMR),;
- -0,15 Md€ de la liste en sus brute (dont -0,4 M€ pour les médicaments super nets et +0,2 Md€ pour les dispositifs médicaux super nets) ;
- -0,3 Md€ sur les dotations forfaitaires ;
- -0,03 Md€ sur l'activité non régulée.

La part tarif MCO/HAD : pendant la crise sanitaire, l'activité en MCO des établissements publics et privés a été particulièrement affectée, principalement en raison de la déprogrammation massive d'opérations chirurgicales non urgentes. En 2020, les établissements ont enregistré une diminution de 2 millions de séjours par rapport à 2019 (-12,1 %). Depuis lors, l'activité MCO, en volume économique¹, a tout d'abord continué à baisser en 2021 (en moyenne annuelle par rapport à 2019) et 2022 puis a amorcé une reprise en 2023, avant d'accélérer en 2024 (+ 3,6% dans le secteur antérieurement sous dotation globale dit « ex-DG », + 1,5% dans le secteur antérieurement sous objectif quantifié national dit « ex-OQN ») et plus encore en 2025. La construction de la LFSS 2025 avait anticipé la poursuite de l'accélération de l'activité en 2025 (+2,2% de progression du volume économique, corrigé des jours ouvrés), mais les premiers signaux à fin juillet attestent d'une activité reprenant de manière encore plus dynamique (+4,4% dans les établissements publics et +1,9% dans les établissements privés, en évolution corrigée des jours ouvrés). Ces évolutions aboutissent à une perspective de dépassement de 0,3 Md€ (impact par rapport à l'objectif de la LFSS 2025 de -0.4 Md€) tirée par les effets-volume. Ce dépassement concerne pour +0,4 Md€ le secteur « ex-DG » et pour -0,1 Md€ le secteur « ex-OQN ».

La partie liée à l'activité et la liste en sus dans le champ des soins médicaux et de réadaptation (SMR) serait quasiment à l'équilibre.

La liste en sus super nette est en sous-exécution de 0,15 Md€ par rapport à la construction de la LFSS 2025. Les médicaments de la liste en sus super nets sous-exécutent l'objectif de la LFSS 2025 de 0,35 Md€ (cf. *supra* – partie soins de ville – concernant les précautions méthodologiques et les hypothèses concernant la nouvelle tranche supplémentaire à la contribution prévue par l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale d'un rendement équivalent à la clause de sauvegarde), alors que les dispositifs médicaux de la liste en sus nets dépassent la prévision de 0,2 Md€. Ce dépassement s'explique par les éléments suivants, qui vont tous dans le sens d'une rectification à la hausse des objectifs de la LFSS 2025 : rectification des prestations brutes à la hausse (0,12 Md€), rectification à la baisse des remises (0,03 Md€) et anticipation d'un rendement de la clause Z inférieur à la prévision initiale (0,05 Md€).

Les dotations forfaitaires seraient sous-exécutées à hauteur du montant du gel définitif des mises en réserve de début d'année, décidé à la suite de l'alerte du comité d'alerte de juin, soit 0,3 Md€.

Les dépenses non régulées seraient sous-exécutées pour 0,03 Md€.

Prises globalement, les dépenses de l'ONDAM relatives aux établissements de santé progressaient de 3,8%².

I.3.3.3 Les dépenses relatives à l'ONDAM médico-social sont conformes à l'objectif avant prise en compte des crédits mis en réserve au début de l'année et mesures de périmètres

En ce qui concerne **le secteur médico-social**, les dotations aux services et aux établissements prévues dans le cadre de la construction de la campagne 2025 sont inférieures à l'objectif initial (33,0 Md€ contre 33,4 Md€).

¹ Le volume économique peut se définir comme étant la valorisation de l'activité des établissements sanitaire à tarif et périmètre constant sur la période étudiée. Il convient ainsi de neutraliser les effets liés aux changements de périmètre et aux évolutions des tarifs d'une campagne tarifaire à l'autre dans la progression de la valorisation d'activité. Les évolutions de tarifs intègrent la progression des tarifs des GHS et des suppléments, ainsi que l'évolution des coefficients dits « Ségur », des coefficients de reprises pour les EBL et EBNL et du coefficient géographique.

² En tenant compte de la provision pour dépréciations sur créances portées sur la clause de sauvegarde 2024.

Cette sous-exécution s'explique en partie par le gel des crédits mis en réserve, de 0,12 Md€ sur le champ « personnes âgées » et 0,12 Md€ sur le champ « personnes handicapées (cf. encadré 1) et par deux mesures de périmètre, vers le budget hors-Ondam de la CNSA, intervenue après le vote de la LFSS visant à abonder l'enveloppe spécifique du fonds de financement des ESMS au titre du remboursement des départements expérimentateurs de la fusion des sections et du financement du concours dit « Ségur pour tous » pour 0,1 Md€. Ainsi les dépenses relatives aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées s'élèveraient à 17,4 Md€ et celles relatives aux établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées à 15,6 Md€.

I.3.3.4 Des dépenses relatives au FIR et au soutien national à l'investissement conformes à l'objectif, avant prise en compte des crédits mis en réserve au début de l'année et mesures de régulation à la suite de l'avis du comité d'alerte de juin

En 2025, les dépenses relatives au FIR et au soutien national à l'investissement s'élèveraient à 6,1 Md€, un niveau inférieur de 0,2 Md€ à l'objectif initial en raison d'annulations de crédits mis en réserve au début de l'année, complétées par des mesures supplémentaires résultant du risque sérieux identifié par le comité d'alerte (cf. encadré 1) :

- Le FIR est inférieur de 0,1 Md€ à l'objectif en LFSS pour 2025 en raison principalement de deux mesures décidées à la suite de l'alerte déclenchée par le comité d'alerte de juin : l'annulation des crédits mis en réserve au début de l'année (60 M€) et une mesure de réduction de 30 M€ permise par le report au 1^{er} janvier 2026 de l'entrée en vigueur de la majoration de la rémunération des gardes des praticiens libéraux en établissement de santé ;
- La dotation Assurance maladie au FMIS est revue à la baisse de 60 M€ conformément aux engagements à aussi pris après l'alerte déclenchée par le comité d'alerte.

I.3.3.5 Un léger dépassement des dépenses relatives au 6^{ème} sous-objectif avant mobilisation des crédits mis en réserve au début de l'année

En ce qui concerne le 6^{ème} sous-objectif, les dépenses seraient en sous-consommation de 0,1 Md€ et s'élèveraient à 3,3 Md€. Les dépenses au titre des soins des assurés français à l'étranger seraient réévaluées à hauteur de + 45 M€ en raison de l'effet sur 2025 de la surconsommation constatée de ces dépenses en 2024 (cf supra). Des annulations de crédits mis en réserve au début de l'année à hauteur 0,1 Md€ sont intégrées à la rectification de l'ONDAM pour 2025, et concernent les dépenses médico-sociales extérieures au champ de compétence de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les dotations aux opérateurs financés par l'assurance maladie.

I.4 Périmètre et construction de l'ONDAM 2026

Les évolutions de l'ONDAM 2026 décrites en section I.5 sont calculées à périmètre constant. Le calcul du taux d'évolution de l'ONDAM à périmètre constant suit les principes énoncés dans l'annexe 5 de loi de programmation des finances publiques (LPFP) 2023-2027. Les changements de périmètre pour l'année 2026 sont décrits ci-après.

La base des dépenses pour l'ONDAM 2025 s'obtient en intégrant aux réalisations estimées pour l'année en cours, soit 265,9 Md€, les effets de champ affectant le périmètre de l'ONDAM en 2026 ou celui de ses sous-objectifs (cf. tableau 6).

Les changements de périmètre 2026 concernent principalement :

- L'effet année pleine de la mise en œuvre de l'expérimentation de la réforme de la tarification des EHPAD et des USLD pour 286 M€, neutre sur le solde de la sécurité sociale via un mouvement symétrique affectant les recettes ;
- L'élargissement du périmètre des établissements et services pour personnes handicapées (OGD PH) aux instituts nationaux de jeunes sourds (INJS) et à l'institut national des jeunes aveugles (INJA) pour 42 M€ ;
- Un autre changement de périmètre, de moindre impact (2 M€), concerne le 5^{ème} sous-objectif.

Au global, le niveau de l'ONDAM est affecté de 330 M€ par les mouvements de transfert et de périmètre.

Tableau 6 • Synthèse des évolutions de périmètre

Evolution de périmètre (en M€)	Total ONDAM	Soins de ville	établ. de santé	établ. et services pour personnes âgées	établ. et services pour personnes handicapées	FIR et SNI	Autres prises en charges
Mesures impactant le périmètre de l'ONDAM	330	0	16	270	42	2	0
OGD- Effet année pleine - fusion des sections	286		16	270			
OGD - INJA/INJS	42				42		
FIR - Compétence vaccinales	2					2	
Mesures de périmètre entre sous-objectifs de l'ONDAM	0	-123	-237	50	0	435	-125
Investissement immobiliers	0		-300			300	
Création du "FISS+PCR"	0	-13				138	-125
Financement de la 4e année Médecine générale	0	-63	63				
Tarifs global EHPAD	0	-50		50			
PDSA	0	3				-3	
ONDAM TOTAL	330	-123	-221	320	42	437	-125

I.4.1 Mesures impactant le périmètre de l'ONDAM :

Afin de prendre en compte l'expérimentation de la fusion des sections issue de la LFSS pour 2024, la LFSS pour 2025 a élargi les dépenses intégrées dans le périmètre de l'ONDAM (à *mi-année*) de 286 M€ dont 270 M€ au titre des EHPAD (sous-objectif établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées) et 16 M€ au titre des USLD (sous-objectifs Etablissements de santé). L'effet année pleine de la mise en œuvre de l'expérimentation est ainsi intégré au périmètre de l'ONDAM 2026. Pour rappel, la fusion des sections est une expérimentation de réforme de la tarification des EHPAD et des USLD, initiée en LFSS 2024. Elle a pour objectif de simplifier le financement et la gouvernance des EHPAD et des USLD en transférant les dépenses d'accompagnement à la perte d'autonomie, auparavant à la gestion des départements, à la Sécurité sociale. Les EHPAD des départements expérimentateurs bénéficieront par ailleurs d'une convergence vers le haut des niveaux de tarification.

Le sous-objectif établissements et services pour personnes handicapées (OGD PH) voit par ailleurs son périmètre élargi (+ 42 M€) aux quatre instituts nationaux de jeunes sourds (situés à Bordeaux, Chambéry, Metz et Paris) et l'institut national des jeunes aveugles (INJA, situé à Paris).

Un autre changement de périmètre, de moindre impact (+ 2 M€), concerne le 5^{ème} sous-objectif (FIR). Cet élargissement, neutre sur le solde de la Sécurité sociale via un mouvement symétrique affectant les recettes, vise à transférer dans l'ONDAM les compétences vaccinales de deux départements.

I.4.2 Mesures de périmètre entre sous-objectifs de l'ONDAM

Un transfert de 300 M€ du sous-objectif établissements de santé vers le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS, 5^e sous-objectif) est effectué au titre du financement des investissement immobiliers des établissements de santé. Il est en effet prévu qu'une partie des financements des anciens plans d'investissement dits plan hôpital 2007 et plan hôpital 2012, restés dans les recettes des établissements depuis l'extinction de ces plans, soient réintégrés dans le FMIS afin que ce vecteur puisse porter toutes les dépenses de l'ONDAM dédiées aux investissements sanitaires.

Le 5^{ème} sous-objectif intègre également en 2026 le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) pour un montant de 125 M€, qui auparavant était dans le 6^{ème} sous-objectif. Le financement des parcours coordonnés renforcés, auparavant pris en charge dans le sous-objectif soins de ville, vient s'y ajouter (13 M€).

Un transfert de 63 M€ des soins de ville vers les établissements de santé est effectué afin de financer la mise en place de la quatrième année du diplôme d'études spécialisé (DES) de médecine générale (MG), conformément au schéma de financement porté au sein du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Un transfert de 50 M€ du sous-objectif soins de ville vers le sous-objectif établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées est effectué pour financer l'application du tarif global en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ce mécanisme permet à des établissements sélectionnés de retenir ce modèle de financement qui induit le versement d'une dotation intégrant les charges

de personnels infirmiers et d'aides-soignants, le temps de médecin coordonnateur ainsi qu'une partie du matériel médical.

Un transfert du FIR vers le sous-objectif soins de ville de 3 M€ est également retenu au titre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

Tableau 7 • Base 2025 de construction 2026 à champ constant

Montant en Md€	ONDAM 2025 en PLFSS pour 2026 (champ 2025)	Mesures impactant le périmètre de l'ONDAM	Mesures de périmètre entre sous-objectifs de l'ONDAM	ONDAM 2025 en PLFSS pour 2026 (champ 2026)
ONDAM TOTAL	265,9	0,3	0,0	266,2
Soins de ville	113,9	0,0	-0,1	113,8
Etablissements de santé	109,5	0,0	-0,2	109,2
Etablissements et services médico-sociaux	33,0	0,3	0,1	33,4
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	17,4	0,3	0,1	17,7
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	15,6	0,0	0,0	15,6
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et Soutien national à l'investissement	6,1	0,0	0,4	6,6
Autres prises en charges	3,3	0,0	-0,1	3,2

I.5 Une hausse de l'ONDAM de 1,6 % en en PLFSS pour 2026

La construction de l'ONDAM 2026 repose sur l'hypothèse d'une circulation endémique de la Covid-19 et d'un retour à une dynamique d'activité en ville comparable aux années antérieures à la crise sanitaire et à la poursuite du rattrapage de l'activité hospitalière initiée depuis 2023. Au total, **le PLFSS pour 2026 propose de fixer les dépenses couvertes par l'ONDAM pour l'année 2026 à 270,4 Md€ en progression de +1,6 % à champ constant par rapport à la base 2025 rectifiée en PLFSS 2026.**

La progression de l'ONDAM pour 2026 se décompose de la manière suivante :

- Une évolution spontanée de 3,4 % (après 2,8 % en 2025 –ces taux de progression sont tous les deux ramenés à 3,1% après correction des jours ouvrés, en 2025 comme en 2026) avant mesures nouvelles et économies. Cette progression intègre les effets des mesures de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude conformément aux préconisations du HCAAM de 2021, pour un rendement escompté de 0,9 Md€ sur les soins de ville ;
- Des moindres crédits Ségur et assimilés pour -0,5 Md€ (débasage des crédits Ségur arrivant à échéance) ;
- **+0,7 Md€** de mesures nouvelles destinées à neutraliser le coût de la hausse de 3 points de hausse du taux de cotisation vieillesse de la CNRACL pour les établissements sanitaires et médico-sociaux ;
- D'autres mesures nouvelles pour **2,3 Md€** (après 5,2 Md€ en 2025) :
 - **+1,2 Md€** sur les soins de ville, liés d'une part, à la montée en charge des conventions et avenants pour les professions médicales et paramédicales et le report sur 2026 de mesures de revalorisations initialement prévues en 2025 mais repoussées au 1^{er} janvier 2026 à la suite de l'alerte de juin 2025 et d'autre part, à la réforme de la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) et du financement de l'extension de la couverture vaccinale contre le méningocoque ;
 - **+0,4 Md€** en établissements sanitaires au titre de l'amélioration de l'attractivité des métiers en établissement, de la prise en charge de la santé de l'enfant et de la santé mentale ;
 - **+0,7 Md€** en établissements médico-sociaux, dont 0,1 Md€ au titre du renforcement du taux d'encadrement en Ehpad, 0,2Mds au titre de moyens supplémentaires (recrutements destinés à renforcer le nombre d'ETP/résident suite à pour l'actualisation des coupes PATHOS) dans le secteur personnes âgées, 0,3 Md€ pour la création de places en établissements pour personnes handicapées et 0,1 Md€ au titre du surcoût de la fusion des sections (dont notamment l'effet de l'alignement à la hausse du point GIR dans les départements expérimentateurs). La non-reconduction du fonds de soutien aux Ehpad, voté en LFSS pour 2025, est comptabilisée comme une mesure nouvelle négative, portant le montant net de mesures nouvelles en établissements médico-sociaux à **+0,5Md€** ;

- **+0,2 Md€** au titre du financement du FIR/SNI, dont 0,1 Md€ pour le FIR au titre des revalorisations de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) et 0,1 Md€ pour financer des investissements dans les champs numérique, sanitaire et médico-social transitant par le FMIS ;
- Des mesures d'économies **de 7,1 Md€** (après 4,3 Md€ en 2025), dont près des trois quarts sur les soins de ville. Ces économies se décomposent comme suit :
 - 3,7 Md€ au titre des mesures de maîtrise tarifaire et de régulation (après 3,6 Md€ en 2025)
 - Baisse de prix et bon usage des produits de santé pour 2,3 Md€ , dont 1,6 Md€ de baisses de prix ; ;
 - Efficience sur les achats en établissements de santé et médico-sociaux (prévention, virage ambulatoire, gains d'efficience sur les achats, maîtrise des dépenses d'intérim...) pour 0,7 Md€ ;
 - Montée en charge des protocoles de maîtrise des dépenses en ville et mesures de lutte contre les rentes pour 0,6Md€ ;
 - Baisse du niveau de remboursement des cures thermales par l'assurance-maladie obligatoire pour 0,2 Md€
 - 3,4 Md€ au titre des transferts de charges vers les organismes complémentaires, les employeurs et les assurés (après 0,7 Md€ en 2025)
 - Hausse des plafonds et des montants sur les franchises et participations forfaitaires pour 2,3 Md€ ;
 - Montée en charge de l'économie au titre de la baisse du plafond des revenus pris en compte pour le calcul des IJ maladie pour 0,5 Md€ ;
 - Augmentation de la part de financement portée par les complémentaires santé à l'hôpital pour 0,4 Md€ (soit une stabilisation de la part des organismes complémentaires dans la dépense totale), en contrepartie d'aménagements du périmètre du contrat responsable ;
 - Fin de l'exemption de ticket modérateur sur les médicaments à faible service médical rendu pour les assurés en affection de longue durée pour 0,1 Md€.

Tableau 8 • Montants et taux d'évolution de l'ONDAM 2026

Montant en Md€	ONDAM 2025 en PLFSS pour 2026 (champ 2026)	Taux d'évolution 2026	ONDAM 2026 en PLFSS pour 2026
ONDAM TOTAL	266,2	1,6%	270,4
Soins de ville	113,8	0,9%	114,9
Etablissements de santé	109,2	2,4%	111,8
Etablissements et services médico-sociaux	33,4	2,4%	34,2
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	17,7	2,4%	18,2
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	15,6	2,5%	16,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et Soutien national à l'investissement	6,6	-5,1%	6,2
Autres prises en charges	3,2	4,2%	3,3

Encadré 1 – Des dispositifs conduisant à améliorer l'efficacité des dépenses

Afin de garantir la soutenabilité de notre modèle social, à la suite d'une forte dégradation du déficit de la sécurité sociale pendant la crise sanitaire, l'année 2026 est marquée par le plus haut niveau d'économie à réaliser visant à améliorer l'efficacité et la pertinence des dépenses de l'assurance maladie, et à garantir ainsi leur soutenabilité.

Plusieurs piliers seront ainsi mobilisés pour un total de 7,1 Md€ d'économies, auquel s'ajoute un quantum de 0,9 Md€ au titre de la maîtrise médicalisée et de la lutte contre la fraude.

Des mesures d'efficacité et de régulation tarifaire porteront sur certains secteurs des soins de ville tels que la radiologie, sur le secteur des transports sanitaires notamment au travers du développement des transports partagés ou encore la suppression du dispositif dit non-exonérant sur les IJ maladie. Le rendement total de ces mesures est attendu à 0,6 Md€.

De plus, la poursuite du déploiement de la médecine et de la chirurgie ambulatoires, initiée il y a plus de 10 ans, permettra de rationaliser la structuration de l'offre de soin en accroissant les alternatives aux hospitalisations complètes. De même, la poursuite de l'amélioration de l'efficacité des achats hospitaliers, via le programme PHARE (performance hospitalière pour des achats responsables), en favorisant les mutualisations et la gestion commune d'activités transversales, permettra d'améliorer la performance interne des établissements de santé. D'autres mesures portant sur la régulation de l'intérêt médical, ainsi que sur la réallocation de certaines aides à l'investissement permettront d'améliorer l'efficacité de la dépense au sein des établissements de santé. Le rendement de ces mesures est attendu à 0,6 Md€.

Par ailleurs, comme chaque année, des **efforts de régulation sur les médicaments et dispositifs médicaux** seront poursuivis. Ces mesures concernent majoritairement des baisses de prix portant sur les médicaments et les dispositifs médicaux, pour un total de 1,6 Md€ et une meilleure maîtrise des volumes et une meilleure pénétration des biosimilaires permise par le plan de bon usage pour 0,4 Md€.

La pertinence des prescriptions sera en outre renforcée grâce aux actions de maîtrise médicalisée qui sont renforcées en lien avec le programme de rénovation de la gestion du risque porté par l'assurance maladie (Rénov'GDR). La répartition de ces mesures par grands postes de dépenses est présentée dans le tableau ci-dessous :

Répartition des mesures de maîtrise médicalisée et lutte contre la fraude en ville

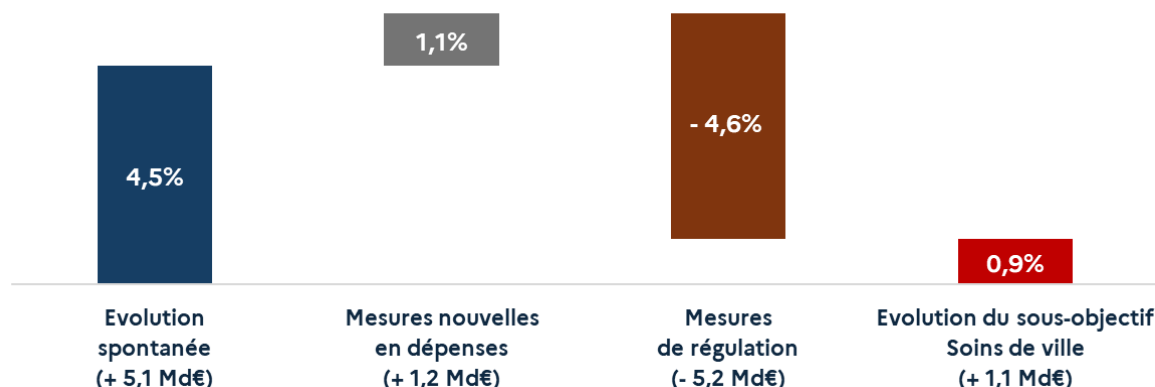
Montant en M€	Maîtrise médicalisée et lutte contre la fraude en soins de ville
Professionnels de santé	220
Médicaux et dentaires	166
Paramédicaux	53
Transports	43
Biologie	11
Produits de santé	335
Médicaments	192
Dispositifs médicaux	143
IJ maladie et AT-MP	290
Total	900

I.6 Une progression des dépenses de soins de ville prévue à 0,9% en 2026

Les dépenses de soins de ville augmenteraient de 0,9 % en 2026. Ce taux est obtenu en estimant d'abord une tendance d'évolution spontanée des dépenses (cf. partie I.6.1), qui prolonge, à l'aide de méthodes statistiques, l'évolution observée par le passé par catégories fines de dépenses. L'estimation de la croissance spontanée des dépenses tient compte de la poursuite par la CNAM de ses actions de pertinence et d'efficacité, et notamment de ses programmes de maîtrise médicalisée (MM) et de lutte contre la fraude, conformément aux recommandations du HCAAM.

Les mesures nouvelles en dépenses sont ensuite ajoutées (cf. partie I.6.2) : les revalorisations des professionnels de santé anticipées pour l'année 2026, l'effet année pleine de la prise en charge par l'assurance maladie à partir du 1er décembre 2025 des véhicules pour personne en situation de handicap (VPH), ainsi que la prise en charge de l'obligation vaccinale des nourrissons contre les méningocoques. Enfin, des mesures de maîtrise tarifaire et de régulation viennent diminuer l'évolution des dépenses de 2,1 Md€. A ce quantum d'économies, s'ajoutent des transferts de charges vers les organismes complémentaires, les employeurs et les assurés estimés à 3,0 Md€ sur ce champ (cf. partie I.6.3).

Graphique 3 • Construction du sous-objectif Soins de ville



I.6.1 Evolution spontanée en 2026

La première étape de la détermination de l'évolution tendancielle des dépenses du sous-objectif soins de ville passe par la prévision de l'évolution spontanée. Cette prévision se base sur une analyse économétrique ainsi que sur une extrapolation statistique des différents postes de dépenses en ville. L'évolution ainsi définie serait de + 4,5% pour 2026 sur l'ensemble des régimes.

La progression du spontané serait plus dynamique de 0,7 point en 2026 par rapport à 2025, du fait :

- + 0,6 pt de l'effet défavorable des jours ouvrés par rapport à la construction 2025, différence entre une contribution négative en 2025, année post-bissextile (- 0,4 pt) et positive en 2026 (+ 0,2 pt) ;
- + 0,1 pt de contribution de la progression des volumes par rapport à la construction 2025.

L'accélération de la dynamique des volumes (+ 0,1 pt) s'explique principalement par :

- La dynamique des IJ 2026 (en volume corrigé des jours ouvrés -CJO- y compris maîtrise médicalisée - MM) entraînant une accélération du spontané de + 0,25 point par rapport à 2025 ;
- La dynamique de prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) entraînant une accélération du spontané de + 0,15 point par rapport à 2025. Ce dynamisme résulte d'une part, de la hausse des revalorisations des professionnels conventionnés accordée en 2024 et 2025 et d'autre part, de la réforme de l'assiette des travailleurs indépendants (TI).
- En sens opposé, la dynamique des autres postes de dépenses en 2026 (spécialistes, chirurgiens-dentistes, produits de santé, transports, etc.). Les taux d'évolution (en volume CJO y compris MM) de ces postes de dépense étant assez dynamiques sur les années antérieures, une évolution moins rapide des spontanés (de - 0,3 point au global par rapport à 2025) a été projetée.

Les dépenses des honoraires médicaux et dentaires seraient ainsi retenues en progression de + 2,5 %. Les dépenses correspondant aux honoraires de généralistes évolueraient de + 0,1 % dans un contexte encore marqué par la démographie médicale, et les dépenses relatives aux honoraires de spécialistes seraient en hausse de + 3,9 %. Les dépenses relatives aux sage-femmes libérales progresseraient de + 5,8 %, tandis que les rémunérations des chirurgiens-dentistes progresseraient de + 1,3 %. Les rémunérations forfaitaires (rémunérations sur objectifs de santé publique, communautés professionnelles territoriales de santé, forfait structure et forfait patientèle) augmenteraient de + 3,5 %. A noter que les dépenses induites par les conventions signées avec l'assurance maladie ne sont pas comptées dans le spontané mais dans les dépenses relatives à des mesures nouvelles.

Les dépenses relatives aux honoraires paramédicaux augmenteraient de + 3,5 %. Les honoraires des infirmiers augmenteraient de + 2,7 % alors que ceux des masseurs-kinésithérapeutes évolueraient de + 3,8 % par rapport à 2025. Les honoraires des orthophonistes et des orthoptistes évolueraient respectivement de + 3,1 % et

+ 8,2 % par rapport à 2024. Les dépenses de psychologues augmenteraient de +50 %, en raison de la hausse du recours au dispositifs « Mon soutien psy ».

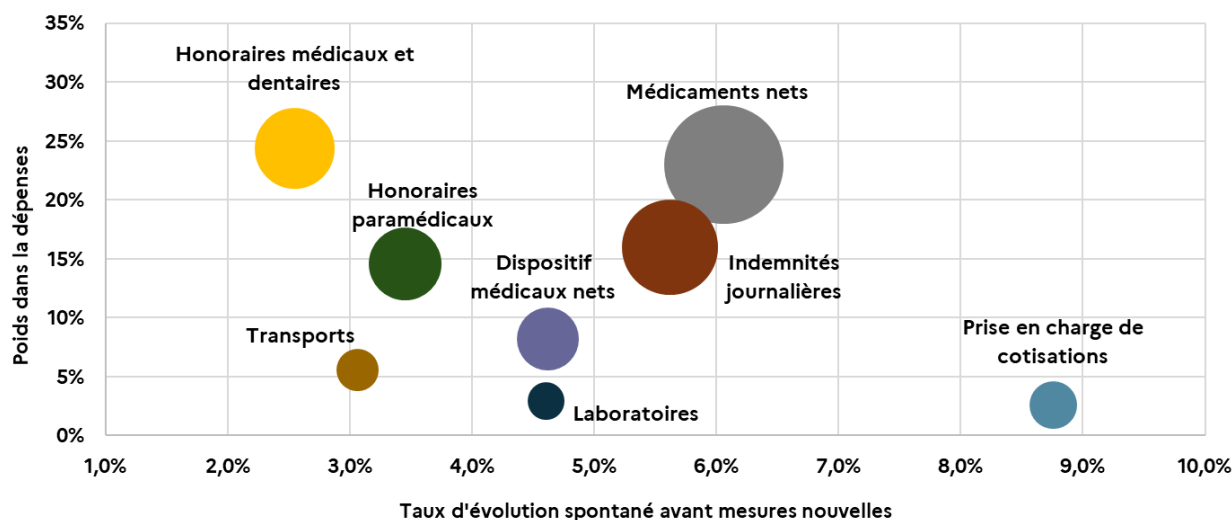
Les dépenses de biologie médicale évolueraient de + 4,6 % en 2025, ces dépenses ayant retrouvé leur tendance de progression spontanée d'avant crise sanitaire. Les dépenses de transports sanitaires progresseraient de + 3,1 % en 2026, soit une progression maîtrisée du fait d'actions de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude portant sur ce poste de dépenses.

Les indemnités journalières progresseraient en 2026 de + 6,5 % en valeur, hors maîtrise médicalisée, et de + 5,6 % y compris maîtrise médicalisée. L'effet prix, avant impact de la baisse du plafond des revenus pris en compte pour le calcul des IJ maladie au 1er avril 2025, conduit à 2,1 points de progression, contribuant ainsi pour environ un tiers de l'évolution globale des indemnités journalières.

La croissance spontanée des dépenses de produits de santé serait de + 5,7 % nets des recettes atténuatives (remises conventionnelles et la nouvelle tranche supplémentaire à la contribution définie à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale taxe remplaçant la clause de sauvegarde pour un rendement équivalent). Les dépenses de médicaments nettes des recettes atténuatives augmenteraient de +6,1 % y compris actions de maîtrise médicalisée. Les dépenses de dispositifs médicaux nettes des recettes atténuatives progresseraient de + 4,6% y compris actions de maîtrise médicalisée.

Enfin, les autres dépenses de prestations qui comprennent les cures thermales, les dépenses de podologues et les forfaits télésurveillance évolueraient de +23,7% en 2026.

Graphique 4 • Evolutions spontanées avant mesures, parts dans la dépense et contributions à la croissance des principaux postes de prestations de Soins de ville



Note de lecture : la taille des bulles représente la contribution à la croissance. Ainsi, les dépenses des médicaments nets de remises et du rendement de la nouvelle tranche supplémentaire à la contribution définie à l'article L. 245-6 du code de la sécurité et avant mesures nouvelles évolueraient de 6,1 % par rapport à 2025, représentent 23, % des dépenses de Soins de ville et contribuent pour 30,5 % à la croissance des dépenses de soins de ville.

1.6.2 Les revalorisations conventionnelles et mesures nouvelles

A la tendance d'évolution spontanée s'ajoute un montant de près de 1,0 Md€ au titre des mesures nouvelles en ville hors produits de santé. Ce montant se décompose notamment entre :

- Le financement de la montée en charge de la convention médicale en 2026, conclue le 4 juin 2024, pour +0,3 Md€. Ce montant couvre notamment le report des revalorisations qui auraient dû intervenir en juillet 2025 mais qui ont été reportées à janvier 2026 à la suite de l'avis du comité d'alerte de juin 2025 ;
- La poursuite de la montée en charge des avenants conventionnels des masseurs-kinésithérapeutes, qui couvre également le report des revalorisations initialement prévues en juillet 2025 (situation identique à celle des médecins) pour 0,2 Md€ ;
- Le financement des mesures conventionnelles pour les autres professions de santé (ex : les chirurgiens-dentistes, les laboratoires, les centres de santé) ;
- Le financement de négociations conventionnelles à venir ;
- Le financement de mesures hors-convention telles que les mesures relatives au service du repérage précoce ou celle relative au référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN).

Les mesures en ville relatives aux produits de santé représentent 0,2 Md€. Elles concernent le rattrapage des vaccinations contre la méningite ainsi que la prise en charge intégrale par l'assurance maladie des véhicules pour personnes en situation de handicap.

1.6.3 Les mesures de régulation

La construction du sous-objectif soins de ville intègre enfin des mesures d'économies et de régulation pour un montant total de 5,2 Md€, soit un montant nettement supérieur au quantum intégré à la construction de l'ONDAM pour 2025 (2,9 Md€). Ces mesures s'ajoutent à celles correspondant aux actions de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude, déjà intégrées à la progression spontanée. Les mesures de régulation portant sur le sous-objectif soins de ville sont de plusieurs types :

- Des mesures tarifaires sur les offreurs de soins en ville (protocoles portant sur la radiologie et la radiothérapie, la biologie et les transports) qui généreraient 0,3 Md€ d'économies ainsi que des mesures de lutte contre les rentes pour 0,1 Md€ ;
- Des mesures de régulation sur les produits de santé pour 1,5 Md€. Ces mesures se décomposent entre des baisses de prix des médicaments et dispositifs médicaux pour 1,2 Md€, et des actions de maîtrise des volumes des médicaments remboursés et de promotion des médicaments biosimilaires pour 0,4 Md€, au-delà des actions de maîtrise médicalisée déjà intégrées dans l'évolution spontanée des dépenses. A ces mesures s'ajoutent également un recentrage des crédits CSIS (0,1 Md€) et l'encadrement des marges des grossistes-répartiteurs en produits pharmaceutiques (0,1 Md€) ;
- Des mesures d'efficience en ville : développement de la prévention (Mon Soutien Psy, augmentation du dépistage du cancer colorectal et amélioration de la couverture vaccinale contre la grippe) et de recentrage des prises en charge pour les personnes en ALD (0,2 Md€)
- Des mesures de transfert de dépenses aux autres financeurs des dépenses de santé (organismes complémentaires, employeurs et assurés), pour 3,0 Md€ au total. Ce montant se décompose notamment en un effet lié à la mise en œuvre du doublement des participations forfaitaires et des franchises (2,2 Md€), en l'alignement du taux de prise en charge de certains actes pour les personnes en ALD sur le taux des assurés hors-ALD (cure thermique et médicaments à faible service médical rendu) (0,3 Md€) ainsi qu'en un effet report de la baisse du plafond des indemnités journalières de 1,8 à 1,4 SMIC intervenue en avril 2025 (0,5 Md€).

1.7 Le financement des établissements de santé prévu en hausse de 2,4 % en 2026

L'ONDAM consacré au financement des établissements de santé progressera de près de 2,6 Md€ en 2026, soit +2,4%.

Cette évolution intègre, pour la 2ème année consécutive, le financement de l'augmentation du taux de cotisation employeurs pour la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), qui représente 0,6Md€.

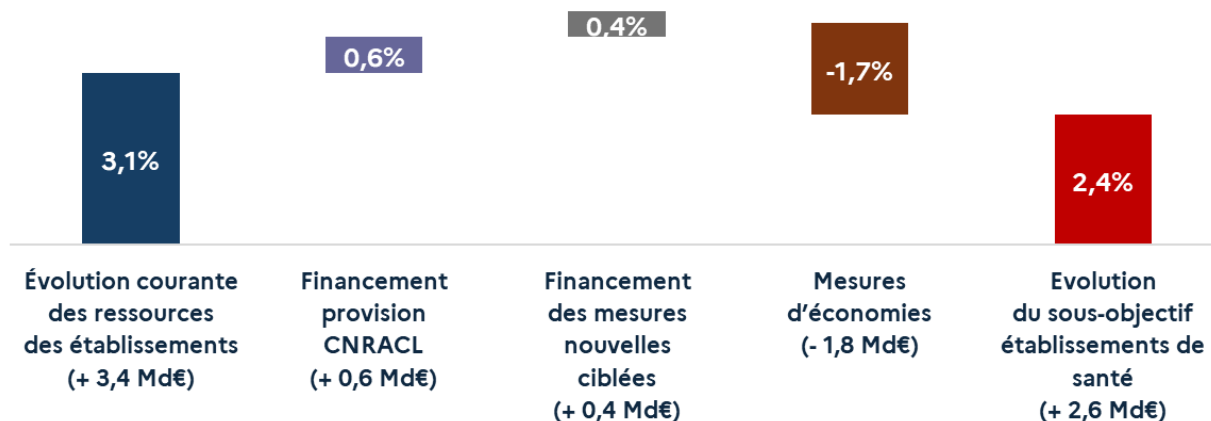
Ces ressources supplémentaires pour les hôpitaux permettront de couvrir l'évolution tendancielle des charges des établissements de santé, pour près de 3,4Md€, et de financer les priorités du gouvernement en matière de santé et d'accès aux soins via des mesures nouvelles ciblées qui représentent au total près de 0,4Md€.

Enfin, l'ONDAM hospitalier pour 2026 porte des mesures d'efficience des établissements de santé qui contribuent à la trajectoire globale de redressement des finances publiques et du solde de la sécurité sociale. Ces mesures s'élèvent au total à 1,8Md€ dont 0,5Md€ au titre du transfert des dépenses d'assurance maladie vers les organismes complémentaires et les assurés ainsi que 0,7Md€ au titre de mesures d'efficience dans le fonctionnement des établissements.

1.7.1 L'évolution courante des ressources des établissements de santé

L'ONDAM hospitalier 2026 consacre près de 3,4 Md€ de financements nouveaux pour couvrir les dépenses liées à l'évolution spontanée des charges des établissements de santé. Les hypothèses sous-jacentes à ce montant sont la prise en compte de l'évolution du coût du glissement vieillesse technicité (GVT) à +0,9%, l'évolution de l'inflation de +1,1%, mais aussi la progression des charges liées à la croissance de l'activité hospitalière, respectivement +2,5% pour le champ couvrant les dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), +3,0% pour les dépenses soins médicaux et de réadaptation (SMR) et enfin une évolution de +1,8% pour financer les dépenses de psychiatrie. Cette évolution couvre également la progression des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus.

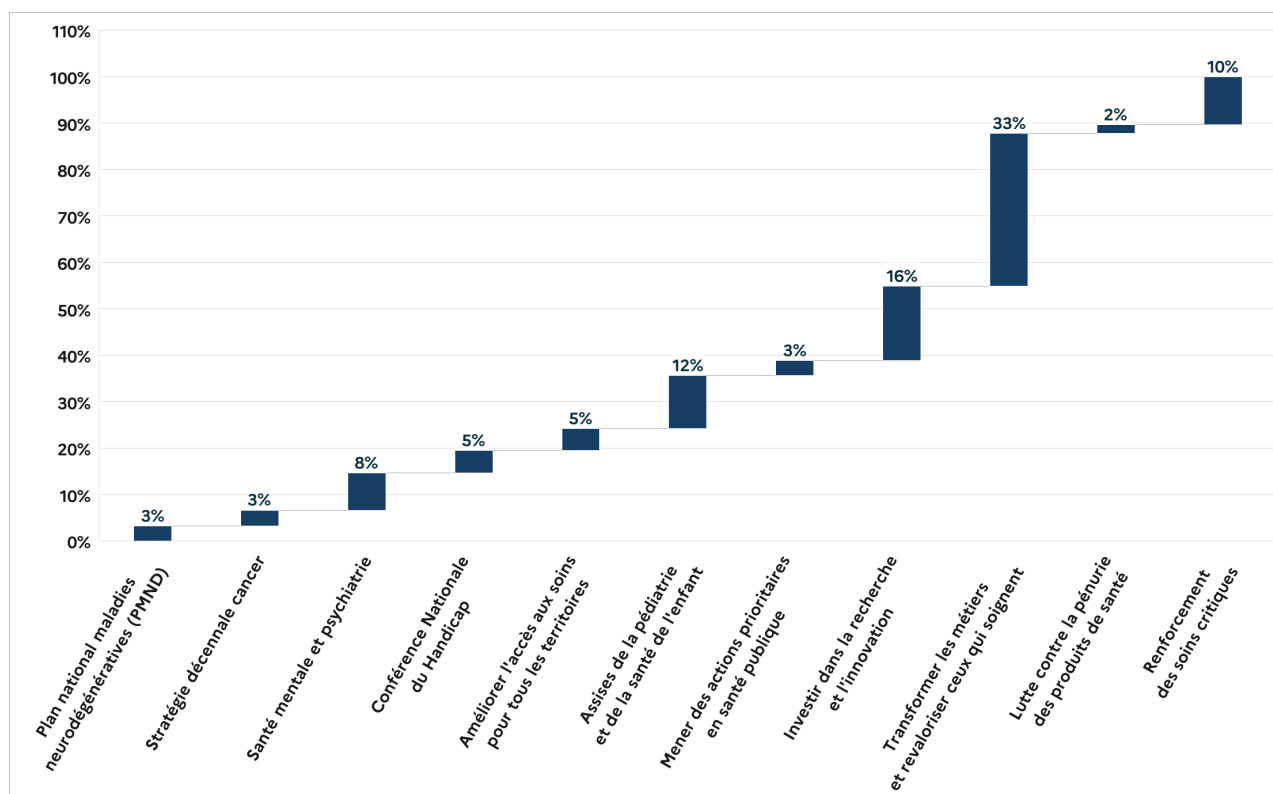
Graphique 5 • 2,6 Md€ de financements nouveaux en 2026 au sein du sous-objectif Établissements de santé



1.7.2 Le financement des priorités en matière de santé, de recherche et d'innovation et d'accès aux soins

Près de **400M€** sont dédiés au sein de l'ONDAM hospitalier 2026 au financement de mesures nouvelles ciblées dont 126M€ au titre du financement des mesures liées aux ressources humaine, 40M€ au titre du renforcement des soins critiques et enfin près de 220M€ au titre du soutien des plans et mesures de santé publique. La répartition de ces mesures nouvelles est détaillée ci-dessous par grande thématique.

Graphique 6 • Répartition des mesures nouvelles ciblées 2026 au sein du sous-objectif Établissements de santé par thématique



Note de lecture : la somme des barres est égale à 100%.

1.7.3 Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent

Plus de 126M€ de moyens nouveaux sont consacrés au soutien des professionnels hospitaliers au sein de l'ONDAM hospitalier 2026. **Ces ressources nouvelles permettent notamment d'accompagner l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine**, mais également de poursuivre les mesures prises en 2025 visant à améliorer plus spécifiquement **l'attractivité des carrières hospitalières**.

1.7.4 Mener des actions prioritaires en santé publique

Près de 220M€ de ressources nouvelles sont dédiées en 2026 à l'accompagnement des priorités du gouvernement en matière de santé publique et d'accès aux soins.

Les **mesures en faveur de la psychiatrie et santé mentale** constituent une part importante de ces crédits nouveaux. Elles portent le financement de nouveaux projets innovants via le fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) ainsi qu'un soutien spécifique pour les unités pour malades difficiles. Ces **moyens nouveaux traduisent également l'engagement ministériel de renforcer la prise en charge des urgences psychiatriques**.

La mise en œuvre des mesures issues des assises de la **santé de l'enfant** et en particulier le renforcement de la pédopsychiatrie se poursuit en 2026. Les financements destinés à **l'extension du programme de dépistage néonatal** sont également budgétés dans l'ONDAM hospitalier 2026.

Le soutien à la recherche et à l'innovation est renforcé, notamment par la sanctuarisation des moyens nouveaux destinés à la montée en charge du plan France Médecine génomique. Les actions innovantes labellisées dans le cadre de l'article 51 devant être mises en œuvre dans le cadre du droit commun sont également soutenues budgétairement.

L'accès aux soins pour tous les territoires est soutenu par des financements nouveaux dans l'ONDAM hospitalier 2026 pour accompagner l'augmentation d'activité des SAMU et des services d'accès aux soins (SAS) mais aussi le financement des évacuations sanitaires de Mayotte.

Par ailleurs, l'ONDAM hospitalier 2026 continue d'accompagner les mesures issues **de la conférence nationale du handicap** notamment le déploiement de l'offre de soins dédiée aux personnes en situation de handicap – dispositifs de consultations dédiées, **de la stratégie décennale de lutte contre le cancer** tel que le financement de l'expérimentation de l'article 50 LFSS 2024 relative au forfait d'adressage de traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC) en HAD, **de la stratégie décennale en faveur des soins palliatifs**.

Enfin, le financement des dispositifs prévus par la **stratégie nationale Maladies Neurodégénératives 2025-2030**, comme le renforcement des unités cognitivo-comportementales (UCC), est mis en œuvre dans l'ONDAM hospitalier 2026.

1.7.5 Conforter les mesures en faveur des soins critiques

Pour la deuxième année consécutive, l'ONDAM hospitalier 2026 porte les mesures **en faveur des soins critiques, par un accompagnement spécifique à hauteur de 40M€** visant à accompagner la réforme des autorisations. Elle doit garantir une meilleure répartition de cette activité sur le territoire ainsi qu'une hausse des exigences en matière de qualité et de sécurité des soins.

1.8 Etablissements médico-sociaux

Les dépenses des établissements et services médico-sociaux, portées par **l'objectif global de dépenses (OGD)**, regroupent les sous-objectifs dédiés au financement des structures accueillant les personnes âgées (OGD PA) et les personnes en situation de handicap (OGD PH) de l'ONDAM. Il **serait fixé à 34,2 Md€ en 2026, en progression de +2,4%**. L'augmentation de l'OGD, plus rapide que celle de l'ONDAM globale intègre la compensation de 3 points de cotisations CNRACL (0,11 Md€) et la poursuite du financement du surcoût de l'expérimentation relative à la fusion des sections soin et dépendance, entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2025.

L'OGD progresserait spontanément de +0,9 % (+0,3 Md€) sous l'effet du GVT (+ 0,9 %, soit + 0,2 Md€) et de la compensation des effets de l'inflation sur les charges non salariales (+ 1,1 %, soit + 0,1 Md€). A cette progression, s'ajoutent 0,8 Md€ de mesures nouvelles. Enfin, l'OGD porte des mesures d'efficience pour - 0,1 Md€ sur les achats des établissements médico-sociaux, la non-reconduction du fonds d'urgence en soutien aux EHPAD pour -0,3 Md€ étant comptabilisé en mesure nouvelle négative.

Dans le secteur PA (18,2 Md€), la progression de l'OGD est portée par le financement de l'amélioration du taux d'encadrement en EHPAD, l'actualisation des coupes pathos permettant d'adapter le financement des structures aux besoins de leurs résidents, l'application de tarification de l'SSIAD ainsi que la coordination entre les SSIAD et les SAD. L'OGD 2026 permet aussi de financer la stratégie de soutien aux aidants par le développement de solutions de répit. Enfin, sur le champ des personnes âgées, l'OGD porte le financement des mesures de la stratégie relative aux maladies neurodégénératives publiée en 2025 et du plan pour les soins palliatifs.

Dans le secteur PH (16,0 Md€), les crédits alloués au titre de la mise en œuvre de la CNH sont du même ordre de grandeur qu'en 2025, afin de créer des solutions de prise en charge des personnes en situation de handicap et accélération du déploiement des pôles d'appui à la scolarité (PAS). L'année 2026 sera aussi marquée par la poursuite de l'accompagnement des structures médico-sociales désignées pour mettre en œuvre le service de repérage précoce.

Pour plus de détails, voir l'annexe 7.

I.9 Autres sous-objectifs

I.9.1 Fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement

Le **sous-objectif** composé des financements dédiés au fonds d'intervention régional (FIR), au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), au plan d'aide à l'investissement (PAI), au fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) et aux entrées en droit commun des parcours coordonnés renforcés (PCR) issues des expérimentations du dispositif article 51 **évoluerait de -5,1% en 2026 par rapport à 2025 et atteindrait 6,2 Md€.**

Le FIR progresserait de +1,3 % en 2026, évolution inférieure à l'ONDAM, et serait porté à 5,5 Md€. Cette évolution permettra le financement des gardes et astreintes des personnels libéraux pour un montant de 72 M€ supplémentaires en 2026 par rapport au coût de la mesure en 2025.

Le FMIS baisserait de -53%, pour s'établir à 0,4 Md€. Cette évolution intègre le débasage des crédits Ségur arrivant à échéance (-0,5 Md€). Cependant, la dotation pour 2026 intègre maintien des crédits (0,3 Md€), qui auraient dû être débasés (notamment les crédits dits H7-H12). Concernant les projets sanitaires hors investissements structurants financés par le FMIS, le montant de mesures nouvelles pour 2026 est de 0,1 Md€.

Les moyens dédiés au PAI médico-social s'élèveraient à 0,2 Md€ pour financer les investissements dans le champ des personnes âgées et en situation de handicap. Ces moyens seraient en augmentation de 13% (+ 26 M€) afin de développer l'habitat inclusif.

A cela s'ajoute une nouvelle enveloppe au sein du 5^e sous-objectif regroupant le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS), transféré du 6^{ème} au 5^{ème} sous-objectif, et le financement des parcours coordonnés renforcés (PCR) entrés dans le droit commun et issus des expérimentations probantes de l'article 51, expérimentations auparavant financées au sein du sous-objectif « soins de ville ». Cette nouvelle enveloppe s'élève à 0,15 Md€ en 2026.

I.9.2 Autres prises en charge

Le 6^{ème} sous-objectif (« Autres prises en charge ») s'élèverait à 3,3 Md€, en hausse de + 4,2 %. Cette hausse permettrait pour sa part relative au financement des dispositifs d'accompagnement des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (addictologie et précarité), de financer 26 M€ de mesures nouvelles et la prise en compte de l'actualisation de la couverture des charges des structures au titre de l'inflation (+1,1%) et du GVT (+0,9%). En outre, la progression de l'enveloppe allouée aux douze opérateurs et quatre fonds financés par le 6^{ème} sous-objectif serait de + 4,4 % en 2026.

I.10 Produits de santé

Les dépenses d'assurance maladie relatives aux produits de santé considérées ici correspondent aux remboursements au titre des médicaments¹ et dispositifs médicaux délivrés au public en officine de ville ou dans les pharmacies des établissements de santé (« rétrocession hospitalière »), ou aux produits de santé délivrés aux personnes hospitalisées financés au sein du mécanisme de « liste en sus », ainsi que les produits en accès précoce (AP, anciennement ATU), en accès compassionnel (AC) et en accès direct (AD). Les autres médicaments délivrés aux personnes hospitalisées (dits « intra-GHS »), financés de manière globale via la tarification à l'activité des établissements, ne sont pas isolés dans le financement des établissements par l'assurance maladie, et ne sont, de ce fait, pas intégrés aux dépenses de produits de santé suivies ici. Par ailleurs, il s'agit de dépenses de santé nettes, qui intègrent les remises conventionnelles dites produits, négociées entre les laboratoires et le Comité économique des produits de santé (CEPS) sur certains produits, et le rendement de la clause de sauvegarde ou de la nouvelle tranche supplémentaire à la contribution définie à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale à partir de 2025.

¹ Au sens large, c'est-à-dire remboursements de médicaments y compris rémunérations des pharmaciens (marges dégressives lissées et honoraires de dispensation) et des grossistes répartiteurs et de la TVA.

Encadré 2 – La clause de sauvegarde, les litiges afférents et rendements prévus

La « contribution M », également appelée « clause de sauvegarde » (CS), consiste en une contribution due par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques dès lors que leur chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) et net de remises réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer dépasse un certain seuil, appelé montant M.

La clause de sauvegarde est régie par les articles L. 138-10 et suivants du code de la Sécurité sociale. Son seuil est fixé annuellement dans la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS).

Historiquement, il était défini sous la forme d'un taux de croissance autorisé (par rapport au CAHT de l'année précédente). Depuis la LFSS 2021, il est directement voté au travers d'un montant net des remises. A partir de 2026 il sera défini en montants remboursés nets des remises (LFSS pour 2024 et pour 2025).

Par ailleurs, les contributions au titre des années passées ont fait l'objet de dépôt de contentieux de la part des industriels qui sont encore pour partie en cours d'instruction et qui ont entraîné des révisions de rendements de certaines clauses de sauvegarde.

Par ailleurs, dès 2025, le rendement attendu via le mécanisme de clause de sauvegarde est remplacé par une nouvelle tranche supplémentaire à la contribution définie à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale pour un montant équivalent à la clause de sauvegarde (1,6Md€ en cumul sur les deux sous-objectifs). Pour 2026, l'hypothèse d'un rendement de la nouvelle tranche supplémentaire à la contribution définie à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale à 1,6 Md€ est reconduite. Le dispositif de la clause de sauvegarde est maintenu, mais ramené à son objectif initial de corde de rappel. En PLFSS 2026, le montant M pour 2025 sera revu et celui pour 2026 fixé de telle manière que leurs rendements soient nuls les deux années. In fine, la chronique de rendement de la clause de sauvegarde ou du rendement de la nouvelle tranche supplémentaire à la contribution définie à l'article L. 245-6 est présentée dans le tableau ci-dessous, avec ou hors provisions pour dépréciations sur créances.

arrondi à la dizaine de M€	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (provisoire)	2025 (p)	2026 (p)
Clause de sauvegarde ou nouvelle tranche à la contribution définie à l'article L. 245-6* hors provisions pour dépréciations	-40	-70	0	-640	-1170	-1580	-1690	-1600	-1600
Clause de sauvegarde ou nouvelle tranche à la contribution définie à l'article L. 245-6* yc provisions pour dépréciations	-40	-140	0	-570	-940	-1370	-1480	-1600	-1600

Les dépenses de produits de santé nets des remises et clause de sauvegarde (dépenses super nettes) ont connu une progression relativement contenue jusqu'en 2019 et ont accéléré depuis : alors qu'elles s'établissaient à 31,0 Md€ en 2010, les dépenses des produits de santé ont augmenté de +1,5% en moyenne annuelle jusqu'en 2019 pour atteindre 35,3 Md€ (+4,3 Md€ sur la période), en termes super nets (+0,6% par an sur les médicaments et +4,4 % sur les dispositifs médicaux). Entre 2019 et 2023, hors COVID-19 et bien que les remises aient connu une très forte augmentation et que le mécanisme de clause de sauvegarde pour les médicaments se soit déclenché en 2021, 2022 et 2023, la croissance annuelle moyenne des dépenses super nettes des produits de santé a accéléré de plus d'un point pour atteindre +2,8% par an en moyenne, ce qui représente +4,1 Md€ en quatre ans (+2,1% médicaments et +3,7% dispositifs médicaux).

En 2024, les produits de santé super nets ont augmenté de +5,4%¹ y compris covid (et +5,5% hors covid) dont +5,3% pour les médicaments et +5,6% pour les DM. L'année 2024 a été marquée par la rupture franche de la dynamique des remises médicaments en accès précoce (0,4 Md€ en 2021, 0,7 Md€ en 2022, 1,2Md€ en 2023 et 1,0 Md€ en 2024). Cette rupture s'explique par la sortie de nombreux produits du dispositif d'accès précoce en 2024 (débouclage) pour être pris en charge dans les conditions de droit commun. Par ailleurs, elle s'explique aussi par la stabilisation du rendement de la clause de sauvegarde par rapport aux années précédentes (1,5 Md€ en 2024 après 1,4 Md€ en 2023 et 0,9 Md€ en 2022 - ces chiffres comprennent les provisions pour dépréciations et donc ne correspondent pas aux montants effectivement appelés auprès des laboratoires (cf. encadré 2)².

En 2025, les dépenses de produits de santé super nets augmenteraient de +2,0% yc covid (+2,5% hors provisions pour dépréciations de créances en 2024), dont +1,5% pour les médicaments et +3,4% pour les DM. La décélération des produits de santé super nets s'explique, premièrement, par une diminution du stock des

¹ Résultats encore estimatifs, notamment dans l'attente des recettes atténuatives réellement encaissées par l'ACOSS au titre de 2024 (résultats connus en octobre/novembre 2025)

² Les provisions sur dépréciations étant équivalente en 2023 et 2024, les évolutions y compris et hors provisions pour dépréciations sont identiques)

spécialités en accès précoce en 2025 suite aux nombreuses entrées dans le droit commun en 2024 et à un flux d'entrée moins important. En 2025, le rendement des remises sur les médicaments rebondirait légèrement par rapport à 2024 mais sans retrouver les dynamiques d'avant 2024¹ (+15% en 2025 dont presque 2 points sont explicables par l'extension de l'assiette de calculs des remises aux DROM). En terme uniquement comptable, le ralentissement attendu en 2025 s'explique aussi par un rendement de la nouvelle tranche supplémentaire à la contribution définie à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale plus important en 2025 que la clause de sauvegarde 2024 dont le rendement est diminué par les provisions sur dépréciations propres Enfin et surtout, la décélération attendue des produits de santé super nets est principalement due aux mesures de baisses de prix et d'efficience plus importantes de 0,8 Md€ en 2025 par rapport à 2024 (1,3 Md€ en 2024 dont doublement des franchises 0,2 Md€, baisses de prix 1,0 Md€ et plan bon usage 0,1Md€ contre 2,1 Md€ estimé à date pour 2025 dont effet report doublement des franchises 0,1 Md€, baisse de prix et remises DROM 1,8 Md€ et effet report plan bon usage 0,2 Md€).

Toutes choses égales par ailleurs, les moindres économies 2024 par rapport à celles de 2025 expliquent une décélération des produits de santé super nets de 2 points de l'évolution 2025/2024 par rapport à celle de 2024/2023. Ainsi, sur la période cumulée 2024-2025, les produits de santé super nets progresseraient +3,7% par an, soit environ un point plus rapidement que sur la période 2019-2023 (2,8%).

En 2026, les dépenses de produits de santé super nets se stabiliseraient (-0,2%, dont -1,3% pour les médicaments et +2,7% pour les DM), la forte dynamique spontanée des dépenses étant contenue grâce à la combinaison de mesures de maîtrise ciblées sur les offreurs (pour les trois quarts) et sur les assurés (pour un quart).

Cette baisse résulterait tout d'abord d'une augmentation spontanée² des dépenses de produits de santé, estimée à +6,6% (après +6,4 % pour 2025 en PLFSS 2025 et +7,2% en 2024), dont +7,5% pour les médicaments et +4,2% pour les DM.

Malgré des signes de stabilisation de la croissance du secteur du médicament depuis deux ans, celui-ci reste très dynamique (cf fiche 3.2 de la CCSS juin 2025 – le marché du médicament). L'évolution spontanée des dépenses prend aussi en compte les remises conventionnelles et le rendement de la nouvelle tranche supplémentaire à la contribution définie à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale taxe. En termes super nets, la progression spontanée des médicaments s'établirait +7,5%. Nette des seules remises, la progression spontanée des médicaments serait légèrement inférieure à +7,1%. Les remboursements des dispositifs médicaux bruts des remises et de la clause Z reprendraient une dynamique de +4,7% en 2026, et de +4,6% en termes nets. Le rebond envisagé du rendement de la clause Z sur les DM (150M€ en 2026 après une prévision de 100M€ sur 2025) aboutit à la progression super nette des DM de 4,2%.

Par ailleurs, la progression spontanée tient compte des actions de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude mises en place par l'assurance maladie qui visent notamment un meilleur usage des produits de santé en incitant les offreurs de soins à améliorer leurs pratiques (0,3 Md€ d'économies nouvelles en 2026 dont 0,2Md€ portant sur le secteur du médicament et 0,1Md€ sur les DM).

A cette augmentation spontanée, sont ajoutées les **mesures ayant un impact à la hausse sur les remboursements qui permettent d'établir la progression tendancielle des produits de santé à +7,0%** (après +6,7% pour 2025 en PLFSS 2025) : la réforme de la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap (0,1 Md€ sur le secteur DM) et le financement de l'extension de la couverture vaccinale contre le méningocoque (0,1 Md€ sur le secteur du médicaments).

Enfin, cette progression tendancielle des dépenses des produits de santé est freinée par **les mesures d'économies qui permettent d'aboutir à une évolution des remboursements des produits de santé de -0,2%, soit -0,1 Md€ par rapport à 2025.**

Afin de répondre à l'effort de maîtrise des finances publiques, il est ainsi décidé de poursuivre l'accentuation des actions d'économies en 2026 qui ont été entamées en 2025. Ainsi, globalement, les mesures d'économies sur les produits de santé nets en 2026 sont portées à 3,1 Md€ (après 2,1 Md€ en 2025 et 1,3 Md€ en 2024 cf *supra*).

- **2,3 Md€ portent sur le périmètre des offreurs** : baisses de prix nettes de 1,6 Md€ (1,4 Md€ sur les médicaments et 0,2 Md€ sur les dispositifs médicaux), poursuite du plan bon usage des produits de santé et développement du recours aux biosimilaires (0,4 Md€), encadrement du recours à la liste en sus (0,1 M€), recentrage des crédits décidés en conseil stratégique des industries de santé (CSIS) (0,1 Md€) et encadrement des marges des grossistes-répartiteurs (0,1 Md€) ;
- **0,8 Md€ portent sur le périmètre des assurés** : doublement des montants et du plafond des franchises médicales (0,7 Md€) et remboursement à 15% des médicaments dont le ticket modérateur est à 15% pour les assurés en ALD.

¹ Pour rappel, la progression des remises médicaments a été de +8.7% en 2024 après environ 30% en moyenne par an de 2016 (1,1Md€) à 2023 (8,2 Md€)

² Augmentation spontanée : augmentation des dépenses remboursées nettes des actions de maîtrise médicalisée, des remises et de la clause de sauvegarde avant mesures nouvelles de coûts et d'économies.

Tableau 9 • Construction de la prévision des dépenses relatives aux produits de santé

en Md€	Base 2026	spontanés 2026 en PLFSS 2026	Evolutions spontanées 2026/2025	mesures nouvelles PLFSS 2026	Mesures d'efficience PLFSS 2026	Niveaux 2026* PLFSS 2026	évolution 2026/2025
médicaments super nets	30,9	33,2	7,5%	0,1	-2,8	30,5	-1,3%
médicaments nets	32,5	34,8	7,1%	0,1	-2,8	32,1	-1,2%
médicaments prestations brutes	42,8					43,9	2,6%
médicaments remises	-10,3					-11,8	14,6%
médicaments taxe	-1,6					-1,6	0,0%
DM super nets	11,7	12,2	4,2%	0,1	-0,3	12,1	2,7%
DM nets	11,8	12,4	4,6%	0,1	-0,3	12,2	3,1%
DM prestations brutes	12,1					12,5	3,2%
DM remises	-0,2					-0,2	5,9%
DM Z	-0,1					-0,1	52,1%
PdS super nets	42,6	45,4	6,6%	0,2	-3,1	42,5	-0,2%
PdS nets	44,3	47,2	6,4%	0,2	-3,1	44,3	-0,1%
PdS prestations brutes	54,8					56,3	2,7%
PdS remises	-10,5					-12,1	14,4%
PdS taxe + Z	-1,7					-1,7	3,0%

* La décomposition (en italique) entre prestations brutes et remises n'est donnée **qu'à titre indicatif** et doit être considérée avec la plus grande prudence. En effet, la traduction de l'objectif d'économies nettes de remises du plan de baisse de prix en termes d'évolution de prestations brutes et de remises n'est à date pas connue. L'hypothèse faite ici reprend des données des années précédentes. **Cette hypothèse, bien que très forte, n'impacte en rien la progression des dépenses nettes de remises qui est le seul indicateur approprié pour juger de la construction.**

.

PARTIE II:
ONDAM ET BESOINS
DE SANTE PUBLIQUE

II.1 Evolution des dépenses de prévention institutionnelle sur la période récente

La prévention est définie par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme **l'ensemble des mesures « visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps »**. Ces actions sont classiquement subdivisées en trois catégories :

La prévention primaire vise à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé, donc à réduire l'apparition de nouveaux cas au sein d'une population a priori saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque ;

La prévention secondaire a pour but de déceler, à un stade précoce, des maladies qui n'ont pas pu être évitées par la prévention primaire, et d'en bloquer l'évolution ;

La prévention tertiaire a pour objet de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou récidives et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

La Drees réalise chaque année les comptes de la santé en respectant les conventions comptables du *System of Health Accounts* (SHA), coordonné par l'OMS, l'OCDE et Eurostat. Dans ce cadre, les dépenses de prévention sont réparties en six postes :

- Les **programmes d'information, d'éducation et de conseil (HC.61)** combinent des stratégies, méthodes et actions afin que les organisations, collectivités, ménages et individus jouent un rôle actif dans la préservation et le maintien de la santé des personnes. Les agents peuvent ainsi modifier leurs comportements et changer les conditions sociales pour garantir un meilleur état de santé général, par exemple avec l'acquisition de connaissances et de bonnes pratiques, ou l'utilisation du système de santé.
- Les **programmes d'immunisation (HC.62)** incorporent les dépenses de consultation et d'utilisation de produits pharmaceutiques pour prévenir le développement de maladie, avant ou après exposition.
- Les **programmes de détection précoce des maladies (HC.63)** concernent la recherche active d'une maladie à un stade précoce, avant l'apparition des symptômes, au sein des groupes à risque, dans le cadre d'activités de programme organisées. Cela peut inclure des dépistages, des tests diagnostiques et des examens médicaux.
- Les **programmes de surveillance de l'état de santé (HC.64)** incluent les dépenses relatives à des populations spécifiques. Il peut s'agir du suivi des grossesses (soins prénatals et postnatals), de tranches d'âge spécifiques comme les enfants (par exemple, croissance et développement de l'enfant) ou les personnes âgées, ou encore de domaines de santé spécifiques, tels que les bilans de santé dentaires.
- Les **programmes de surveillance épidémiologique et de contrôle des risques et des maladies (HC.65)** sont composés des opérations techniques de gestion des connaissances et des ressources, axées sur la prévention et le contrôle. Cela se fait par la planification, le suivi et l'évaluation des interventions, y compris des mesures d'information pour la prise de décision, telles que l'accès à l'information et aux services de soutien.
- Les actions de **préparation aux programmes d'intervention en cas de catastrophe et d'urgence (HC.66)** visent à la préparation à une réponse appropriée en cas d'urgence humanitaire, qu'elle soit d'origine humaine ou naturelle. L'objectif est de protéger la santé et de réduire la mortalité et la morbidité dues aux risques sanitaires, notamment grâce à l'épidémiologie de terrain et à la formation aux normes techniques.

En 2024, les dépenses de prévention s'établissent à 8,7 milliards d'euros. Après deux années de forte baisse avec le reflux de l'épidémie de Covid-19 (-35 % en 2023, -24 % en 2022), les dépenses de prévention augmentent de près de 1 % en 2024.

Estimation des dépenses de prévention entre 2014 et 2024

En millions d'euros

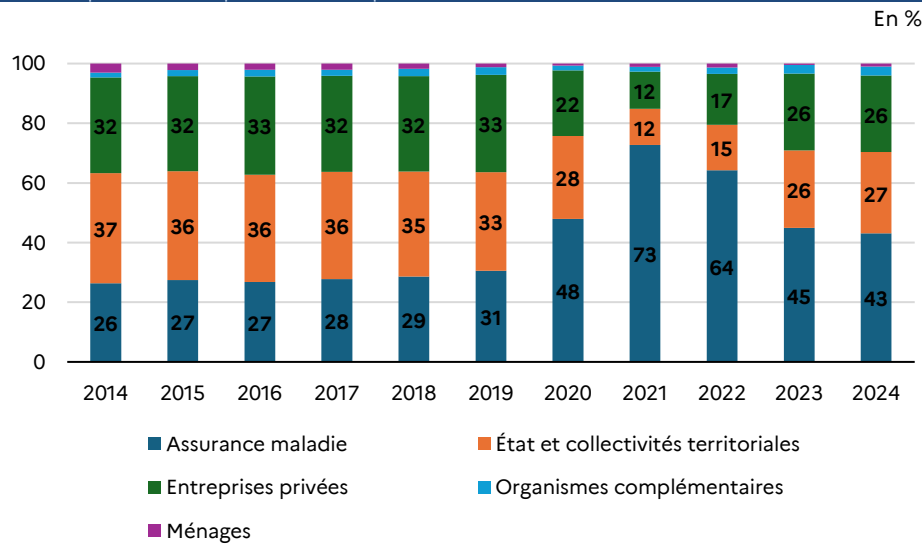
	2014	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 23/24 (en %)
HC.61 - Programmes d'information, d'éducation et de conseil	922	1 038	1 104	1 164	1 254	1 315	4,9
Lutte contre les addictions	73	77	83	100	117	120	1,9
Médecine scolaire	531	552	594	596	650	669	3,0
Autres dépenses	318	409	427	468	487	527	8,2
HC.62 - Programmes d'immunisation	803	866	4 274	2 323	1 528	1 494	-2,3
Vaccination Covid-19	0	0	3 273	1 381	351	268	-23,7
Vaccination hors Covid-19	803	866	1 001	942	1 177	1 226	4,1
HC.63 - Programmes de détection précoce des maladies	296	2 587	7 029	4 889	864	608	-29,7
Dépistage d'autres pathologies	197	260	675	591	344	342	-0,6
Dépistage des tumeurs	100	135	150	148	170	142	-16,2
Dépistage du Covid-19	0	2 192	6 204	4 150	350	123	-64,9
HC.64 - Programmes de surveillance de l'état de santé	3 226	3 738	4 305	4 394	4 472	4 719	5,5
Prévention au travail	2 096	2 424	2 562	2 633	2 567	2 676	4,2
Protection maternelle et infantile (PMI)	816	878	832	846	922	1 003	8,7
Autres dépenses	314	435	911	915	982	1 041	6,0
HC.65 - Programmes de surveillance épidémiologique et de contrôle des risques et des maladies	314	241	257	298	318	331	4,2
HC.66 - Préparation aux programmes d'intervention en cas de catastrophe et d'urgence	50	868	487	262	221	263	19,2
Ensemble de la prévention	5 611	9 339	17 455	13 330	8 657	8 731	0,9

Source : DREES, comptes de la santé.

En 2024, les dépenses liées au Covid-19 ne représentent plus que 4,5 % des dépenses de prévention. Hors dépenses liées au Covid-19, les dépenses de prévention augmentent de 4,8 %, pour atteindre 8,3 milliards d'euros. Le **rythme de croissance est supérieur à celui d'avant la crise sanitaire** (+2,3 % en moyenne par an entre 2014 et 2019). Les dépenses de vaccination hors Covid-19 augmentent de 4,1 % pour s'établir à 1,2 milliard d'euros.

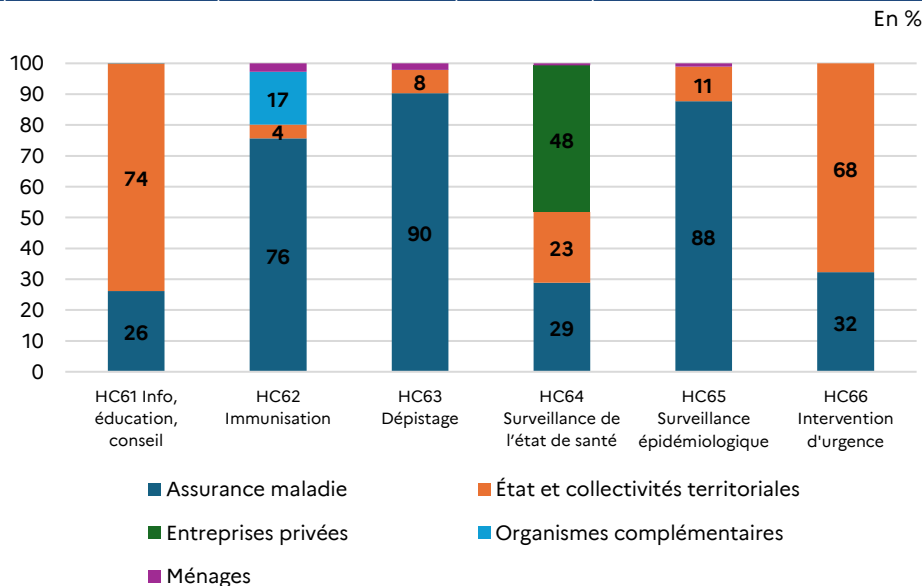
La crise sanitaire a modifié la répartition par financeur des dépenses de prévention. Jusqu'alors répartie en trois parts équivalentes entre l'Assurance maladie, l'État et les collectivités territoriales et les entreprises privées, la part prise en charge par l'Assurance maladie s'est fortement accrue en lien avec l'épidémie. En particulier, les dépenses relatives à la vaccination, au dépistage et à la surveillance épidémiologique sont quasi intégralement prises en charge par l'Assurance maladie. La diminution des dépenses de lutte contre le Covid-19 depuis 2021 a entraîné le recul de la part du financement par l'Assurance maladie de 30 points. **L'Assurance maladie demeure, malgré tout, le principal financeur des dépenses de prévention.** En 2024, elle finance 43 % des dépenses de prévention. L'État et les collectivités locales financent 27 % de ces dépenses dont particulièrement les programmes d'information, d'éducation et de conseil, qui représentent 15 % des dépenses de prévention. Les entreprises privées financent 26 % de ces dépenses de prévention, via la prévention au travail.

Répartition des dépenses de prévention par financeur



Source : DREES, comptes de la santé.

Répartition par financeur et par secteur des dépenses de prévention en 2024



Source : DREES, comptes de la santé.

II.2 Les nouveaux chantiers de la prévention

La politique de prévention évolue en intégrant de nouveaux enjeux de santé publique, tout en maintenant un alignement avec ses priorités historiques, telles que la lutte contre les maladies chroniques, la promotion de la santé mentale et de la santé sexuelle, ainsi que l'aménagement d'environnements propices à la santé. Une attention croissante est portée à des thématiques émergentes comme la santé environnementale, l'adaptation des actions aux besoins des publics vulnérables et le déploiement renforcé de démarches d'« aller-vers » pour mieux atteindre les populations les plus éloignées du système de soins.

En 2024, la France a renforcé sa politique de prévention en santé publique à travers diverses évolutions majeures : l'extension progressive du programme national de dépistage néonatal à de nouvelles pathologies graves, conformément aux recommandations de la HAS et à la feuille de route "Pédiatrie et santé de l'enfant" 2024-2030, le déploiement des bilans de prévention aux âges clés de la vie, la mise en place d'une campagne vaccinale contre le papillomavirus dans les collèges ou encore la rénovation de l'organisation des dépistages

organisés des cancers. Cette dernière est précisée par l'arrêté du 16 janvier 2024 et repose notamment sur un transfert du pilotage de l'envoi des invitations à l'Assurance maladie, un recentrage des missions des centres régionaux de coordination des dépistages organisés des cancers (CRCDC) et une mobilisation accrue des actions « d'aller-vers » afin de mieux toucher les populations précaires ou éloignées du système de soins.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2025 poursuit cet engagement et définit le cadre législatif de plusieurs nouveaux dispositifs de prévention :

Article 31 - Révision du barème de la taxe des boissons sucrées ou avec édulcorants de synthèse

Aujourd'hui, près d'un Français sur deux est en situation de surpoids ou d'obésité, avec des coûts importants pour la société et le système de santé. En 2012, les coûts de l'obésité représentaient plus de 20 milliards d'euros en France. Il est donc essentiel de mettre en place des mesures de prévention nutritionnelle efficaces visant à améliorer la santé de la population à travers une meilleure alimentation et lutter ainsi contre l'obésité et les maladies chroniques (cancers, diabète, maladies cardiovasculaires, etc.). La consommation de produits ultra-transformés riches en sucres constitue un des facteurs de risque important des pathologies liées à la nutrition et nécessite la mise en place de mesures de prévention spécifiques.

En France, une taxe a été mise en place en 2012 et révisée en 2018 sur les boissons sucrées et édulcorées avec une contribution indexée sur la teneur en sucre du produit. L'objet de la mesure a consisté à modifier le barème de la taxe applicable aux boissons sucrées afin de le simplifier et de le rendre plus efficace (3 paliers au lieu de 15) de manière à inciter davantage les industriels à diminuer la teneur en sucres des produits et à encourager les consommateurs à se tourner vers des aliments moins sucrés et plus favorables à la santé. La taxe sur les boissons avec édulcorants de synthèse a aussi été renforcée avec la création d'un barème à deux paliers (au lieu d'une taxe forfaitaire) selon la quantité d'édulcorants de synthèse présents (inférieure ou égale à 120 milligrammes par litre et au-delà).

Article 62 – Consécration dans le droit commun de l'expérimentation « Handigynéco »

Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, près de 2 % des personnes handicapées ont été victimes de violences sexuelles au cours des deux années précédentes contre moins d'1 % des personnes sans handicap. De plus, 16 % des femmes en situation de handicap ont déclaré avoir été victimes d'un viol contre 9 % pour l'ensemble des femmes.

Pour répondre à ces enjeux, l'expérimentation « Handigynéco » a été lancée en Ile-de-France de 2018 à 2021. Ce dispositif a pour ambition de faciliter l'accès aux soins gynécologiques des femmes en situation de handicap en les informant sur la nécessité d'un suivi gynécologique régulier et en organisant le cas échéant un parcours de soins coordonné, notamment grâce à l'intervention de sage-femmes, préalablement formées, au sein des établissements médico-sociaux. Il permet aussi d'informer les professionnels de ces établissements afin de renforcer l'implication de tous sur ces problématiques. Enfin, il tend à promouvoir un accompagnement à la vie affective et sexuelle, intégrant la prévention des violences faites aux femmes, pour l'ensemble des usagers de ces établissements. Sur la base des résultats positifs de cette expérimentation, l'extension de celle-ci a été actée en Ile-de-France, Bretagne et Normandie en 2022 et à toutes les autres ARS en 2023 et 2024 via le FIR.

L'article 62 de la LFSS pour 2025 a créé une consultation longue de suivi gynécologique et en santé sexuelle au profit des femmes en situation de handicap résidant dans un établissement ou service médico-social défini aux 2°, 7° et 12° du L312-1 du code de l'action sociale et des familles et garantit aux personnes en situation de handicap résidant dans ces établissements un accès à des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective et de sensibilisation aux violences sexistes et sexuelles. L'objectif de cette mesure est ainsi de consacrer dans le code de la santé publique la réalisation de ces consultations prises en charge par l'Assurance maladie dans les conditions de droit commun.

Article 63 – Annualisation des examens bucco dentaires chez le chirurgien dentiste remboursés par l'Assurance maladie

Le dispositif « M/T dents tous les ans ! » permet aux enfants et aux jeunes de 3 à 24 ans de bénéficier d'un examen bucco-dentaire (EBD) et de soins offerts tous les ans. Les invitations pour l'EBD sont envoyées par mail tous les ans au mois d'anniversaire de l'enfant, sauf à certains âges clés pour lesquels l'invitation est envoyée par voie postale (à 3, 6, 12 et 18 ans).

Le dispositif permet de favoriser un contact précoce et régulier avec le chirurgien-dentiste pour les enfants et les jeunes de 3 à 24 ans et pour permettre d'acquérir les bons réflexes d'hygiène bucco-dentaire et de réduire la prévalence des affections bucco-dentaires.

Article 64 – Entrée dans le droit commun des Centres de Santé et de Médiation en Santé Sexuelle (CSMSS)

Ces dernières années, l'incidence des infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes est en augmentation de manière régulière. De plus, 43 % des infections à VIH sont découvertes à un stade tardif de l'infection et 28 % au stade avancé de l'infection, ce qui, non seulement entrave une prise en charge optimale,

mais augmente également le risque de transmission du virus. Ces défis mettent en lumière l'importance d'encourager et de faciliter le dépistage, particulièrement au sein des populations les plus à risque de contracter ces infections, souvent éloignées du système de soins pour diverses raisons.

C'est dans ce contexte que l'expérimentation de Centres de Santé Sexuelle d'Approche Communautaire a été proposée par la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030. Elle a été conduite dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 par trois associations porteuses (AIDES, Virages Santé et le Groupe SOS).

Cette offre innovante en santé sexuelle repose sur un accueil bienveillant et inclusif par des médiateurs en santé ; une offre de « *test and treat* » avec un dépistage du VIH et des IST proposant la remise des résultats dans des délais courts grâce à la pratique de la biologie délocalisée ; un parcours d'initiation et de suivi pour la prophylaxie de préexposition (PrEP) ; la possibilité de bénéficier d'un parcours en santé sexuelle auprès de différents professionnels de la santé sexuelle, incluant des consultations avec des spécialistes (addictologue, psychiatre, proctologue, sexologue, gynécologues, etc.) directement au sein du centre.

En 2023, l'évaluation de cette expérimentation a mis en évidence la pertinence de ces centres en matière d'atteinte du public cible, de développement d'une offre structurée en santé sexuelle et de santé publique, actuellement insuffisante sur le territoire.

Les centres de santé et de médiation en santé sexuelle (CSMSS) ont de ce fait été pérennisés par la LFSS pour 2025 et la publication des arrêtés du 29 avril 2025. Ces centres répondent à un cahier des charges précis et ne peuvent être ouverts que sur décision du directeur général de l'ARS des régions listées par arrêté du ministre en charge de la santé.

L'objectif est de consolider le dispositif actuel des quatre centres présents à Lyon, Marseille, Montpellier et Paris avec une montée en charge progressive prévue entre 2026 et 2028 pour autoriser l'ouverture de cinq centres supplémentaires, portant ainsi leur nombre à un total de 9 centres en fin de Stratégie Nationale de Santé Sexuelle en 2030.

Article 65 – Mise en place une campagne de vaccination contre les méningocoques ACWY dans les collèges et établissements accueillant des adolescents en situation de handicap

Les données épidémiologiques montrent une reprise de la circulation des méningocoques en France et simultanément une évolution des souches. En 2023, 560 cas d'infections invasives à méningocoques (IIM) ont été déclarés, soit une augmentation de 72 % par rapport à 2022. Comparé à l'année 2022, les IIM W (x2.5) et Y (x 1.7) ont très fortement augmenté et ont atteint des niveaux jamais observés précédemment. Par ailleurs, un risque plus élevé d'IIM Y chez les 15-24 ans est constaté.

La Haute Autorité de santé (HAS), dans sa recommandation du 7 mars 2024, a préconisé l'instauration d'une obligation vaccinale pour les nourrissons contre les infections invasives à méningocoques (IIM) A, C, W, Y, en remplacement de l'ancienne obligation contre les sérogroupes C et B. Cette nouvelle obligation vaccinale a été instaurée en application de l'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 et le décret n° 2024-694 du 5 juillet 2024, avec une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2025. La HAS a préconisé également de vacciner les adolescents de 11 à 14 ans, quel que soit leur statut vaccinal antérieur avec une dose unique, âge auquel est aussi proposée la vaccination contre les papillomavirus humain (HPV).

La campagne de vaccination contre les HPV organisée dans les classes de 5^{ème} lors de l'année scolaire 2023-2024 a connu un taux de recours encourageant, ainsi qu'un effet d'entraînement notable sur la vaccination en ville, permettant d'accroître sensiblement le taux de couverture vaccinale contre les HPV (hausse de 17 points pour les jeunes âgés de 12 ans en 2023 par rapport à 2022). Elle a été de ce fait renouvelée pour l'année scolaire 2024-2025 dans les collèges et étendue aux établissements médicaux-sociaux scolarisant des enfants en situation de handicap.

Fort de ces constats, il a été proposé de capitaliser sur cette campagne de vaccination en incluant les vaccins (IIM) A, C, W, Y à compter de l'année scolaire 2025-2026 dans les classes de 5^{ème} au sein de ces mêmes établissements. Les campagnes de vaccination HPV et méningocoques pourront ainsi être réalisées de manière simultanée car la co-administration de ces vaccins est possible. La mise en œuvre de cette campagne dans les collèges et ESMS scolarisant des enfants repose sur l'application à la vaccination contre les méningocoques des modalités de rémunération des professionnels de santé et de prise en charge intégrale de la vaccination telles que prévues à l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale du 26 décembre 2023.

Article 66 – Fin de l'adressage préalable pour le dispositif MonSoutienPsy

La fin de l'adressage préalable afin de prétendre au dispositif MonSoutienPsy a permis de faciliter le recours à une prise en charge par des psychologues conventionnés grâce à un accès direct pour les usagers. En outre, le tarif des séances a été revalorisé (porté à 50 € depuis le 24 juin 2024) et une augmentation du nombre de séances prises en charge lors d'une année civile a été actée, passant de 8 à 12.

Article 68 – Prise en charge des examens de détection d'une soumission chimique

La soumission chimique consiste à administrer des substances psychoactives à une personne à son insu ou sous la menace à des fins délictueuses ou criminelles. La détection de ces substances nécessite la réalisation d'analyses toxicologiques par un laboratoire expert, idéalement dans un délai rapide.

Le centre coordonnateur national de l'AP-HP, qui recueille des informations dans le cadre du réseau national d'addictovigilance, relève en 2022, 2197 déclarations (69% de plus qu'en 2021) et, après évaluation, 1229 agressions facilitées par les substances.

Une expérimentation sera lancée fin 2025 pour trois ans, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, dans la limite de trois régions, autorisant la prise en charge par l'assurance maladie des examens permettant la détection d'une soumission chimique, dans le cadre d'un parcours associant les professionnels de santé de premier recours.

II.3 Des fonds qui permettent le financement d'actions de prévention institutionnelle

II.3.1 Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS)

Créé par la loi du 5 janvier 1988, le FNPEIS est géré par la **Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)**. Il vise à mettre en œuvre, gérer et assurer le financement d'actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaire propres à améliorer l'état de santé général de la population.

Il permet de financer :

- La mise en œuvre opérationnelle par l'Assurance maladie des plans de santé publique copilotés avec l'Etat (actions de communication concernant le dépistage des cancers ou la vaccination, financement des examens en centres d'examens de santé, etc.) ;
- Les dépenses relatives aux programmes directement conçus et initiés par la CNAM.

La convention d'objectifs et de gestion (COG) 2023-2027 liant l'Etat et l'Assurance maladie fixe les actions financées par le fonds. La COG a doté le fonds d'un plafond de 470M€ en 2024 dont 350 M€ ont été exécutés afin de financer des actions de l'Assurance maladie. Pour 2025, ce budget est porté à 481 M€ par la COG. Les principales actions financées en 2024 sont les suivantes :

- dépistage et lutte contre les IST, le VIH et les hépatites virales : 1,9 M€
- dépistage et lutte contre les maladies infectieuses, hors IST : 3,1 M€
- dépistage des cancers : 26,3 M€
- centres d'examens de santé : 146,5 M€

Afin de lutter efficacement contre l'antibiorésistance, le FNPEIS finance des **tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) de l'angine** à destination des professionnels de santé de ville (médecins généralistes, pédiatres et oto-rhino-laryngologistes).

Depuis 2024, le FNPEIS est responsable des invitations à participer aux dépistages organisés des cancers (sein, colorectal et col de l'utérus), ainsi que des actions d'aller-vers afin d'améliorer le taux de recours à ces dépistages. Les centres régionaux de coordination des dépistages organisés des cancers (CRCDC), échelons indispensables dans la mise en œuvre des programmes nationaux de dépistages organisés des cancers, sont toujours chargés des missions de suivi des résultats pour l'ensemble des programmes.

En 2024, 28 millions d'invitations aux dépistages organisés des cancers ont été envoyées par l'Assurance maladie, avec pour objectif de détecter au plus tôt et d'ainsi soigner les cancers à un stade précoce.

En matière de dépistage, le FNPEIS permet également le financement de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) du VHC et VIH. Ce dispositif représente une offre complémentaire de dépistage auprès de publics spécifiques, notamment éloignés du soin et/ou en situation de précarité. C'est un outil particulièrement utilisé par les associations communautaires puisqu'il permet de réaliser un dépistage par un personnel non médical au plus près des personnes, notamment lors d'actions hors les murs.

Afin d'aider les médecins, l'Assurance maladie propose aux médecins généralistes volontaires de **commander un appareil d'automesure tensionnelle (AMT)** sur Ameli-pro, qui peut être prêté au patient en vue d'enregistrer lui-même sa pression artérielle. Ce dispositif permet :

- D'optimiser le diagnostic de l'hypertension artérielle (HTA) en éliminant l'effet "blouse blanche" à l'origine de sur-diagnostic et de sur-traitement ;
- De détecter l'hypertension masquée ;
- De mieux prédire le risque cardiovasculaire.

En cohérence avec la feuille de route du gouvernement 2024-2030 sur la santé de l'enfant, les **dépistages en milieu scolaire** constituent un programme de l'Assurance maladie financé par le FNPEIS et coconstruit avec les syndicats d'orthoptistes, d'orthophonistes et de masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Le dépistage des **troubles de la vision et du langage** est déjà largement déployé, avec une perspective de généralisation à la rentrée scolaire de 2026 et un objectif de 100 % d'enfants dépistés en maternelle d'ici 2027. Le dépistage des **troubles du rachis** s'adresse aux enfants de CM1 et est encore en cours d'expérimentation.

En 2024, le fonds a ainsi permis une prise en charge à 100% de ces examens pour les assurés concernés, et financement également de nombreuses actions de communication autour du dispositif, auprès de la population générale mais avant tout auprès des premiers concernés via l'envoi de courriers, mails et SMS. Ainsi, 1,5 millions d'assurés de 3 à 24 ans ont pu bénéficier du programme M'T Dents.

Dans le cadre du virage préventif dans le domaine des soins bucco-dentaires et au regard des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), cet examen est, depuis début 2025, annuel et est financé par l'Assurance maladie sur le risque, ainsi que par les organismes de santé complémentaires.

Le FNPEIS permet d'appuyer ces actions de prévention bucco-dentaire *via l'organisation d'actions de sensibilisation et de dépistage en milieu scolaire* à destination des élèves scolarisés en CP et en grande section de maternelle situés en zones et réseaux d'éducation prioritaire. Sur l'année scolaire 2023/2024, ces actions de sensibilisation et de dépistage bucco-dentaire ont concerné plus de 120 000 élèves de CP et de grande section de maternelle.

Le FNPEIS prend aussi en charge **l'examen de prévention en santé**, réalisé en centre d'examen de santé, pour les personnes de plus de 16 ans. Destiné en priorité aux personnes éloignées du système de soins et en situation de précarité, cet examen s'adapte aux besoins de l'assuré en matière de suivi médical et constitue un moment privilégié pour faire le point sur sa santé.

Enfin, prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, « **Mon Bilan Prévention** » est un dispositif ambitieux en matière de prévention, permettant à la fois d'agir sur ses habitudes et son mode de vie. Ces bilans, prévus à 4 âges clés de la vie (18-25 ans, 45-50 ans, 60-65 ans et 70-75 ans) visent également à améliorer l'accessibilité et l'effectivité des actions de dépistage, et donc à lutter contre l'apparition de maladies. Afin de permettre le déploiement effectif du dispositif et d'inciter assurés et professionnels à s'inscrire dans le virage préventif, le FNPEIS prévoit de participer au financement d'une large campagne de communication autour de « Mon Bilan Prévention ». 60 882 bilans de prévention ont été réalisés en 2024.

Ainsi, le FNPEIS finance le **service d'accompagnement des malades chroniques SOPHIA**, à destination des **patients diabétiques et asthmatiques**. Il vise à accompagner les personnes afin de les aider à mieux connaître leur maladie et à adapter leurs habitudes de vie pour améliorer leur qualité de vie et réduire les risques de complications. Ce service compte déjà plus d'un million d'adhérents.

Le **dispositif PRADO** est également un service d'accompagnement personnalisé piloté par l'Assurance maladie et financé sur le FNPEIS. Il a pour objectif de **faciliter le retour à domicile du patient après une hospitalisation** et de fluidifier le parcours ville-hôpital, via l'intervention d'un conseiller de l'Assurance maladie auprès du patient hospitalisé. Plusieurs profils de patients peuvent en bénéficier : maternité, chirurgie, insuffisance cardiaque, AVC, BPCO, personnes âgées de 75 ans et plus.

Dans le contexte de crise sanitaire, des **formations de secourisme en santé mentale** ont été mises en œuvre à partir de 2021, afin de former des citoyens secouristes volontaires à mieux repérer les troubles en santé mentale, à adopter un comportement adapté et à orienter la personne vers une prise en charge par un professionnel si nécessaire. Au 1^{er} décembre 2024, 165 000 personnes ont été formées.

Généralisé en 2022 après une phase expérimentale, « **Mission Retrouve Ton Cap** » (MRTC) vise à **prévenir l'obésité chez les enfants de 3 à 12 ans**. Sur prescription médicale, MRTC permet aux enfants à risque d'obésité, en surpoids ou en obésité non complexe, de bénéficier d'un bilan diététique et psychologique, de séances de suivi nutritionnel et/ou psychologique, ainsi que d'un bilan d'activité physique, pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie sur le FNPEIS. Depuis sa généralisation, 6 254 enfants ont initié une prise en charge au sein d'une structure MRTC.

Enfin, le FNPEIS permet également de financer diverses **campagnes de communication autour de grands sujets de prévention**, comme l'insuffisance cardiaque et cardio-vasculaire, la santé sexuelle, la santé environnementale ou la consommation de médicaments.

II.3.2 Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire agricole (FNPEISA)

En parallèle des actions menées par l'Assurance maladie, la Mutualité sociale agricole (MSA) met en œuvre, gère et assure le financement d'actions de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires propres à améliorer l'état de santé général de la population, via le FNPEISA, **doté chaque année de plus de 30 M€**.

Le **programme national de prévention de la MSA** s'articule notamment autour des priorités suivantes :

- accompagnement des assurés, par la prévention et l'éducation à la santé, au plus près de leurs besoins par la mise en place d'actions ciblées et individualisées au plus près des territoires et s'inscrivant dans le plan priorité prévention (1000 premiers jours de la vie, enfants, jeunes, 25/65 ans, Bien vieillir, sous-consommateurs de soins, publics fragiles) : examens bucco-dentaires, Instants santé jeunes, Instants santé, les petits ateliers nutritifs, Cap bien-être, Mon bilan prévention ;
- adaptation de son offre avec des nouveaux services innovants comme le Mémo Santé Enfant, une offre prévention santé pour les parents d'enfants de 0 à 16 ans ;
- déploiement des méthodologies d'intervention pour rendre les assurés acteurs de leur santé (ex. : entretien motivationnel) ;
- création et développement de parcours d'accompagnement en santé des personnes en situation de précarité, pour soutenir la personne dans la globalité de son parcours de vie (sanitaires, sociaux, médico-sociaux) ;
- renforcement du rôle du médecin traitant et des équipes de soins primaires (vaccinations, dépistages organisés des cancers...) ;
- intégration des stratégies de prévention innovantes et multi-canales dans son offre en s'appuyant fortement sur son guichet unique ;
- implication dans la mise en place d'actions d'éducation à la santé dans les structures d'exercices coordonnés (ateliers d'éducation thérapeutique, éducation à la santé familiale) ;
- prise en compte des contrats territoriaux de santé pilotés par les Agences Régionales de Santé (ARS) dans les projets d'actions d'initiative locale.

Programmes de vaccination : 1,5 M€ en 2024

La MSA déploie les campagnes de **vaccination antigrippale et ROR**. Elle assure pour cela l'envoi des courriers d'invitation à tous ses adhérents ciblés et incluant depuis 2022 les professionnels des filières aviaires et porcines au vu des risques renforcés d'influenza aviaire et porcine. En complément, la MSA mène auprès des femmes primo-vaccinantes de 65 ans une campagne d'aller-vers annuel visant à renforcer la participation à la vaccination.

Programmes de dépistage et détection précoce des maladies : 3,1 M€ en 2024

La MSA pilote la gestion des invitations de ses assurés aux **dépistages organisés du cancer colo-rectal, du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus**. En complément, elle déploie une stratégie proactive d'« aller-vers » et de « ramener-vers », ciblant en priorité les publics les plus fragiles, éloignés du système de soins, ainsi que les territoires identifiés comme prioritaires.

Consultations de prévention : 10,7 M€ en 2024

La MSA déploie le **programme Instants santé** visant les sous-consommateurs de soins et assure la mise en œuvre du dispositif « Mon Bilan Prévention ».

Depuis janvier 2025 Instants aidant de la MSA, destiné à accompagner les aidants et réduire l'impact de leur rôle sur leur santé, propose à l'aidant un entretien motivationnel (avec un infirmier) dédié à sa santé, des orientations vers des actions de suite adaptées et la réalisation d'une consultation médicale de prévention santé.

La MSA dispose également d'un plan de prévention bucco-dentaire. Le programme M'T Dents tous les ans (lancé le 1er avril 2025) est complété d'un plan institutionnel composé de :

- une invitation à une consultation de prévention bucco-dentaire pour les personnes de 60 ans ;
- une invitation à une consultation de prévention bucco-dentaire pour la femme, pour la période post-natale.

En complément, afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, la MSA déploie le programme « Tout sourire ! » qui s'adresse aux adultes en situation de handicap accueillis dans des établissements collectifs.

La MSA mène un **parcours de prévention santé/social nommé Déclic pour les personnes en situation de précarité**, afin de répondre à l'objectif national de réduction des inégalités sociales de santé. Ce parcours basé sur l'approche motivationnelle vise à autonomiser l'assuré en lui redonnant le pouvoir d'agir et en influant sur ses déterminants environnementaux en cas de problématique sociale. Ce programme est opéré par le réseau des travailleurs sociaux MSA.

Autres actions de prévention :

La MSA déploie des actions de prévention dans de nombreux champs : alimentation, activité physique, réduction des conduites addictives, prévention de la perte d'autonomie. A titre d'exemple :

- Les **P'tits Ateliers Nutritifs** visent à encourager les parents de jeunes enfants (de 0 à 2 ans) à réaliser les bons choix pour l'alimentation de leurs enfants. Ces conférences en ligne sont animées par des diététiciens libéraux ;
- L'action **Nutri Declic** permet la réalisation de consultations de diététiciens libéraux ;
- Les **entretiens motivationnels à l'arrêt du tabac et la réduction de consommation d'alcool** menés dans le cadre des Instants santé sont réalisés par des IDE libéraux ;
- L'action **Déclic Stop Tabac**, réalisée par des opérateurs associatifs, se base sur l'intervention en milieu scolaire pour lutter contre les comportements addictifs chez les adolescents ;
- Les **actions collectives seniors de prévention de la perte d'autonomie** traitent différentes thématiques (nutrition, mémoire, équilibre, mal être, conduites addictives). Elles permettent aux personnes âgées d'adopter des comportements favorables à la santé devant un changement de leurs capacités et de leur cadre de vie ;
- Le **programme national d'éducation thérapeutique**, pour les personnes atteintes de pathologies cardiovasculaires et/ou de diabète et/ou de BPCO, est déployé en partenariat avec des structures d'exercice coordonné sur les territoires ;
- Le dispositif **Coup de Pouce prévention** soutient également des projets situés sur les territoires d'intervention prioritaire ou sur la thématique des addictions.

II.3.3 Le fonds de lutte contre les addictions (FLCA)

L'article 57 de la LFSS pour 2019 a créé le FLCA en remplacement du « fonds de lutte contre le tabac », créé en décembre 2016. La gouvernance est confiée à un comité restreint composé de la DSS, de la DGS, de la DGOS, de la MILDECA et de l'UNCAM. La CNAM en assure la gestion. Le fonds finance des **actions de prévention portant sur l'ensemble des produits psychoactifs licites** (tabac, alcool), illicites (cannabis, cocaïne etc.) **et son périmètre a été élargi par la LFSS pour 2022 aux addictions dites sans substances** (jeux d'argent et de hasard, jeux vidéo, et usages problématiques des écrans)

Le comité restreint du FLCA a défini un cadre stratégique qui est constitué du programme national de lutte contre le tabac 2023-2027, de la stratégie interministérielle de mobilisation contre les addictions 2023-2027 et des orientations prioritaires proposées chaque année par le Conseil d'Orientations Stratégiques du FLCA. Il contribue au financement d'actions au niveau local, national et international. En 2024, les quatre axes prioritaires étaient les suivants :

- Protéger les jeunes et prévenir l'entrée dans le tabagisme et autres addictions avec ou sans substance ;
- Aider les fumeurs à s'arrêter et réduire les risques liés aux addictions avec ou sans substance ;

- Amplifier certaines actions auprès des publics prioritaires dans une volonté de réduire les inégalités sociales de santé ;
- Soutenir la recherche appliquée et l'évaluation des actions de prévention et de prise en charge.

La convention d'objectifs et de gestion (COG) 2023-2027 liant l'Etat à l'Assurance Maladie dote le fonds d'un budget de **130 M€ par an**.

Les projets peuvent être portés et mis en œuvre par des opérateurs nationaux (Santé publique France, OFDT, INCa, CCMSA, IReSP, CNAM etc.), par les agences régionales de santé et par des acteurs de la société civile.

En 2024, le FLCA a notamment permis de financer les actions suivantes :

- La poursuite et le renforcement des actions de marketing social étendues à l'ensemble des conduites addictives par Santé publique France ;
- La poursuite du déploiement des « lieux de santé sans tabac » ;
- Dans le cadre d'un appel à manifestation d'intérêt, des projets issus de la société civile visant à prévenir les addictions ;
- La mise en œuvre d'actions dédiées à la prévention contre l'alcool menées par des associations comme Addictions France ou la CAMERUP ;
- Le développement et la structuration de la recherche sur les addictions, notamment via le soutien d'appels à projets de recherche de l'INCa et l'IReSP ;
- La reconduction du dispositif de réduction des risques et de dommages en contexte festif à destination des jeunes, afin de renforcer les comportements protecteurs entre jeunes.

Enfin, afin d'appuyer les stratégies régionales de lutte contre les addictions en lien avec les feuilles de route régionales de lutte contre les addictions et les programmes régionaux de lutte contre le tabac, **le FLCA contribue chaque année au financement du FIR**, à hauteur pour 2023 de 34 M€ (cf. focus dédié).

II.3.4 Le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS)

Créé par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, le Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) soutien le développement de modèles organisationnels innovants reposant sur des modalités de financement dérogatoires. Ces modèles s'appuient sur des mécanismes de financement innovants, visant à décloisonner le système de santé français et à promouvoir la coopération entre les différents acteurs.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a élargi le périmètre du FISS en y intégrant un objectif complémentaire relatif à l'amélioration de la prévention.

Le financement du FISS repose sur une dotation de la branche maladie du régime général, dont le montant est déterminé par arrêté ministériel. Pour l'exercice 2025, cette dotation est reconduite à hauteur de 125 M€, montant identique à celui fixé en 2024.

Fin 2024, 158 expérimentations étaient autorisées, pour des dépenses FISS sur l'année à hauteur de 124,1 M€.

Le dispositif, aussi appelé « Article 51 », contribue ainsi au financement d'expérimentations devant concourir à améliorer :

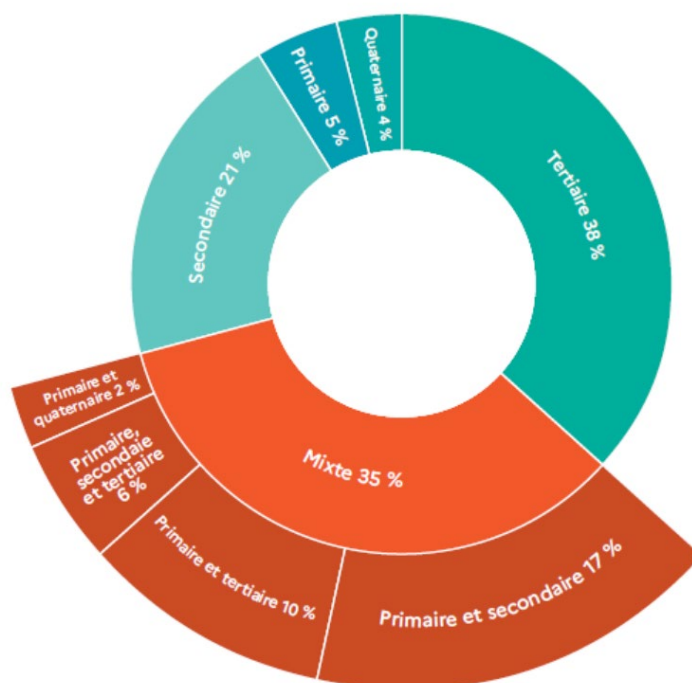
- La pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;
- Les parcours des usagers, via notamment une meilleure coordination des acteurs ;
- L'efficacité du système de santé ;
- L'accès aux prises en charge (de prévention, sanitaire et médico-sociale).

En 2024, plus de 60% des expérimentations lancées intègrent ainsi une approche de prévention, majoritairement en matière de prévention secondaire (dépistage, traitement précoce ou réadaptation) ou tertiaire (prévention des complications associées aux maladies chroniques, soutien aux aidants). La prévention primaire (ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé) est intégrée dans 40% de ces expérimentations (35% dans une approche mixte et 5% seule).

A titre d'exemple, les expérimentations suivantes comportent une importante dimension préventive :

- Equip'Addict – Microstructures addiction (2021-2023) : prise en charge de proximité par une équipe de soins primaires pluriprofessionnelle de patients présentant une situation médico-psycho-sociale complexe avec une ou plusieurs conduites addictives ;
- EMNO – Espace médical nutrition obésité (2019-2024) : prise en charge et qualité de vie des personnes atteintes d'obésité par la mise en œuvre d'un parcours médicoéducatif pluridisciplinaire et personnalisé nutrition/santé ;
- ARGOS 2 (2021-2024) : Accueil individualisé des usagers de drogue SDF dans un lieu de vie et de soins avec accès à la salle de consommation à moindre risque et amélioration du parcours de soins ;
- As du cœur (2020–2024) : complète le parcours de soin du malade cardiovasculaire à la suite de la phase de réadaptation en lui proposant un programme passerelle d'activité physique adaptée à proximité de son domicile.

Part de chaque type de prévention dans les expérimentations intégrant une démarche de prévention



Source : rapport au parlement 2024 sur les expérimentations innovantes en santé

L'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 crée les parcours coordonnés renforcés (PCR) et inscrit dans le droit commun des parcours issus des expérimentations de l'article 51.

L'expérimentation EMNO qui propose une prise en charge des patients en situation d'obésité de 2^{ème} niveau, qui sera prochainement généralisée, propose un parcours clinique de prise en charge pluriprofessionnelles des comorbidités axé sur la prévention comprenant des séances d'éducation thérapeutique du patient, un accompagnement à l'activité physique adaptée et de diététique.

II.4 Le fonds d'intervention régional : levier pour le financement de la politique locale de santé

II.4.1 Objectifs et missions du fonds

Les agences régionales de santé (ARS) soutiennent la promotion de la santé et les actions de prévention principalement grâce au Fonds d'Intervention Régional (FIR), dont la gestion leur est confiée. Institué par l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, le FIR vise à

- Donner une souplesse de gestion aux ARS dans l'allocation de leurs crédits, la mise en œuvre de leur stratégie régionale de santé, et l'adaptation aux besoins de leur territoire ;
- Soutenir l'émergence de projets innovants et expérimentaux ;
- Passer à une logique de résultats, via la démarche d'évaluation qu'il induit.

Le FIR s'articule autour de cinq missions prévues à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique (CSP) :

- Promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;
- Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire ;
- Permanence des soins et répartition des professionnels de santé et des structures de santé sur le territoire ;
- Efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- Développement de la démocratie sanitaire.

Les notifications FIR distinguent par ailleurs, au sein du montant global délégué aux ARS, **une enveloppe « Prévention » qui bénéficie d'une fongibilité asymétrique**, en ce qu'elle peut être abondée mais pas diminuée.

Le suivi des crédits dédiés à la prévention peut donc s'analyser via deux prismes :

- Le montant de l'enveloppe « Prévention », qui constitue une base socle et minimale à flécher sur des actions - de prévention pour les ARS ;
- Le montant des crédits consommés par les ARS au titre de la mission 1 « Promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ».

S'agissant des crédits consommés au titre de la mission 1 « Promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie » :

- Les crédits délégués à l'enveloppe prévention se sont élevés à 646,5 M€, **en hausse de 13 %** par rapport à l'enveloppe 2023. Cette enveloppe est largement consommée dans la mesure où les ARS dédient plus d'un milliard d'€ pour l'ensemble de la mission 1, soit un taux de consommation de l'enveloppe prévention de près de 157 %.
- Les dépenses exécutées au titre de la mission 1 ont enregistré une baisse continue entre 2021 et 2023, avant de connaître une reprise en 2024, avec une progression de +12,3 % par rapport à l'exercice 2023.

La diminution observée entre 2021 et 2023 s'inscrit ainsi dans un contexte de normalisation progressive de la situation épidémique. Les crédits consommés au titre de la lutte contre la COVID-19, ainsi que ceux relatifs à la prévention et à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, présentent les évolutions suivantes :

- 2021 : 392,2 M€ (dont 140 M€ spécifiquement COVID-19) ;
- 2022 : 182 M€ (dont 162 M€ spécifiquement COVID-19) ;
- 2023 : 24 M€ (dont 15 M€ spécifiquement COVID-19) ;
- 2024 : 24 M€ (dont 1 M€ spécifiquement COVID-19).

Les dispositifs et actions financés au titre de la mission 1 et ne relevant pas de cette gestion de crise, sont donc en hausse sur la période, comme suit :

- 2021 : 690,6 M€ ;
- 2022 : 788,9 M€ ;
- 2023 : 878,0 M€ ;
- 2024 : 988,9 M€ ;

Crédits consommés au titre de la Mission 1 du FIR sur la période 2022-2024

Mission 1 : Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie / Par ARS	2022	2023	2024
Auvergne-Rhône-Alpes	103 780 837 €	93 778 443 €	107 598 348 €
Bourgogne Franche Comté	39 841 139 €	32 272 007 €	40 026 418 €
Bretagne	41 331 868 €	39 398 023 €	48 909 203 €
Centre Val de Loire	27 496 546 €	26 150 265 €	30 850 842 €
Corse	5 850 474 €	6 505 047 €	7 035 132 €
Grand Est	70 264 280 €	74 488 885 €	80 824 314 €
Guadeloupe	15 200 949 €	11 529 343 €	12 942 105 €
Guyane	23 095 850 €	27 223 103 €	28 273 034 €
Hauts-de-France	70 338 267 €	68 969 484 €	81 650 331 €
Ile-de-France	205 819 981 €	164 384 443 €	166 123 968 €
La Réunion	19 783 482 €	19 078 544 €	23 082 207 €
Martinique	9 087 365 €	10 374 374 €	15 534 151 €
Mayotte	15 117 989 €	17 675 856 €	20 028 228 €
Normandie	36 552 007 €	37 764 592 €	42 285 772 €
Nouvelle-Aquitaine	83 275 759 €	85 669 700 €	88 928 301 €
Occitanie	89 411 387 €	76 451 204 €	86 300 327 €
Pays de la Loire	45 122 745 €	48 618 238 €	50 083 820 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	69 482 111 €	61 699 119 €	82 411 178 €
TOTAL NATIONAL	970 853 037 €	902 030 670 €	1 012 887 679 €

Source : états financiers des ARS

II.4.2 Les dispositifs de prévention financés par le FIR en 2024.

Le FIR est doté d'une enveloppe budgétaire annuelle fixée par le ministère en charge des Solidarités et de la Santé, qui la délègue aux ARS. Dans le cadre de la délégation annuelle des crédits FIR, **le ministère définit des mesures nouvelles, afin de disposer de crédits annuels complémentaires**. La déclinaison effective du FIR relevant de l'arbitrage des ARS, ces dernières définissent ensuite chaque année les priorités régionales qu'elles souhaitent financer, en application des orientations nationales et en cohérence avec leur projet régional de santé.

En 2024, les mesures nouvelles définies dans le champ de la prévention représentent **environ 33 M€**, comprenant notamment :

- Une amélioration de la santé des femmes en Outre-Mer : En complément des actions portées par l'axe Santé du Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027, il s'agit de tenir compte d'une problématique spécifique dans chaque Outre-mer et d'accompagner le déploiement d'une action de prévention correspondante portée dans les territoires par les ARS dans le champ de la santé des femmes.

- Un renforcement de la promotion et de l'offre en santé sexuelle à Mayotte : La création d'un lieu de ressources et de diffusion des outils doit permettre le renforcement de la littératie en santé sexuelle et celui des formations et consultations dédiées.
- Le déploiement d'actions d'aller-vers dans Mon Bilan Prévention : Les ARS peuvent ainsi financer des actions de prévention sur le terrain visant à réaliser des bilans personnalisés auprès des publics les plus vulnérables et les plus éloignés de la santé, indispensable à la réussite de cette politique prioritaire.
- Le déploiement d'actions en santé mentale : Les actions financées comprennent notamment la formation de secouriste en santé mentale, la formation en prévention du suicide et les actions en prévention de la contagion suicidaire.
- Le déploiement des maisons sport-santé : Ces maisons sport-santé sont la mesure « phare » de la Stratégie nationale sport santé 2019-2024 qui vise à ce que le plus grand nombre de personnes intègre la pratique d'une activité physique et sportive à son quotidien, de manière régulière, durable et adaptée pour améliorer l'état de santé de la population.
- La poursuite du déploiement des équipes multidisciplinaires en antibiothérapie (EMA) : Dans l'objectif de mieux maîtriser l'antibiorésistance, des EMA ont été montées à partir de 2022 afin d'intervenir sur le terrain pour promouvoir le bon usage des antibiotiques et prévenir les infections communautaires. La mesure vise à accompagner leur montée en charge ;

La poursuite des dosages de chlordéconémie dans les Antilles : Indicateur d'exposition permettant de déployer des actions de prévention visant à identifier les sources d'exposition, pour mieux les réduire, ces dosages de chlordéconémie sont un outil précieux, compte tenu des conséquences sanitaires connues de la chlordécone, en particulier, pour les publics vulnérables que sont les femmes et les enfants

**PARTIE III:
ONDAM ET
PATHOLOGIES**

III.1 Les déterminants de la croissance des dépenses de 2015 à 2023 : une analyse médicalisée

Dans un contexte de contraintes financières croissantes, l'identification des pathologies les plus fréquemment traitées et les plus coûteuses est essentielle. Elle permet de mieux comprendre les mécanismes déterminant le niveau des dépenses de santé et leurs évolutions et de prioriser les actions visant à améliorer la résilience de notre système de santé, telles que les actions de prévention ou de réorganisation des soins.

Grâce aux nombreuses informations individuelles renseignées dans le système national des données de santé (SNDS), la cartographie des pathologies et des dépenses décrit les enjeux économiques en lien avec 58 pathologies regroupées en 19 catégories, traitements chroniques et épisodes de soins (tels que la maternité) et son évolution au cours du temps (Encadré 1)¹ : quelles sont les pathologies les plus fréquemment prises en charge par le système de santé ? Quelles ressources financières sont mobilisées pour assurer ces soins ? Comment les dépenses progressent-elles ? Ces évolutions sont-elles liées au nombre de patients soignés ou à des changements dans les traitements et les processus de soins ? Quel est l'effet des innovations médicamenteuses sur le nombre de patients traités et les dépenses ? Quels sont les impacts des actions de régulation mises en œuvre ?

L'article répond à ces questions pour une période d'observation couvrant la période 2015-2023. Dans une première partie sont décrits les effectifs et les dépenses associées pour la prise en charge des différentes pathologies en 2023, suivis d'une seconde partie sur leurs évolutions entre 2015 et 2023. Enfin, une troisième partie présente en détail les résultats relatifs aux cancers, aux maladies neuro-cardiovasculaires (MCV) et aux maladies et traitements psychiatriques, représentant 84 milliards de d'euros, soit 41,5 % de l'ensemble des dépenses.

Pour aller plus loin

Les éléments de cette partie sont issus de la publication suivante : Les déterminants de la croissance des dépenses de santé de 2015 à 2023 : une analyse médicalisée. Points de repère n° 56. Juillet 2025.

Pauline Barthélémy, Victor Bret, Panayotis Constantinou, Gonzague Debeugny, Pierre Denis, Dimitri Lastier, Thomas Lesuffleur, Corinne Mette, Muriel Nicolas, Laurence Pestel, Antoine Rachas, Martine Thomas (Cnam).

Lien vers la publication : [2025-07_determinants-croissance-depenses-sante-pathologies_points-de-repere-56_assurance-maladie.pdf](#)

¹ Depuis 2022, les données de la cartographie sont accessibles au grand public à travers la plateforme Data pathologies : <https://data.ameli.fr/pages/data-pathologies/>

Encadré 1: Éléments clés de la méthode, dernières évolutions de la cartographie et précautions d'interprétation

Éléments clés de la méthode

Tous les régimes d'assurance maladie sont inclus (67,4 millions de personnes en 2023).

Seules les personnes ayant au moins une consommation de soins dans l'année sont incluses. Cela peut avoir des conséquences sur l'estimation de la prévalence des pathologies si un patient souffrant d'une pathologie ne consomme pas de soins dans l'année.

La période d'analyse couvre les années 2015 à 2023. L'exploitation des années antérieures n'est pas possible en raison de l'absence d'informations sur les affections de longue durée (ALD) avant 2014 pour certains régimes.

58 pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins, regroupés en 18 catégories, sont repérés. Une 19e catégorie concerne les personnes n'ayant aucune des pathologies et aucun des traitements chroniques ou épisodes de soins décrits dans les 18 catégories précédentes.

Les dépenses considérées sont les dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire (AMO) individualisables, c'est-à-dire rattachables aux soins d'un individu.

La totalité de ces dépenses est répartie entre les pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins définis, sans double compte.

Chaque poste de dépenses est réparti entre ces pathologies, soit directement pour chaque individu si un diagnostic est renseigné pour ce poste (séjours hospitaliers, indemnités journalières pour maternité), soit par pondération entre les pathologies de chaque combinaison de pathologies possible dans le cas contraire (soins de ville notamment).

La méthodologie de la cartographie évolue constamment. Les principales évolutions de cette version sont :

Ajout des actes CCAM aux algorithmes repérant la maladie coronaire chronique, les séquelles d'accident vasculaire cérébral, les artériopathies périphériques, les troubles du rythme ou de la conduction cardiaque, les maladies valvulaires, l'embolie pulmonaire.

Modifications sur les algorithmes des cancers :

- Ajout des conditions sur le sexe pour les cancers suivants : col de l'utérus, corps de l'utérus, ovaires, organes génitaux féminins sans précision, organes génitaux masculins sans précision. Dans le détail des « autres cancers », les éventuels cas de cancers d'organes féminins chez des hommes ou l'inverse sont classés parmi les cancers « non classés ailleurs ».
- Ajout à l'algorithme « autres cancers » des codes en B21 (Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de tumeurs malignes), D48.30 (Tératome sacro-coccygien [dysembryome]), D45 (Polyglobulie essentielle), D46 (Syndromes myélodysplasiques), D47.1 (Maladie myéloproliférative (chronique)), D47.2 (Gammapathie monoclonale de signification indéterminée [GMSI]), D47.3 (Thrombocythémie essentielle (hémorragique)), D47.4 (Ostéomyéofibrose), D47.5 (Leucémie chronique à éosinophiles [syndrome hyperéosinophilique]).
- Désormais, tout traitement anticancéreux fait basculer un cancer en phase active de traitement, indépendamment de l'indication.
- Les cancers « sans précision » sont désormais reclassés dans les localisations précisées lorsqu'un cancer de localisation précisée est repéré par ailleurs. Si ce cancer était en surveillance et que le cancer sans précision était actif, le cancer est considéré actif.

Ajout du ténofovir seul aux traitements spécifiques de l'hépatite B (maladies du foie) en s'assurant qu'il n'y a pas de traitement spécifique du VIH par ailleurs.

Ajout de la rente d'incapacité permanente aux prestations en espèces.

Précautions dans l'interprétation des résultats

L'interprétation des résultats de la cartographie nécessite certaines précautions. Premièrement, les différentes versions de la cartographie ne sont pas comparables, en raison notamment des améliorations apportées au système d'information, aux algorithmes de repérage des pathologies et à la méthode d'affectation des dépenses aux pathologies, et en raison des dépenses qui deviennent individualisables et qu'on peut alors associer à la prise en charge d'un patient ou l'inverse.

Deuxièmement, le champ des dépenses de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et celui de la cartographie des pathologies et des dépenses ne sont pas strictement superposables (Encadré 3).

Troisièmement, de 2020 à 2022, et particulièrement en 2021 pour laquelle l'effet Covid a été important, les coûts supplémentaires imputables à la pandémie, en particulier les tests antigéniques réalisés en pharmacie, la vaccination réalisée en dehors des centres de vaccination et les actes réalisés en laboratoire, tels que les PCR (polymerase chain reaction, réaction de polymérisation en chaîne), accroissent de manière importante les dépenses associées à chacune des pathologies. Néanmoins, cette dépense additionnelle varie en fonction des pathologies. Il est probable que les recours aux autotests et à la vaccination étaient plus ou moins fréquents selon les pathologies, du fait des recommandations des autorités sanitaires et des comportements des patients et des professionnels de santé. La part des dépenses de soins de ville ainsi imputable à la prise en charge du Covid-19 a été estimée en 2021 à 9 % des dépenses de soins de ville et 3,9 % de la dépense totale (respectivement 5,7 % et 2,5 % en 2022). Aussi, il conviendra de garder à l'esprit ces estimations lors de l'interprétation des montants remboursés par pathologie pour ces deux années.

III.1.1 Les principales pathologies prises en charge en 2023 et leur coût

III.1.1.1 La dépense totale remboursée : 202,5 milliards d'euros en 2023

En 2023, 202,5 milliards d'euros ont été remboursés par l'ensemble des régimes pour la prise en charge de près de 67,4 millions de personnes (Figure 1). Les pathologies et traitements chroniques (Encadré 2) représentent 60 % de cette dépense (environ 126 milliards d'euros) et concernent 37 % de la population (soit près de 25 millions de personnes pour l'ensemble des régimes) (Figure 5). À l'opposé, 54 % de la population a reçu des soins sans avoir de pathologie repérée par les algorithmes de la cartographie. Les 9 % restant concernent la maternité, les hospitalisations pour Covid-19, les hospitalisations hors pathologies repérées et les traitements antalgiques ou anti-inflammatoires.

Quatre catégories de pathologies représentent plus de la moitié des dépenses remboursées :

- la part la plus importante concerne les hospitalisations hors pathologies repérées¹ : 44,9 milliards d'euros, soit 22 % des dépenses totales ;
- la santé mentale, si l'on regroupe les maladies psychiatriques et les traitements chroniques par psychotropes (dont les anxiolytiques et les hypnotiques), représente 27,8 milliards d'euros, soit 14 % des dépenses totales, dont les deux tiers concernent les maladies psychiatriques² ;
- la prise en charge des MCV atteint 29 milliards d'euros, soit 14 % des dépenses totales, dont 17,1 milliards d'euros sont affectés aux MCV chroniques, c'est-à-dire sans événement aigu dans l'année ;
- la prise en charge des cancers atteint 27,0 milliards d'euros, soit 13 % des dépenses totales, dont 24,7 milliards d'euros pour la prise en charge des cancers en phase active de traitement.

Encadré 2 : Description synthétique des catégories de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins de la cartographie des pathologies et des dépenses

Maladies cardio-neurovasculaires et traitements du risque cardiovasculaire (MCV). Ce groupe comprend les maladies coronaires (dont l'infarctus du myocarde), les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, l'artériopathie périphérique, les troubles du rythme ou de la conduction, les maladies valvulaires, l'embolie pulmonaire et les autres affections cardiovasculaires. On distingue les pathologies en phases aiguë et chronique (pour une pathologie donnée, seules les personnes n'ayant pas eu d'épisode aigu dans l'année sont considérées comme en phase chronique). Les traitements chroniques du risque cardiovasculaire sont définis par au moins trois délivrances d'antihypertenseur ou d'hypolipémiant, en excluant les personnes avec une maladie cardiovasculaire, un diabète et une insuffisance rénale chronique terminale (traitement dit « hors pathologies »). Il s'agit donc probablement de patients traités pour la majorité en prévention primaire d'événements cardiovasculaire.

Diabète. Quel que soit le type de diabète, 1 ou 2.

Cancers. Les plus fréquents (cancers du sein, de la prostate, colorectal et bronchopulmonaire) sont distingués, les autres cancers étant regroupés. On distingue les cancers en phase active de traitement (dits « actifs ») et les cancers en phase de surveillance (dits « sous surveillance »). Pour un cancer donné, une personne ne peut être comptabilisée dans les deux phases la même année.

Maladies psychiatriques et traitements psychotropes. Ce groupe comprend les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement). Les traitements psychotropes chroniques (au moins trois délivrances) comprennent les traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, neuroleptiques, anxiolytiques et hypnotiques. Ce sous-groupe exclut les personnes ayant un diagnostic psychiatrique repérable via une hospitalisation ou une affection de longue durée récente (traitement dit « hors pathologies »).

Attention : les traitements nicotiniques de substitution sont pris en compte pour le repérage des troubles addictifs s'ils sont délivrés au moins trois fois dans l'année, afin de cibler les personnes engagées dans une démarche de sevrage tabagique. La facilitation du recours à ces traitements à partir de 2018 peut expliquer au moins partiellement une hausse de prévalence des troubles addictifs sur cette période.

¹ Voir la définition dans l'Encadré 2 : Description synthétique des catégories de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins de la cartographie des pathologies et des dépenses.

² C'est-à-dire identifiées par un diagnostic dans les données. Les personnes ayant un traitement chronique par psychotrope ont très probablement une maladie psychiatrique mais non identifiable. Voir Encadré 2 : « Description synthétique des catégories de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins de la cartographie des pathologies et des dépenses ».

Maladies neurologiques. Ce groupe comprend les démences (notamment la maladie d'Alzheimer), la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, les lésions médullaires, la myopathie et la myasthénie, l'épilepsie et les autres affections neurologiques.

Maladies respiratoires chroniques. Ce groupe comprend notamment, sans toutefois les distinguer, l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive. La mucoviscidose n'est pas incluse dans ce groupe mais dans le groupe ci-dessous.

Maladies inflammatoires ou rares ou infection VIH. Les maladies inflammatoires comprennent les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, la polyarthrite rhumatoïde (et maladies apparentées), la spondylarthrite ankylosante (et maladies apparentées) et les autres maladies inflammatoires chroniques. Les maladies rares comprennent les maladies métaboliques héréditaires (MMH) et l'amylose, la mucoviscidose, l'hémophilie et les troubles de l'hémostase graves. L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) fait l'objet d'un groupe séparé au sein de cette grande catégorie.

Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Elle comprend la dialyse chronique, la transplantation rénale et le suivi de transplantation rénale.

Maladies du foie ou du pancréas. Ce groupe comprend l'ensemble des atteintes du foie et du pancréas, à l'exception de la mucoviscidose et du diabète, qui sont repérés par ailleurs.

Affections de longue durée (ALD) (dont 31 et 32) pour d'autres causes. Personnes avec une ALD autre que les pathologies mentionnées ci-dessus. Les ALD hors liste (no 31) et pour multimorbidité (no 32) sont prises en compte.

Maternité. Femmes de 15 à 49 ans, prises en charge pour le risque maternité à partir du 1er jour du 6e mois de grossesse jusqu'au 12e jour après l'accouchement.

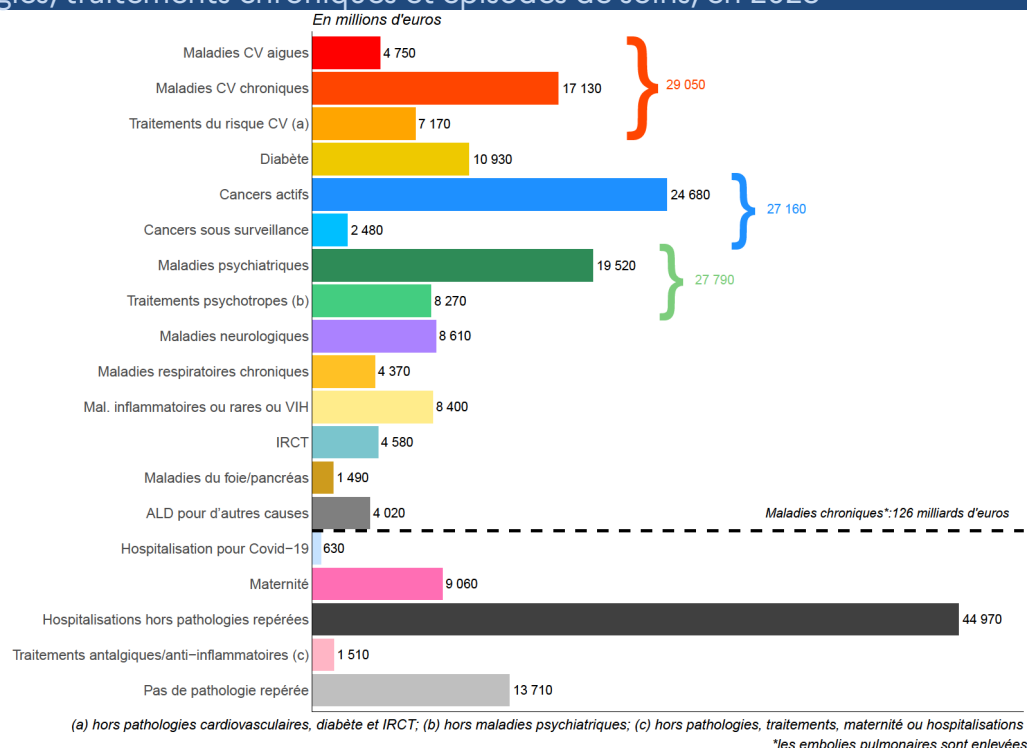
Hospitalisations hors pathologies repérées. Ce groupe comprend les personnes ayant eu au moins un séjour dans un établissement de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), de soins médicaux et de réadaptation (SMR) ou en hospitalisation à domicile pour des motifs qui ne correspondent pas aux autres pathologies repérées. Ils peuvent découler de causes infectieuses (pneumonie par exemple), traumatiques, chirurgicales programmées (prothèse de hanche, ...) ou non (appendicectomie, ...), exploratoires (coloscopie, ...), ou des symptômes ou pathologies mal définis.

Hospitalisation pour Covid-19. Ce groupe comprend les personnes avec au moins un séjour en hospitalisation complète pour Covid-19 au cours de l'année, dans un établissement de MCO ou de SMR. Les critères de repérage de ces personnes ont été définis en conformité avec les consignes de codage et les travaux publiés par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih).

Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires. Ce groupe comprend les personnes ayant eu au moins six délivrances dans l'année. Ces traitements peuvent être indiqués pour des pathologies rhumatologiques chroniques (lombalgie, arthrose, etc.), mais aussi pour toute pathologie chronique douloureuse. Cependant, seules les personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins décrits ci-dessus sont considérées dans ce groupe.

Pas de pathologie repérée. Ce groupe comprend les personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins décrits ci-dessus, donc a priori n'ayant que des soins courants, ou des pathologies non repérées par ces algorithmes (maladies infectieuses, traumatismes légers, symptômes divers...). Les algorithmes de repérage des pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins sont détaillés dans le document méthodologique disponible en ligne : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/content/methode-detaillee-du-reperage-despathologies-episodes-de-soins-ou-traitements>

Figure 1 : Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins, en 2023



ALD : affection de longue durée

(a) Hors pathologies cardiovasculaires (CV), diabète et insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

(b) Hors maladies psychiatriques

(c) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

* Les embolies pulmonaires sont enlevées.

Note de lecture : répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées en 2022 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisode de soins : 190,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes. Pour aboutir au total de 190,3 milliards d'euros, il faut rajouter aux dépenses par pathologie les 7,2 milliards d'euros de soins courants, qui ne sont pas affectées à des pathologies spécifiques.

Champ : tous régimes - France entière Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

III.1.1.2 Les deux composantes de la dépense totale : la dépense moyenne individuelle et l'effectif de personnes

La dépense remboursée totale est le produit du nombre de personnes traitées et de la dépense moyenne individuelle par patient. L'effectif de patients le plus élevé parmi les 58 pathologies concerne les personnes sans pathologie repérée par les algorithmes, avec 36,2 millions de personnes, quand l'effectif le plus faible concerne l'IRCT avec seulement 101 500 patients concernés (Figure 3). La dépense moyenne individuelle la plus faible concerne les personnes sans pathologie repérée par les algorithmes avec seulement 380 euros par patient, quand la plus forte concerne l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) avec 45 150 euros par patient (Figure 2).

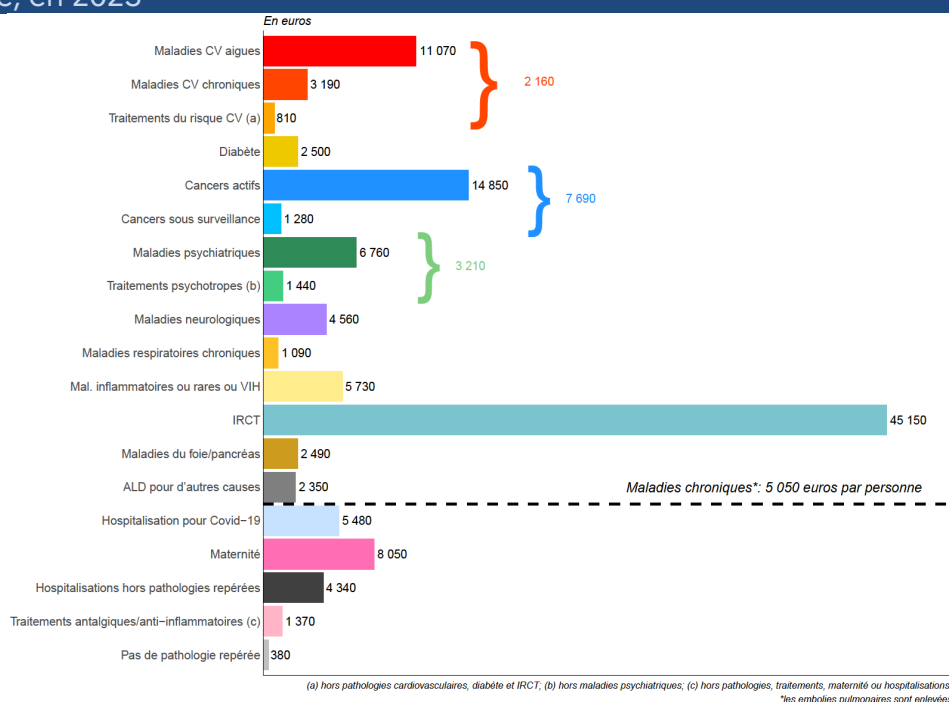
Plusieurs groupes de pathologies se distinguent si l'on croise ces deux composantes (Figure 4)¹. Les MCV aiguës, les cancers actifs et les maladies psychiatriques présentent une dépense moyenne individuelle parmi les plus élevées et un nombre de patients faible, alors que les MCV chroniques et les traitements psychotropes ont une dépense moyenne individuelle faible et un nombre de patients relativement élevé. Les hospitalisations hors pathologies repérées se démarquent avec un effectif très élevé (10,4 millions de patients) et une dépense individuelle moyenne élevée (4 340 euros), conférant de ce fait un poids économique important à cette catégorie. Enfin, un dernier groupe de pathologies se distingue avec à la fois une dépense moyenne individuelle et un nombre de patients concernés faibles. Il comprend les maladies du foie et du pancréas, les affections de longue durée (ALD) pour d'autres pathologies que celles repérées par la cartographie et les cancers sous surveillance.

¹ En raison d'une dépense individuelle moyenne très élevée dans le cas de l'insuffisance rénale chronique terminale (45 150 euros), cette pathologie n'a pas été représentée dans la Figure 4.

III.1.1.3 Les grands postes de dépenses (hospitalisations, soins de ville, prestations en espèces)

La structure des dépenses est très différente selon les pathologies considérées (Figure 5). Ainsi, les dépenses hospitalières sont prépondérantes pour les MCV aiguës (81 %), l'IRCT (69 %), les maladies psychiatriques (65 %) et les cancers actifs (63 %) et expliquent les niveaux élevés de la dépense moyenne individuelle pour ces pathologies. Ces dépenses sont aussi logiquement importantes pour les hospitalisations pour Covid-19 (84 % de la dépense individuelle moyenne¹). Les soins de ville concernent la majorité des dépenses affectées au diabète (81 % de la dépense moyenne par individu), au traitement du risque vasculaire en prévention primaire (71 %), aux « maladies inflammatoires ou rares ou infection par le VIH » (75 %), aux cancers sous surveillance (64 %), aux personnes sans pathologie repérée (59 %), aux maladies respiratoires chroniques (59 %) et aux maladies neurologiques (61 %). Enfin, les prestations en espèces² ont un poids important dans les dépenses en lien avec la maternité (43 %) ou pour les traitements chroniques par psychotropes (48 %) ou par antalgiques ou anti-inflammatoires (45 %).

Figure 2 : Répartition de la dépense moyenne individuelle remboursée par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins : 3 010 euros en moyenne par bénéficiaire, en 2023



ALD : affection de longue durée

(a) Hors pathologies cardiovasculaires (CV), diabète et insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

(b) Hors maladies psychiatriques

(c) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

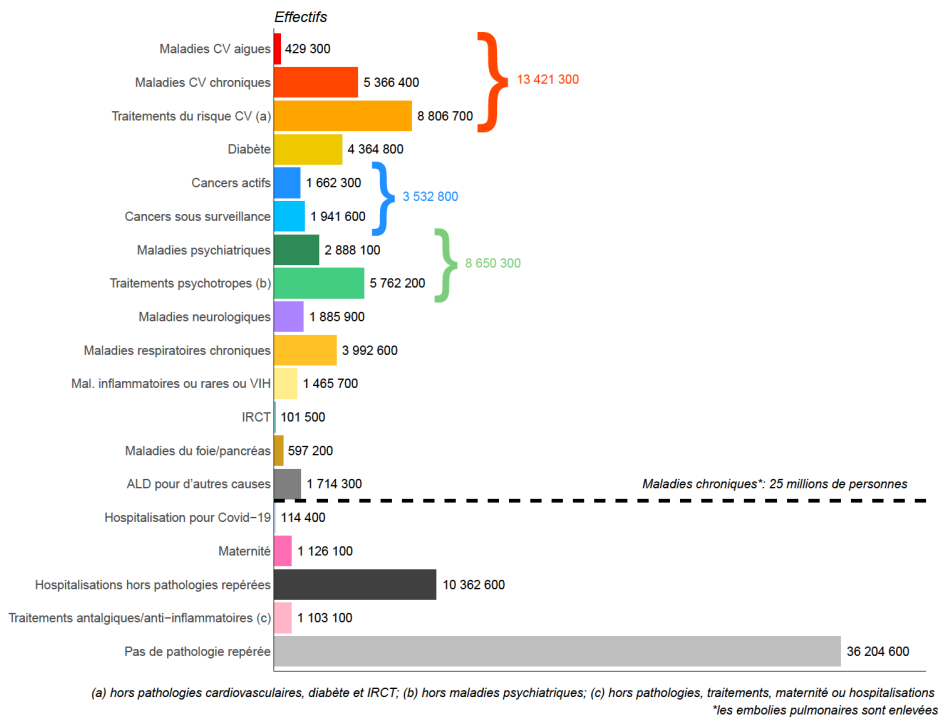
* Les embolies pulmonaires sont enlevées.

Champ : tous régimes - France entière Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

¹ Les proportions indiquées seraient exactement les mêmes en considérant la dépense totale plutôt que la dépense moyenne individuelle.

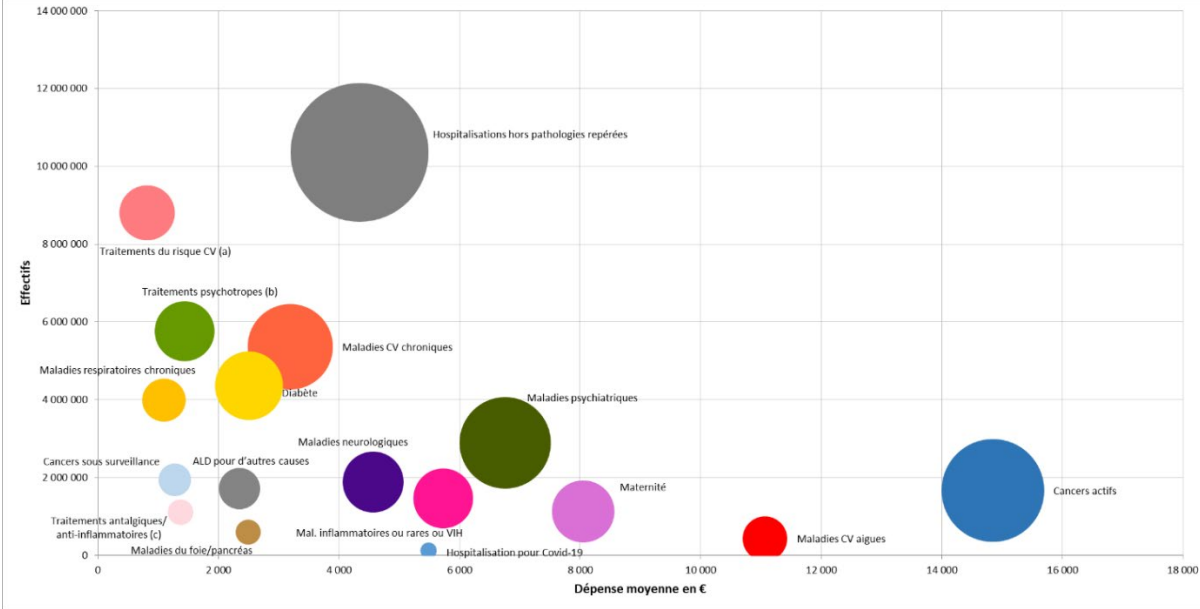
² La composition détaillée des postes de dépenses est disponible en ligne : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/partheme/Pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>. Les prestations en espèces comprennent les indemnités journalières versées en cas de maladie, d'accident du travail ou maladie professionnelle, l'assurance maternité et les pensions d'invalidité.

Figure 3 : Nombre de bénéficiaires pris en charge pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins (67,4 millions de personnes au total), en 2023



Champ : tous régimes - France entière — Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

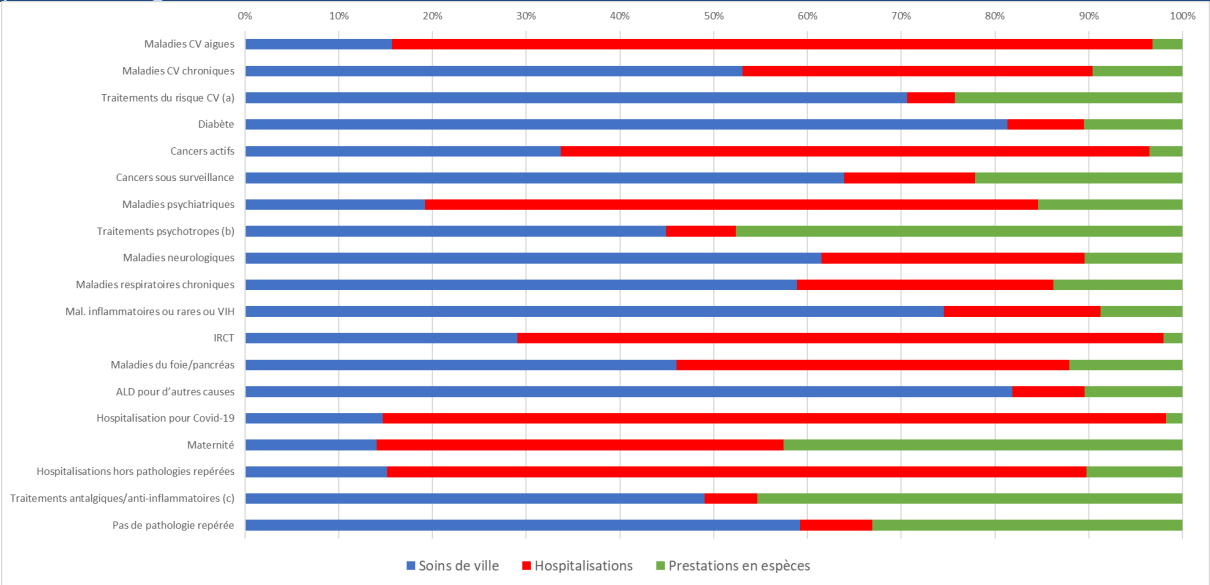
Figure 4 : Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins, en 2023



- affection de longue durée
- (a) Hors pathologies cardiovasculaires (CV), diabète et insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)
- (b) Hors maladies psychiatriques
- (c) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées.
Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

Figure 5 : Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins, en 2023, en pourcentage



ALD : affection de longue durée

(a) Hors pathologies cardiovasculaires (CV), diabète et insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

(b) Hors maladies psychiatriques

(c) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2025)

III.1.2 Les facteurs d'évolution des dépenses par pathologie

Quelle que soit la période, l'interprétation des évolutions d'effectifs et de dépenses doit tenir compte de plusieurs mécanismes parmi lesquels :

- les modifications de recours aux soins, de la prise en charge, de l'organisation des soins ou des tarifs entraînant des évolutions des dépenses moyennes individuelles par patient ;
- l'augmentation du nombre de personnes assurées et le vieillissement de la population, conduisant à une augmentation de la fréquence des maladies chroniques et de la polypathologie ;

III.1.2.1 Une augmentation de l'effectif total entre 2015 et 2023, mais une diminution sur la dernière année pour atteindre 67,4 millions

Le nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins a augmenté de 3,1 millions entre 2015 (64,3 millions) et 2023 (67,4 millions), soit + 0,6 % par an en moyenne. Les effectifs de patients atteints de maladies chroniques selon la définition de la cartographie sont de 25 millions en 2023 (+ 434 000 relativement à 2022 et + 2,0 millions relativement à 2015).

Les évolutions annuelles du nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins diffèrent fortement selon la période considérée. Jusqu'en 2019, l'évolution des effectifs était relativement constante, elle oscillait entre + 0,3 % et + 0,8 %. Entre 2019 et 2020, la première période de confinement ayant fortement limité les possibilités de consultation, cette évolution était beaucoup moins importante avec seulement + 0,1 %, et on dénombrait en 2020 65,6 millions de personnes. En 2021, le nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins a fortement augmenté (+ 4,25 %, correspondant à 2,8 millions de personnes supplémentaires). Cette forte évolution s'explique par l'augmentation tendancielle de l'effectif de la population et par une augmentation du nombre de personnes ayant eu recours à des soins, soit du fait de la reprise d'un suivi médical, soit d'un rattrapage de soins non réalisés en 2020, soit de soins liés au Covid-19 (principalement tests et vaccinations) chez des personnes qui n'auraient pas eu recours aux soins en l'absence de pandémie. En 2022, l'effectif continue d'augmenter mais de manière marginale cette fois (+0,65 %), traduisant vraisemblablement la moindre intensité de l'épidémie de Covid-19 en 2022 comparativement aux années 2020 et 2021 (nombreux cas liés au variant Omicron en début d'année 2022, mais avec moins d'hospitalisations). Le nombre de personnes estimées¹ n'avoir consommé que des soins de ville en lien avec le Covid-19 en 2021 était de 2,0 millions et de 1,3 million en 2022. Enfin, en 2023, les effectifs de personnes prises en charge diminuent fortement (-2,1 %). Cette évolution s'explique par la régression nettement marquée de la pandémie de COVID-19, avec des soins de ville uniquement en lien avec l'épidémie dispensés à moins de patients (seulement 94 600 en 2023). L'année 2023 signe le retour à des effectifs de patients pris en charge attendus au vu de la tendance observée entre 2015 et 2019².

III.1.2.2 Une augmentation de la dépense totale en 8 ans de 49,6 milliards d'euros, marquée par un léger ralentissement en 2023 malgré une dépense individuelle moyenne en nette augmentation

Entre 2015 et 2023, les dépenses remboursées totales dans le champ de la cartographie pour l'ensemble des régimes ont augmenté de 49,6 milliards d'euros (soit + 32,5 % en 8 ans, + 3,6 % par an en moyenne). De fortes disparités sont observées dans les évolutions annuelles de ces dépenses. Elles étaient supérieures à + 2,0 % avant la pandémie et atteignent jusqu'à + 11,3 % en 2021 (correspondant à + 19 milliards d'euros), pour ralentir en 2022 (+ 3,7 %, soit + 6,8 milliards d'euros). En 2023, elles restent à un niveau élevé et continuent d'augmenter avec +8,5 milliards d'euros, soit +4,4%. La dépense moyenne individuelle se situe à 3 010 euros en 2023, soit +6,6 % relativement à 2022 et +26,4 % relativement à 2015.

La Figure 9 présente l'évolution, entre 2015 et 2023, de la dépense totale remboursée pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins, avec les évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle. De manière cohérente avec ce qui précède, le premier constat est la tendance à la hausse de la dépense remboursée totale, sur la totalité de la période, pour la quasi-totalité des pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins. Les pathologies qui contribuent le plus à l'accroissement de + 32,5 % de la dépense entre 2015 et 2023 sont les cancers actifs (+10,5 milliards d'euros en 8 ans, soit 21,3 % de l'augmentation totale), les hospitalisations hors pathologies repérées (18,4 %), les maladies psychiatriques (10,0 %) et les maladies cardiovasculaires chroniques (9,7 %).

Pour la majeure partie des pathologies, on observe que le niveau de la dépense totale stagne, voire diminue, en 2020, pour rebondir fortement à la hausse dès 2021, probablement en raison du rattrapage de soins non réalisés en 2020 et de l'intégration des coûts de prise en charge des soins de ville liés au Covid-19 (dépistage et vaccination). En 2022 et 2023, ces tendances se poursuivent, mais toutefois à des rythmes moindres. Les dépenses affectées aux maladies du foie et du pancréas connaissent une évolution de leur dépense légèrement

¹ Personnes n'ayant consommé que des produits en lien avec le Covid-19 (tests, vaccins, masques)

² Estimation réalisée par la Cnam.

différente. Elles diminuent en effet jusqu'en 2020, du fait des nouveaux traitements antiviraux de l'hépatite C, avec une baisse des effectifs (le traitement est curatif) et des prix (baisses de tarifs sur la période) pour les patients nouvellement traités¹, pour stagner jusqu'en 2022, puis entamer une légère hausse à partir de 2023.

Les traitements antalgiques et anti-inflammatoires se distinguent avec une dépense totale qui augmente depuis la pandémie, alors qu'elle diminuait entre 2016 et 2020 du fait d'une baisse des effectifs. Avant 2020, les nombreuses actions mises en place pour lutter contre le mésusage de la codéine chez les jeunes ont effectivement contribué à la baisse du nombre de personnes traitées (recommandations², communication auprès des médecins, pharmaciens et familles, et modification de la réglementation : tous ces médicaments sont délivrés sur prescription uniquement depuis juillet 2017)³. En 2021 et 2022, on assiste à un rebond des effectifs, puis à une diminution en 2023. Quant à la dépense moyenne individuelle, elle a suivi une trajectoire opposée : diminution en 2021 et 2022, puis augmentation en 2023.

Les plus fortes évolutions à la hausse répertoriées en 2023, relativement à 2022, concernent les hospitalisations hors pathologies repérées (+ 3 707 millions d'euros), les cancers actifs (+ 2 406 millions d'euros), les maladies cardiovasculaires chroniques (+ 1 109 millions d'euros), les maladies psychiatriques (+ 1 014 millions d'euros), les personnes sans pathologies repérées par les algorithmes (+ 875 millions d'euros) ou encore les hospitalisations pour Covid-19 (+ 754 millions d'euros).

Pour les cancers, qu'ils soient actifs ou sous surveillance, la hausse de la dépense totale (respectivement + 2 406 millions d'euros et + 72 millions d'euros, soit + 10,8 % et + 3,0 %) s'explique par une évolution proportionnellement plus importante de la dépense moyenne individuelle (+7,5 % et + 3,7 %) que des effectifs (+ 3,1 % et - 0,7 %). Inversement, pour les traitements du risque cardio vasculaire, l'évolution des effectifs est plus importante en proportion (+ 3,0 %) que celle de la dépense moyenne individuelle (+ 1,0 %). Enfin, pour les hospitalisations hors pathologies repérées, les deux composantes évoluent de manière quasi équivalente entre 2022 et 2023 (+ 4,6 % pour les effectifs et + 4,2 % pour la dépense individuelle).

III.1.2.3 Une baisse encore plus marquée qu'en 2022 de la dépense remboursée totale en 2023 pour les soins en lien avec le Covid-19

Quelques pathologies, à l'inverse des précédentes, voient le niveau de leur dépense totale remboursée diminuer en 2023. Les baisses les plus importantes concernent en particulier les hospitalisations pour prise en charge du Covid-19, 628 millions en 2023 soit une baisse de 755 millions d'euros par rapport à 2022 et les personnes de la catégorie « pas de pathologie repérée » ayant bénéficié de remboursements pour d'autres raisons que celles répertoriées par les algorithmes de la cartographie (- 875 millions d'euros). Les évolutions des dépenses de ces deux catégories sont directement liées à l'évolution de la pandémie. En 2023, le nombre de personnes hospitalisées pour Covid-19 a diminué de près de 48 % pour atteindre 114 433, quand il avait diminué de seulement 10 % l'année précédente. La dépense moyenne individuelle de ces prises en charge a également diminué, probablement parce que les cas pris en charge étaient moins graves. Le constat est identique pour les assurés n'ayant « pas de pathologie repérée ». Les rapports Charges et Produits édités en 2024 et 2023 expliquaient que la forte hausse de la dépense totale remboursée en 2021 était imputable aux prises en charge des soins de ville liés au Covid-19 (délivrance de masques, de tests et vaccinations). Depuis 2022, et particulièrement en 2023, la pandémie ayant ralenti, le recours aux soins de ville qui y sont associés a lui aussi ralenti.

¹ https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-07_rapport-propositions-pour-2023_assurance-maladie_5.pdf

² La Haute Autorité de santé (HAS) a publié en janvier 2016 des recommandations de bonne pratique sur la Prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant : alternative à la codéine. En 2018, l'Académie nationale de médecine publie Les douleurs chroniques en France. Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour une meilleure prise en charge des malades.

³ En février 2019, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a publié un rapport sur la consommation des antalgiques : État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques

III.1.2.4 Une hausse de la dépense remboursée pour la prise en charge de maladies respiratoires chroniques qui se poursuit

La dépense remboursée pour les personnes repérées par l'algorithme « Maladies respiratoires chroniques » a augmenté de manière importante chaque année depuis 2021 (+ 5,4 % en 2021, + 9,5 % en 2022 et + 4,3 % en 2023), par rapport à la période précédant la pandémie où la croissance annuelle moyenne était autour de seulement + 1 % sur la période 2015-2019. Cette augmentation des dépenses est principalement attribuée en 2021 à une dépense moyenne par individu plus élevée et en 2022 à une augmentation du nombre de personnes identifiées (il s'agissait majoritairement de personnes nouvellement prises en charge en 2022 et repérées par la consommation répétée de bronchodilatateurs plutôt que par les séjours hospitaliers ou les ALD). En 2023, l'augmentation des dépenses totales résulte de l'augmentation des deux composantes. L'interprétation des évolutions pour le groupe « maladies respiratoires chroniques » est particulièrement complexe depuis 2020 et doit tenir compte de plusieurs éléments, tels que les effets du covid sur la circulation des autres virus et les caractéristiques des épidémies de grippe et de bronchiolite.

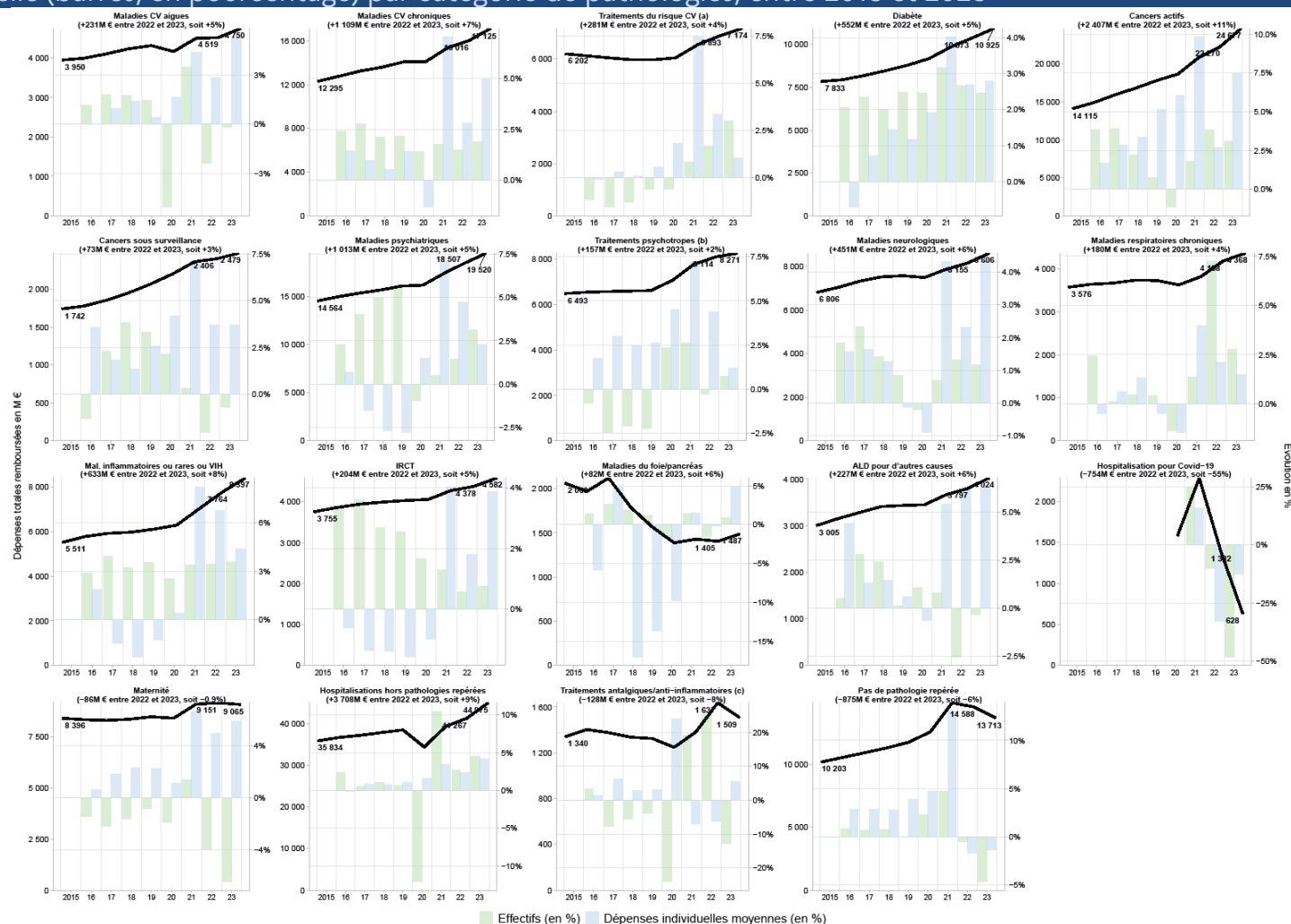
III.1.2.5 Une baisse des dépenses liées à la maternité après deux années marquées par une augmentation et malgré une dépense individuelle en hausse

La dépense remboursée au titre de la maternité a diminué de près de 87 millions d'euros relativement à 2022, pour atteindre 9 065 millions d'euros en 2023. Depuis la pandémie, c'est la première année qui voit une baisse de la dépense de cette catégorie. Elle s'explique par une baisse importante des effectifs concernés (-6,4 %), concourant à ce que le niveau atteint en 2023 soit inférieur à celui des années précédentes (1,1 million contre entre 1,2 et 1,34 millions les années précédentes). La dépense individuelle moyenne a quant à elle augmenté de l'ordre de 5,9 %, pour atteindre 8 000 euros en 2023 (versus 7 600 euros en 2022 et 6 300 euros en 2015).

III.1.3 Conclusion

En 2023, 202,5 milliards d'euros ont été remboursés par l'assurance maladie pour la prise en charge de près de 67,4 millions de personnes, soit 3 010 euros par personne. En 2015, ces données étaient de 152,8 milliards d'euros pour 64,3 millions de personnes et 2 380 euros par personne. Les pathologies chroniques concernent désormais 25 millions de personnes (+ 1,1 % par an depuis 2015) pour une dépense totale de 126 milliards d'euros (+ 4,0 % par an depuis 2015) et 5 050 euros par personne (+ 2,9 % par an depuis 2015 dont le niveau était de 3 900 euros par personne). Cet effectif de pathologies chroniques devrait être amené à croître dans les années futures avec le vieillissement attendu de la population, posant par la même un certain nombre de défis au système de santé français.

Figure 6 : Évolution de la dépense remboursée totale (courbes, en millions d'euros) et évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle (barres, en pourcentage) par catégorie de pathologies, entre 2015 et 2023



(a) hors pathologies cardiovasculaires, diabète et IRCT; (b) hors maladies psychiatriques; (c) hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cham (cartographie - version de juillet 2025)

Note de lecture : en 2023, la dépense remboursée total au titre des MCV aigues était de 4,7 milliards d'euros, soit une augmentation de plus de 231 millions d'euros en un an. L'évolution sur la période était plus importante pour la dépense individuelle moyenne (+5 %) que pour les effectifs (-0.3 %)

**PARTIE IV:
ONDAM ET
NUMERIQUE EN SANTE**

Doté d'une feuille de route quinquennale, le numérique en santé constitue une priorité nationale stratégique. Les **principaux financements du numérique en santé proviennent du Ségur de la santé dans le cadre du Plan national de relance et de résilience (PNRR)**. Deux milliards d'euros y ont été consacrés. Ces crédits sont arrivés à leur terme et la France a été remboursée. Les actions en faveur du numérique en santé sont présentées, dans la présente annexe.

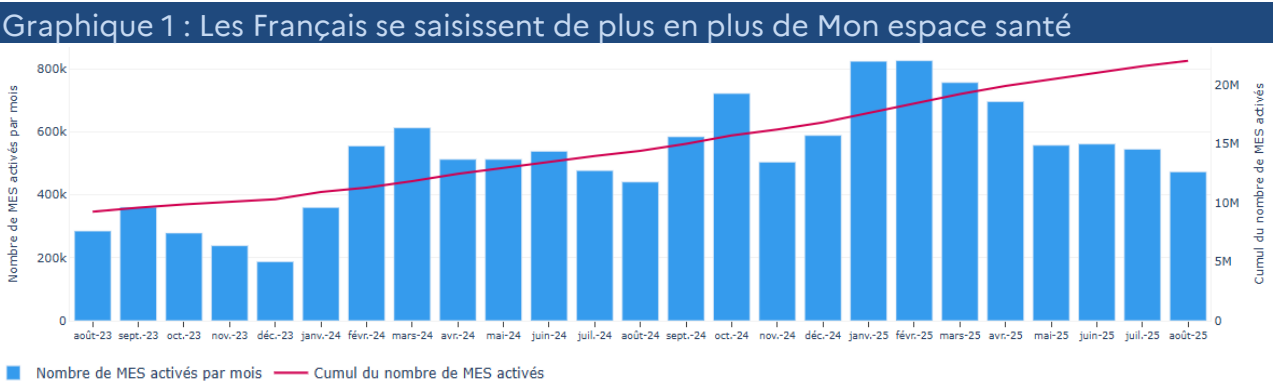
IV.1 Poursuivre les efforts pour un partage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels et autour du patient et asseoir Mon espace santé en tant qu'outil du quotidien des professionnels et des patients

IV.1.1 Poursuivre les efforts en matière d'alimentation de Mon espace santé

Avant 2022, moins de 10 millions de documents de santé avaient été alimentés sur tout l'historique « Dossier Médical Partagé ». Grâce au programme d'investissement "Ségur du numérique en santé", une majorité des établissements et des professionnels de santé est équipée de logiciels leur permettant de transmettre les documents de santé. **Plus de 400 millions de documents de santé sont ainsi versés annuellement**, ce qui représente plus d'un document de santé produit en France sur deux, soit plus de 6 documents mis à disposition dans Mon espace santé par habitant. Contrairement au dossier médical partagé, uniquement centré sur le dossier médical, Mon espace santé est une plateforme élargie qui inclut le DMP mais qui ajoute des services comme des messages de prévention, un agenda, des applications pour la prise de rendez-vous médicale par exemple.

IV.1.2 Mon espace santé, acteur d'une prévention de plus en plus personnalisée

Depuis son lancement, **plus de 21 millions de personnes ont activé leur profil Mon espace santé** (près d'un français sur trois) ce qui permet d'envisager ce dernier comme l'outil d'accompagnement de la santé au quotidien.



Source : Agence du numérique en santé

Depuis 2024, il permet la diffusion de messages de prévention adaptés au profil de chaque utilisateur. Ces alertes et conseils personnalisés remplacent les campagnes génériques par des informations contextualisées. Mon espace santé permet déjà de suivre les parcours « grossesse » et de réaliser les questionnaires préalables au rendez-vous « Mon bilan prévention ». Mon espace santé devient progressivement le compagnon du quotidien des citoyens pour une prévention de plus en plus personnalisée : retrouver la date de rappel d'un vaccin, proposer des examens de biologie et les dépistages adéquats grâce à des algorithmes, faciliter le suivi des maladies chroniques (diabète, maladies cardio-vasculaires, etc.) et des moments de vie (programme ICOPE notamment). Mon espace santé permet également d'accéder à un catalogue de services tiers référencés dédiés à la santé, au bien-être, au médico-social et au social, par exemple des applications qui proposent aux

utilisateurs la prise de rendez-vous médicaux, les mesures quotidiennes de leur tension ou de leur poids, le suivi de leur maladie chronique, ou encore l'accès à des portails patients d'établissements de santé.

IV.1.3 Accompagner la dynamique de consultation des documents contenus dans Mon espace santé par les professionnels

Mon espace santé permet aux professionnels habilités de consulter dans un cadre sécurisé les documents ajoutés par d'autres professionnels ou par le patient lui-même, favorisant ainsi une meilleure coordination des soins, une information plus exhaustive au service de la qualité de la prise en charge (moins de redondance d'examen, temps de soins libéré grâce à la centralisation et l'accès facilité aux documents de soin utiles). La messagerie sécurisée citoyenne intégrée dans Mon espace santé permet également la fluidification et la sécurisation des échanges entre professionnels et patients (information en amont d'un rendez-vous, suivi post opératoire, suivi durant une prise en charge nécessitant plusieurs épisodes de soins).

Chaque mois, plus de 30 000 médecins consultent plus de 600 000 documents de Mon espace santé dans près de 300 000 profils Mon espace santé. Une expérimentation a déjà permis d'intégrer la consultation dans la pratique des professionnels, avec des retours positifs quant au gain de temps et à l'efficacité du dispositif.

IV.1.4 Aider le plus grand nombre dans la prise en main de Mon espace santé

Le **programme des ambassadeurs Mon espace santé** mobilise plus de 3 000 volontaires répartis sur tout le territoire et coordonné au niveau régional. Par des actions de proximité et des supports pédagogiques, **le dispositif permet de sensibiliser plus de 100 000 personnes par an**, en particulier les personnes éloignées du numérique.

IV.2 Protéger les établissements de santé et médico-sociaux face à la menace cyber

Le panorama de la cybermenace publié annuellement par l'Agence Nationale de Sécurité des Systèmes d'Information (ANSSI) indique une évolution notable sur le front de la cybersécurité des établissements de santé : **avec un nombre d'attaques comparables entre 2023 et 2024, la part représentée par les établissements de santé et médico-sociaux sur le total de l'ensemble des attaques tous secteurs confondus est passée en un an de 10 % à 4 %**. Cette évolution positive traduit les actions engagées par ces derniers pour réduire les vulnérabilités présentes, et notamment celles soutenues par le programme CaRE, lancé officiellement en décembre 2023. Le **premier appel à financement** a soutenu les travaux relatifs à la sécurisation des annuaires internes et à la suppression des vulnérabilités critiques exposées sur internet. **85 % des établissements se sont inscrits dans la démarche, et 90 % d'entre eux sont allés jusqu'à son terme en juin 2025**. Les établissements se sont ainsi massivement engagés dans des audits réguliers et dans la résolution des vulnérabilités qu'ils remontent. Les établissements, ARS et GRADeS mettent en place de nombreuses autres initiatives locales concourant à la cybersécurité des établissements.

IV.3 Résilience numérique des urgences et du système de santé face aux situations sanitaires exceptionnelles

IV.3.1 Résilience de l'infrastructure numérique de gestion des appels d'urgence

En 2024 et 2025, le ministère chargé de la santé, accompagné par la DiNum et l'Agence du numérique en santé, expérimente une nouvelle version du bandeau téléphonique dans les centres 15 et pose actuellement les bases d'un programme d'accompagnement des SAMU/SAS sur leur téléphonie et leurs outils numériques. Ces travaux ont permis de faire évoluer des aspects techniques et de gestion des coûts.

Environ 60 millions d'euros sont consacrés en 2025 sur ces enjeux.

IV.3.2 Urbanisation des systèmes d'information en santé utiles en cas de situation sanitaire exceptionnelle

La crise COVID a souligné la capacité à développer rapidement des systèmes d'information en situation exceptionnelle.

Une stratégie d'urbanisation et une gouvernance qui visent à identifier et intégrer les fonctions utiles à la crise au sein de certains systèmes d'information sont conduites. Le périmètre couvre les logiciels portés par le ministère, les agences nationales et régionales de santé ainsi que certains utilisés par les professionnels de santé.

Environ 2 millions d'euros sont consacrés en 2025 sur ces enjeux.

IV.4 Faire du numérique un levier d'équité dans l'accès aux soins et à l'information et contribuer à réduire son empreinte carbone

IV.4.1 Permettre aux citoyens d'accéder à une information claire et fiable et lutter contre la désinformation en santé

Le **Service Public d'information en santé**, créé en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé s'appuie principalement sur le site **Santé.fr**. Le site enregistre environ **3 millions de visites par mois** et contribue à lutter contre la désinformation en santé. Le site propose des contenus éditoriaux (articles, dossiers, vidéos, podcasts, infographies), un annuaire en format liste et carte des structures et professionnels de santé autour de soi, des outils d'orientation via des cartes thématiques de l'annuaire ainsi que des portails dédiés. A la demande de la Direction générale de l'offre de soins, Santé.fr propose également des solutions d'annuaires thématiques réservés aux professionnels identifiés par Pro Santé Connect, portant notamment sur la prévention et la santé mentale.

En complément de Santé.fr, Mon espace santé et les réseaux d'inclusion numérique dont le programme des ambassadeurs Mon espace santé notamment participent au développement de la prise en main des outils numériques et à l'accès à l'information.

IV.4.2 Guider le développement et l'utilisation des technologies numériques en santé vers un numérique préservant l'intérêt de l'utilisateur

IV.4.2.1 Cadre éthique du numérique en santé et mise en œuvre opérationnelle

Le cadre éthique du numérique santé se décline sous forme d'exigences éthique au sein de plusieurs référentiels, notamment celui s'imposant aux éditeurs qui souhaitent référencer une application dans le catalogue de services de Mon espace santé, et celui conditionnant l'agrément des sociétés de téléconsultation. En parallèle, une grille de réflexion éthique a été proposée pour analyser les situations complexes en télésanté ainsi qu'une étude spécifique relative aux enjeux éthiques de la télésurveillance.

La cellule éthique du numérique en matière d'intelligence artificielle a également élaboré un guide d'implémentation de l'éthique dans les systèmes d'IA en santé. Ce guide propose des repères, des outils et une méthode pour intégrer l'éthique au cœur même de la conception, du déploiement et de l'évaluation d'un système d'IA en santé. Il invite à interroger les finalités avant les fonctionnalités, afin que la puissance des algorithmes n'affaiblisse pas l'intelligence humaine mais l'amplifie.

IV.4.2.2 Vers un numérique en santé éco-responsable

Selon l'ADEME, en 2022, l'ensemble des infrastructures numériques est responsable de 11 % de la consommation électrique nationale, et a généré près de 30 millions de tonnes de CO₂, ce qui représente 4,4 % de l'empreinte carbone du pays (contre 4% au niveau mondial). Dans le domaine de la santé, la Feuille de route de la planification écologique du système de santé souligne que l'informatique interne d'un CHU moyen pèse pour plus de 5 % de son bilan carbone.

Afin d'évaluer l'impact des actions mises en place par les acteurs et de tendre vers une amélioration continue, ont été mis au point des outils gratuits pour évaluer l'impact environnemental des services numériques en santé. Ainsi, l'éco-score est désormais obligatoire pour les éditeurs souhaitant référencer leurs applications dans le catalogue de Mon espace santé et obligatoire pour les sociétés de téléconsultation dans le cadre de leur agrément. De plus, l'EvalCarbone SIH est mis à disposition des établissements pour calculer leur impact carbone et simuler leurs scénarios de décarbonation.

PARTIE V:
L'EVOLUTION DES
DEPENSES DE SANTE
ET DE LEUR PRISE EN
CHARGE

Les comptes de la santé, élaborés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), constituent un compte satellite des comptes nationaux, produits par l'Insee. Ils sont la publication de référence pour l'analyse macroéconomique des dépenses de santé et de leur financement.

V.1 La dépense courante de santé au sens international

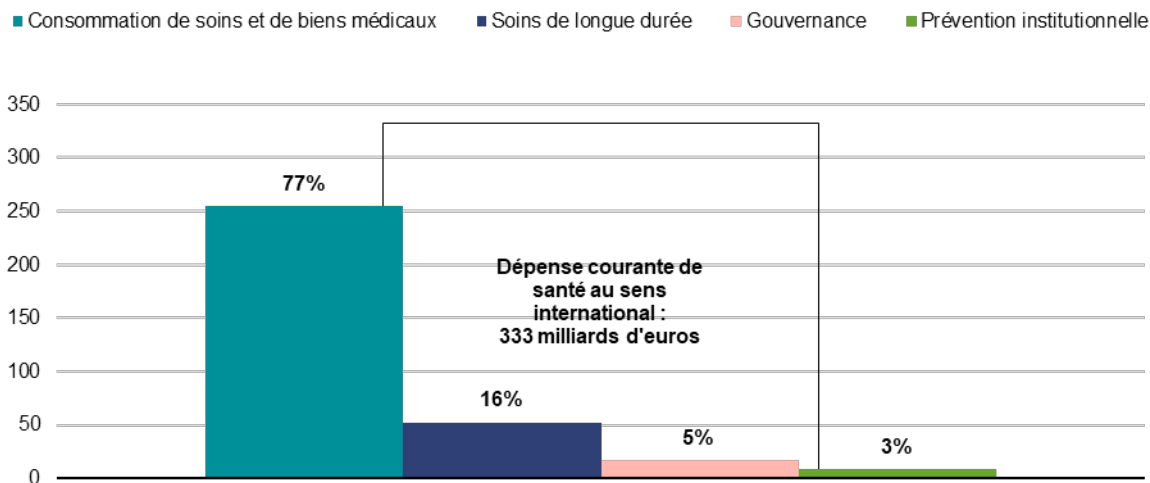
V.1.1 Concepts et définitions

À la différence des dépenses dans le champ de l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM), qui porte sur les remboursements de la Sécurité sociale, les comptes de la santé sont une synthèse statistique de l'ensemble des dépenses de santé quel que soit leur financeur (encadré). Ainsi, les comptes de la santé englobent les dépenses de santé prises en charge par les régimes d'Assurance maladie, mais également celles des administrations publiques centrales (l'État) et locales (collectivités territoriales), des organismes complémentaires d'Assurance maladie (mutuelles, entreprises d'assurance, institutions de prévoyance), et des ménages directement (dépenses non remboursables, participations directes des assurés).

Le principal agrégat des comptes de la santé est la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Défini par le System of Health Accounts, coordonné par l'OCDE, Eurostat et l'OMS, il permet d'établir des comparaisons internationales des dépenses de santé sur des bases fiables et harmonisées. Il se compose de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), des soins de longue durée, des dépenses de prévention et de gouvernance du système de santé.

La dépense courante de santé au sens international s'établit à 333 milliards d'euros. La consommation de soins et de biens médicaux, première composante de la DCSi (graphique 1), en représente 77 %. Elle s'établit à 255 milliards d'euros en 2024, soit 8,7 % du PIB. Les soins de longue durée représentent 52 milliards d'euros de la DCSi : ils incluent des prestations médico-sociales comme l'Allocation personnalisée d'autonomie, le financement de la Sécurité sociale aux Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les dépenses des ménages pour financer le handicap ou la perte d'autonomie, etc. Les dépenses de prévention, 3 % de la DCSi, couvrent les dotations à des programmes de prévention institutionnelle (comme M'T Dents), les financements à des institutions comme Santé publique France, ou encore les cotisations des entreprises à la médecine du travail. Les dépenses de gouvernance (5 %) mesurent les coûts de gestion du système de santé : frais de fonctionnement du ministère chargé de la Santé (dont les agences régionales de santé, ARS), des régimes de Sécurité sociale, d'institutions comme la Haute autorité de santé, et charges de gestion des organismes complémentaires.

Graphique 1 : La DCSi et ses composantes en 2024



Source : Drees, comptes de la santé.

Encadré : La DCSi, la CSBM et l'ONDAM

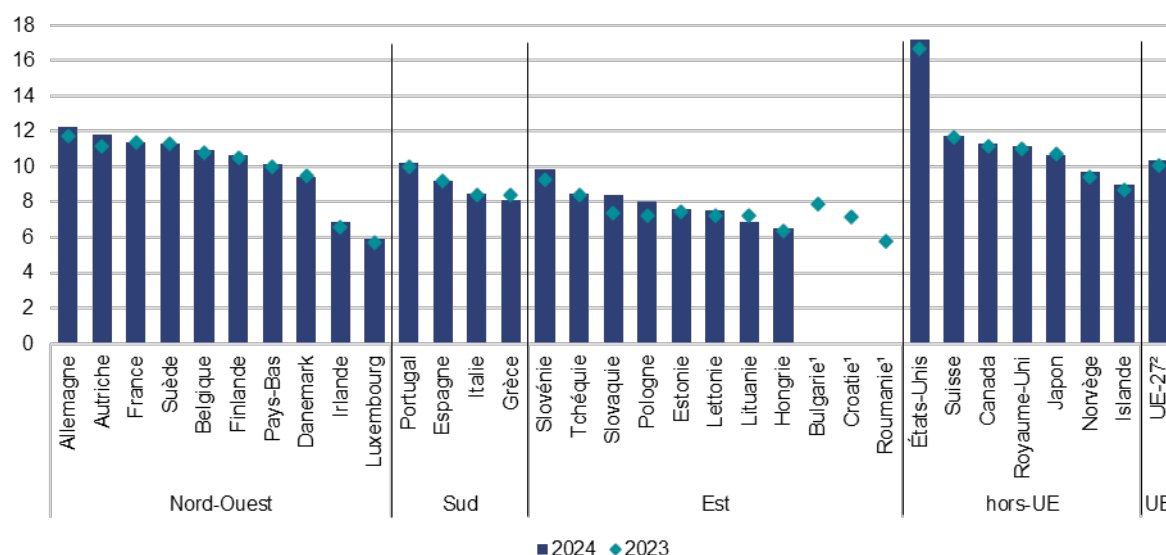
Les comptes de la santé sont construits autour de deux agrégats : la dépense courante de santé au sens international (DCSi) et la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), la principale composante de la DCSi. La DCSi et la CSBM sont des agrégats conceptuellement différents des dépenses de santé mesurées dans le champ de l'ONDAM, principalement pour les raisons suivantes :

- Les indemnités journalières constituent un revenu de remplacement, elles ne financent pas un soin ou un bien médical : ainsi, elles sont exclues de la CSBM et de la DCSi, tandis qu'elles sont incluses dans l'ONDAM ;
- Les recettes de la clause de sauvegarde¹, calculées sur l'ensemble du chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques, sont incluses dans l'ONDAM mais pas dans les comptes de la santé ;
- Les dépenses des soins hospitaliers publics sont évaluées dans les comptes de la santé à partir de leurs coûts de production, tandis qu'elles sont enregistrées à partir des financements versés à l'hôpital public dans l'ONDAM : ainsi, les comptes de la santé intègrent le déficit des hôpitaux (coûts non couverts la même année par des recettes) ;
- Les comptes de la santé n'incluent pas les dotations de l'Assurance maladie incluses dans l'ONDAM à l'Agence nationale de développement professionnel continu (considérées comme des dépenses de formation et non de santé), ni aux Établissements ou services d'aide par le travail et aux Unités d'évaluation de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (considérées comme des dépenses d'insertion professionnelle) ;
- La dette du Centre national des soins à l'étranger n'est pas incluse dans les comptes de la santé, car ils ne sont calculés que sur le territoire français ;
- Les dépenses d'investissements de l'ONDAM ne sont pas retracées dans les comptes de la santé, qui n'enregistrent que des dépenses courantes.

V.1.2 En 2024, la France a l'un des taux de croissance de la DCSi parmi les plus modérés de l'Union européenne

Les comptes de la santé permettent, sur le champ de la DCSi, de comparer la part des dépenses de santé dans le PIB des pays membres de l'OCDE (graphique 2). Ainsi, la France est l'un des trois pays de l'Union européenne qui dépensent le plus pour la santé (11,4 % du PIB), derrière l'Allemagne (12,3 %) et l'Autriche (11,8 %). Elle est cependant loin derrière les États-Unis, dont la DCSi représente 17,2 % du PIB en 2024. A contrario, les 27 pays de l'Union européenne consacrent 10,3 % du PIB en moyenne. En 2024, dans la plupart des pays de l'UE-27, les dépenses de santé représentent une part de PIB stable ou en hausse.

Graphique 2 : DCSi dans le PIB en 2023 et 2024



1. Données manquantes en 2024. 2. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels des données sont disponibles.

Sources : Drees, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, System of Health Accounts pour les autres pays.

¹ La clause de sauvegarde consiste dans le versement d'une contribution à l'assurance maladie par les laboratoires pharmaceutiques lorsque leur chiffre d'affaires hors taxes total réalisé en France au titre des spécialités remboursables a crû plus vite qu'un taux de progression défini en LFSS.

En 2024, le montant de DCSi augmente dans la totalité des pays de l'Union européenne, en moyenne de 6,5 %. La progression de la DCSi en 2024 est supérieure à la progression moyenne annuelle observée avant la crise du Covid-19 entre 2010 et 2019 (2,7 % par an). En France, la DCSi augmente de 3,6 % en 2024, soit l'un des taux de croissance les plus modérés de l'Union européenne.

En 2024 en France, la DCSi augmente un peu plus que le PIB, qui croît en valeur de 3,3 %. Elle est portée principalement par l'augmentation de la CSBM. Celle-ci ralentit : +3,7 % en 2024, après +4,8 % en 2023 (et +4,1 % en 2022). Les coûts de gestion du système de santé, 17 milliards d'euros en 2024, accélèrent (+4,9 % en 2024, après +2,4 % en 2023), en raison notamment de la croissance des charges de gestion des organismes complémentaires (+5,8 % après +4,5 %). Les soins de longue durée et les dépenses de prévention augmentent relativement moins dynamiquement (respectivement +3,4 % et +0,9 % en 2024).

V.2 La consommation de soins et de biens médicaux

V.2.1 La CSBM ralentit à la faveur d'un net ralentissement des prix

Les comptes de la santé permettent de décomposer l'évolution en valeur de la CSBM entre l'évolution due aux prix (inflation propre aux dépenses de santé) et l'évolution due aux volumes. En 2024, les prix de la CSBM augmentent de 0,6 % après 1,4 % en 2023. Ainsi, la CSBM augmente en prix moins que l'inflation générale, mesurée par l'indice des prix à la consommation, qui s'établit à +2,0 % en 2024. Cela s'explique par une faible augmentation des prix dans le secteur hospitalier (+0,5 % à l'hôpital public, +0,9 % en clinique), en raison de la baisse des prix de l'énergie en 2024, qui modère les hausses de rémunération du personnel. Les prix des activités techniques et auxiliaires (imagerie médicale, activités des laboratoires de biologie médicale, transports sanitaires) sont en baisse de 1,3 % en 2024, en raison des baisses de tarifs sur les analyses et prélèvements (leurs prix baissent de 8,1 %). Les prix des soins courants en ville augmentent (+2,5 %), tirés à la hausse par des revalorisations tarifaires pour les soins des médecins généralistes, des orthophonistes, des pédicures-podologues et des sages-femmes.

La croissance de la CSBM en volume reste dynamique, à 3,0 %, en léger ralentissement par rapport à 2023 (+3,3 %). La croissance de l'activité en volume est stimulée principalement par les évolutions de la consommation de médicaments (+7,3 % en volume) et de soins hospitaliers (+3,1 % en clinique, +2,1 % à l'hôpital public). Le nombre de séjours en secteur hospitalier augmente en 2024. Cependant, le volume de soins hospitaliers dans le secteur public reste inférieur de 3,5 points à son niveau d'avant crise.

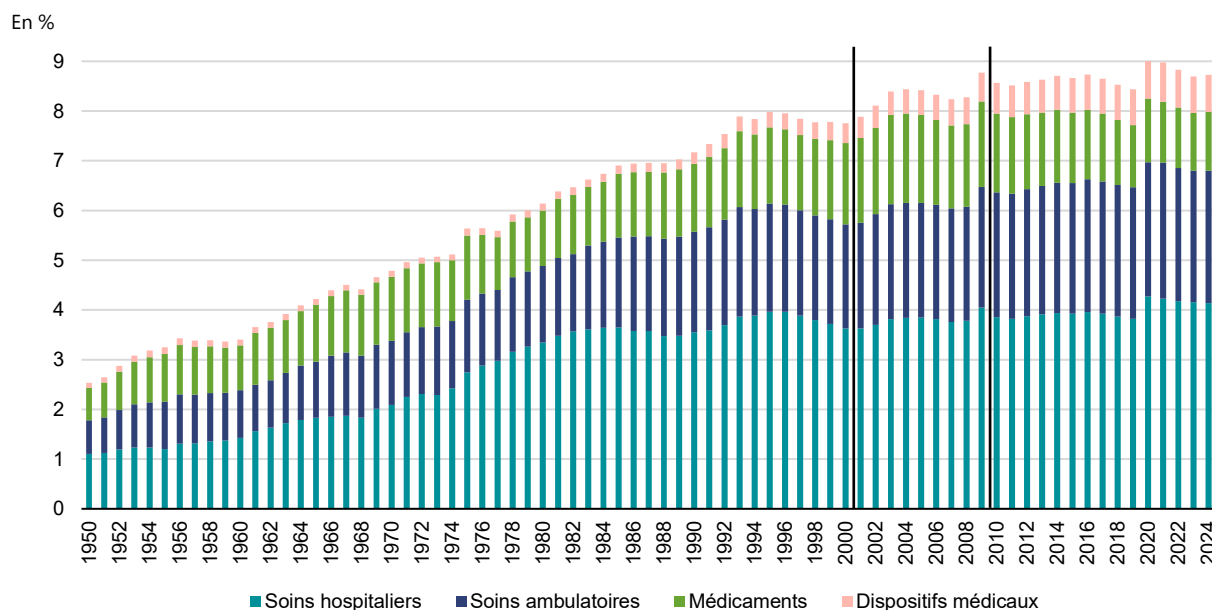
La consommation de médicaments est très dynamique en valeur (+5,5 %), portée par les volumes (+7,3 %), conséquence de l'arrivée récente de nombreuses innovations thérapeutiques sur le marché, et d'un moindre recul des prix par rapport aux années antérieures (-1,7 %, après -4,6 % par an en moyenne sur la période 2010-2023), en raison notamment de la stagnation des remises conventionnelles (dont les montants ont doublé entre 2020 et 2023, passant de 2,5 milliards d'euros à 5 milliards d'euros), et qui limite la baisse des prix observés.

V.2.2 La structure de la CSBM par poste de dépense est relativement stable à travers les années

Les séries sur la CSBM calculées en France commencent en 1950 (graphique 3). Sur la période 1950-2024, les dépenses de santé en France ont crû plus rapidement que le PIB, passant de 2,5 % à 8,7 % du PIB. En 1950, la CSBM était composée à 44 % de soins hospitaliers et à 27 % de soins ambulatoires, tandis qu'en 2024, elle est composée à 47 % de soins hospitaliers et à 31 % de soins ambulatoires. Ainsi, une bascule de l'ordre de trois points de CSBM de l'hôpital vers la ville a eu lieu en 75 ans. La structure des dépenses de biens médicaux a davantage évolué : en 1950, les médicaments représentaient 86 % des biens médicaux consommés, contre 61 % en 2024.

En 2024, la CSBM est composée à 47 % des dépenses de soins hospitaliers, soit 120,8 milliards d'euros, dont 93,6 milliards d'euros effectués dans le secteur public. Les soins ambulatoires représentent la deuxième composante de la CSBM : 77,8 milliards d'euros, soit 31 % de la CSBM. Ce sont principalement les soins en cabinet libéral (57,0 milliards d'euros), mais également les soins en centre de santé (3,8 milliards d'euros), et les activités techniques et auxiliaires. Les dépenses relatives à ces dernières s'élèvent à 17,0 milliards d'euros en 2024 : 4,7 milliards d'euros de dépenses en laboratoire de biologie médicale, 5,5 milliards d'euros de dépenses en centre d'imagerie et 6,9 milliards d'euros de transports sanitaires. Les dépenses de biens médicaux composent les 22 % restants de la CSBM : 34,5 milliards d'euros de médicaments et 21,7 milliards d'euros de dispositifs médicaux.

Graphique 3 : La CSBM dans le PIB depuis 1950



Note : Ruptures de séries entre les années 2000 et 2001 et entre 2009 et 2010.

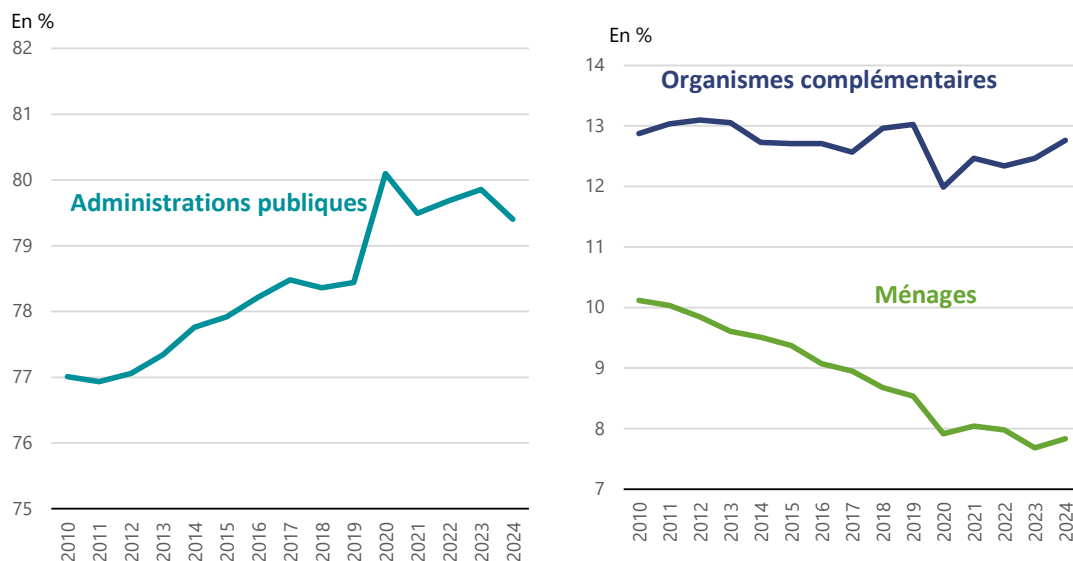
Sources : Drees, comptes de la santé, Insee pour le PIB.

V.3 Le financement des dépenses de santé

V.3.1 Les administrations publiques financent 79,4 % de la santé en 2024

Les comptes de la santé décomposent les dépenses de santé par financeur, en isolant les dépenses à la charge des administrations publiques (Sécurité sociale et État), les dépenses à la charge des organismes complémentaires (OC) et les dépenses financées directement par les ménages (le reste à charge des ménages, ou RAC). La Sécurité sociale et l'État financent 202 milliards d'euros des 255 milliards de la CSBM, soit 79,4 %. Les organismes complémentaires financent 12,8 % des dépenses de santé (32,5 milliards d'euros), et les ménages 20,0 milliards d'euros, soit 7,8 % (graphique 4).

Graphique 4 : Évolution du financement de la CSBM



Source : Drees, comptes de la santé.

La part du financement assurée par l'État est limitée : elle concerne l'Aide médicale de l'État, les frais de santé des invalides de guerre, et le financement des hôpitaux militaires. Cette part est stable, s'établissant à 0,7 % de la CSBM.

La part de la CSBM financée par les administrations publiques recule en 2024 de 0,5 point : c'est la conséquence de la baisse des remboursements par la Sécurité sociale des soins dentaires, à partir d'octobre 2023, et le doublement des participations des assurés (franchises et participations forfaitaires). En 2024, la part des dépenses de santé prises en charge par les organismes complémentaires augmente de 0,3 point, de 12,5 % à 12,8 %, et celle financée par les ménages augmente de 0,1 point, de 7,7 % à 7,8 %. La baisse des remboursements publics des soins dentaires semble s'être probablement davantage reportée vers les organismes complémentaires, tandis que le doublement des participations des assurés a contribué à l'augmentation du reste à charge des ménages.

V.3.2 Le reste à charge des ménages en France demeure parmi les plus faibles de l'Union européenne

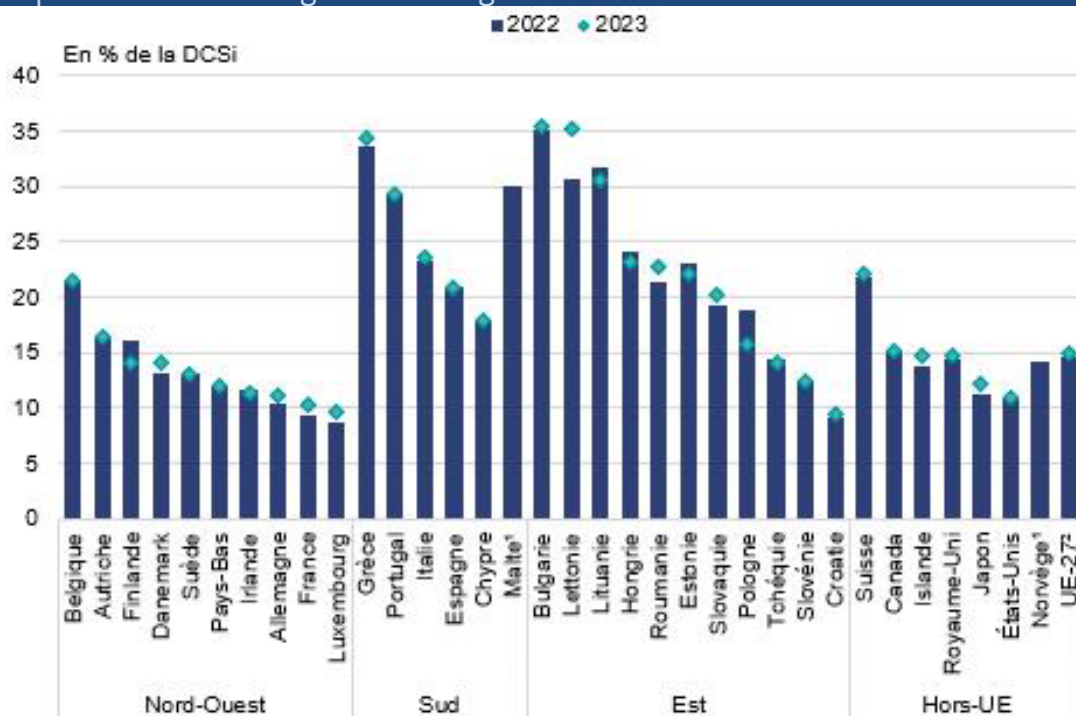
Le reste à charge des ménages, c'est-à-dire la part de la CSBM financée directement par les ménages après intervention des administrations publiques et des organismes complémentaires, s'établit à 7,8 % de la CSBM en 2024, soit 292 euros par habitant.

Les soins ambulatoires sont le premier poste du reste à charge des ménages (133 euros par habitant en 2024), tandis que c'est au financement des dispositifs médicaux qu'ils contribuent le plus en part de la dépense : les ménages supportent directement 17 % de la dépense de dispositifs médicaux, contre 2 % des dépenses de soins hospitalières, 12 % des soins ambulatoires, et 13 % des médicaments.

Sur le champ plus large de la DCSi, c'est-à-dire en incluant, en sus de la CSBM, les dépenses de prévention, de soins de longue durée et les coûts de gestion du système de santé, le reste à charge des ménages s'établit à 10,2 % de la DCSi en 2023 comme en 2024. Cette part est plus élevée que celle sur la CSBM en raison d'une participation importante des ménages au financement des soins de longue (estimée à environ 27 % des 52,2 milliards d'euros de soins de longue durée en 2024).

La France affiche un taux de reste à charge des ménages parmi les plus faibles de l'Union européenne sur le champ de la DCSi (graphique 5). Seuls le Luxembourg (8,7 %) et la Croatie (9,1 %) ont des taux de reste à charge inférieurs en 2024. La France se situe nettement en dessous de la moyenne de l'Union européenne, dont le RAC s'établit à 14,8 % de la DCSi en 2023.

Graphique 5 : Reste à charge des ménages dans la DCSi en 2022 et 2023



1. Données 2022. 2. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles en 2023.

Sources : Drees, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, System of Health Accounts pour les autres pays.

**PARTIE VI: RAPPEL
DES AVIS DU COMITE
D'ALERTE SUR
L'EVOLUTION DES
DEPENSES DE SANTE
EN 2023**



VI.1 Avis du Comité d'alerte n°2025-1 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

Selon l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, « Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement ».

En application de ce même article, le comité d'alerte rend un premier avis à la mi-avril dans lequel « il analyse les anticipations de réalisation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année précédente en se fondant sur les données statistiques disponibles » et « en déduit les conséquences sur le respect de l'objectif de l'exercice en cours ».

Le constat provisoire de l'ONDAM 2024 en mars 2025

Un important dépassement de l'ONDAM fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 avait fixé à 254,9 Md€ le montant prévisionnel de l'ONDAM pour cette même année (dont 0,2 Md€ au titre des dépenses exceptionnelles liées à la crise « Covid »). Cet objectif induisait une progression des dépenses de 2,9 %, soit 3,2 % hors « Covid ».

Dans son avis n° 2 de 2024, antérieur au dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, le comité d'alerte avait alerté le Parlement, le Gouvernement et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sur un risque de dépassement significatif de cette prévision de dépenses. Au vu des éléments d'information dont il disposait alors, il n'avait pas estimé que ledit dépassement présentait un « risque sérieux » de dépassement du seuil d'alerte, fixé à 0,5 % du montant de l'ONDAM hors dépenses « Covid » (soit 1,3 Md€), à partir duquel des mesures de redressement doivent être mises en œuvre afin de tenir la trajectoire financière fixée par la loi de financement de la sécurité sociale.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a relevé le montant de l'objectif 2024 à 256,9 Md€, soit un surcroît de dépenses de 2 Md€ et une progression portée à 3,6 %. Cette révision a principalement concerné le sous-objectif des soins de ville (+ 1,7 Md€).

Selon les comptes des régimes obligatoires de base d'assurance maladie arrêtés le 15 mars dernier, le montant des dépenses relevant de l'ONDAM, y compris « Covid », s'élèverait à 256,4 Md€, soit une progression de 3,3 % (ou 3,6 % hors « Covid »).

Les dépenses de l'ONDAM ont moins augmenté (à hauteur de 0,5 Md€) que dans la prévision révisée de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025. Elles sont inférieures à cette prévision révisée pour tous les sous-objectifs, à l'exception des autres prises en charge, pour lesquelles elle la dépasse légèrement.

Toutefois, et c'est là le principal, les dépenses de l'ONDAM ont progressé de 1,5 Md€ de plus que dans la loi de financement pour 2024, ce qui induit un dépassement de 0,6 % de l'objectif initial.

Au cours des années précédentes, le dépassement de l'objectif fixé par la loi de financement annuelle était essentiellement imputable à des événements exceptionnels : crise « Covid » pour les années 2020, 2021 et 2022 ; inflation exceptionnelle pour 2022 et 2023.

Ce n'est en revanche pas le cas en 2024 : le dépassement de 1,5 Md€ de l'objectif fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 est pour l'essentiel attribuable à la progression courante des dépenses (soit 1,3 Md€), et non à des événements exceptionnels (les dépenses « Covid » sont à l'origine de 0,2 Md€ de dépassement).

Tel qu'il peut être constaté à ce stade, le montant du dépassement hors dépenses « Covid », soit 1,3 Md€, excède légèrement le seuil d'alerte à partir duquel des mesures de redressement auraient dû être mises en œuvre.

Des dépenses de soins de ville beaucoup plus dynamiques que prévu

Les dépenses de soins de ville (109,9 Md€) ont augmenté de 4,1 %, contre 3,2 % prévus par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, ce qui traduit un dépassement de 1,5 Md€ par rapport à la prévision initiale.

Par ordre décroissant d'importance en montant, le dépassement de la prévision initiale est imputable aux médicaments (nets de recettes atténuatives), aux indemnités journalières, aux honoraires de médecins spécialistes, aux honoraires des masseurs-kinésithérapeutes, aux actes de biologie médicale en laboratoire, aux dispositifs médicaux et aux dépenses hors prestations. Les dépenses de médicaments et d'actes de biologie médicale ont de surcroît dépassé la prévision révisée à la hausse par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Les postes de dépenses les plus dynamiques ont été les dépenses hors prestations, principalement composées de prises en charge de cotisations en faveur d'une partie des professionnels de santé (+ 8,3 % contre + 3,0 % dans la prévision sous-jacente à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024), les indemnités journalières (+ 8,0 % contre + 4,8 %), les dispositifs médicaux (+ 5,7 % contre 4,3 %¹), les honoraires paramédicaux (+ 5,7 % contre + 5,5 %), les honoraires de médecins spécialistes (+ 4,6 % contre + 3,1 %, cet écart de prévision étant de fait compensé pour l'essentiel² par une moindre progression des honoraires de médecins généralistes et une diminution³ plus forte qu'anticipé des honoraires des chirurgiens-dentistes) et les dépenses de médicaments (+ 3,3 %⁴ contre + 1,8 %).

Les produits de santé ont été à l'origine de plus d'un tiers de la croissance des dépenses du sous-objectif des soins de ville (35,7 %) et les indemnités journalières de plus d'un quart (26,1 %).

¹ Y compris les remises sur le prix public des dispositifs, qui constituent des recettes atténuatives des dépenses.

² Au total, les dépenses d'honoraires médicaux et dentaires ont augmenté de 2,9 % pour une prévision de 2,7 %.

³ Au 15 octobre 2023, la prise en charge des soins dentaires par l'assurance maladie a été réduite de 70 % à 60 % des honoraires remboursables.

⁴ Cette évolution intègre l'incidence des remises sur le prix public des médicaments et de la clause de sauvegarde, qui constituent des recettes atténuatives des dépenses.

La croissance des dépenses d'indemnités journalières au titre des risques maladie et accidents du travail - maladies professionnelles (17,1 Md€ constatés), soit 8 % pour l'ensemble des régimes après correction des jours ouvrés et des variations saisonnières, est principalement attribuable à la hausse du nombre de jours d'arrêt de travail indemnisés (effet volume)⁵, alors que celle du montant moyen de l'indemnité versée (effet prix) avait eu un impact prépondérant en 2023 comme en 2022, sous l'effet des revalorisations du Smic. Sur le champ du régime général de sécurité sociale, la croissance en volume des indemnités journalières en 2024 (+ 3,9 points, contre + 3,6 points en valeur) dépasse celle qui pouvait être constatée en moyenne entre 2016 et 2019. Les deux classes d'âge extrêmes (les moins de 29 ans et les 60 ans et plus) contribuent pour plus de moitié à la hausse des dépenses ; c'est aussi pour ces deux classes d'âge que le nombre moyen de jours d'arrêt de travail augmente le plus.

Le montant des dépenses de médicaments nettes de remises sur le prix public des médicaments et de la clause de sauvegarde (31,8 Md€ constatés sur le double champ des soins de ville et des établissements de santé⁶, avant application de la clause de sauvegarde) a crû de 5,7 %, contre 4,0 % dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. L'écart correspondant (soit 0,5 Md€ de dépenses en plus) recouvre deux mouvements de sens opposé : une moindre croissance des dépenses brutes de médicaments que celle prévue par la loi de financement (+ 6,4 % contre + 7,5 %) ; une décélération plus marquée des remises que celle prévue (+ 8,7 % contre 20,2 %), après des progressions considérables⁷. Le rendement de la clause de sauvegarde a légèrement dépassé la prévision (1,7 Md€, soit + 0,1 Md€). Sur le champ des soins de ville, comme en 2023 la dynamique des dépenses est attribuable pour l'essentiel au déplacement de la consommation vers des médicaments en moyenne plus onéreux (effet de structure), tandis que l'évolution du nombre de boîtes (effet volume) n'a qu'une incidence réduite.

Une progression des dépenses relatives aux établissements de santé plus forte qu'anticipé

Les dépenses constatées relatives aux établissements de santé (105,4 Md€) ont progressé de 2,5 %. Leur montant est inférieur à la prévision rectifiée à la hausse de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (de 0,2 Md€), mais dépasse celle de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 (de 0,2 Md€).

En montant, le principal dépassement concerne les activités tarifées de médecine, chirurgie et obstétrique ou MCO (soit 0,1 Md€). La campagne tarifaire 2024 des établissements de santé reposait sur l'hypothèse d'une progression de 2,2 % du volume économique de ces activités corrigé des jours ouvrés, hors actes et consultations externes et hospitalisation à domicile. En définitive, cette progression a atteint 2,5 %, sous l'effet d'une accélération de l'activité des établissements ex-DG⁸ (+ 3 % par rapport à décembre 2023, contre + 0,8 % pour les établissements ex-OQN⁹). Le gel définitif d'une partie des recettes tarifaires de MCO et d'hospitalisation à domicile (HAD) par application du coefficient prudentiel des tarifs (soit 0,3 Md€) a permis de limiter l'ampleur du dépassement. Pour leur part, les dotations mises en réserve n'ont pas fait l'objet d'annulations ou d'un gel définitif.

⁵ L'effet volume l'emporte en 2024 sur l'effet prix pour les indemnités d'accidents du travail - maladies professionnelles, les effets volume et prix ont un impact comparable pour les indemnités de maladie de trois mois et plus et l'effet prix l'avait emporté sur l'effet volume pour les indemnités maladie de moins de trois mois.

⁶ Pour ces derniers au titre des médicaments de la liste en sus des tarifs, financés par l'assurance maladie.

⁷ Entre 2017 et 2023, le montant des remises (y compris les avoirs sur remises) est passé de 1,6 Md€ à 8,2 Md€. Il a atteint 8,95 Md€ en exécution 2024.

⁸ Établissements relevant du champ de l'ex-dotation globale. Il s'agit de l'ensemble des établissements publics et la plupart des établissements privés non lucratifs.

⁹ Établissements relevant du champ de l'ex-objectif quantitatif national. Il s'agit exclusivement d'établissements privés, pour la plupart à caractère lucratif.

Les autres sous-objectifs

Les dépenses de l'objectif global de dépenses médico-sociales en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées (31,2 Md€ au total) ont été inférieures de 0,3 Md€ au montant prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. À titre principal (0,2 Md€), cette sous-exécution traduit l'incidence d'annulations de crédits visant à limiter l'ampleur du dépassement en exécution de la prévision initiale de l'ONDAM 2024.

Le montant des dépenses du sous-objectif « fonds d'intervention régional / soutien national à l'investissement » (6,6 Md€) a légèrement dépassé celui fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 (de 0,1 Md€), tout en étant un peu inférieur à celui révisé à la hausse par la loi de financement pour 2025 (6,7 Md€).

Le montant des autres prises en charge (3,2 Md€) connaît une légère sous-exécution (de 0,1 M€) par rapport à celui prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, tout en étant un peu plus élevé que celui révisé à la baisse par la loi de financement pour 2025.

La prévision de l'ONDAM 2025

Une accélération de l'ONDAM en volume en 2025

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025¹⁰ a fixé à 265,9 Md€ le montant des dépenses relevant de l'ONDAM pour cette même année, soit une progression de 3,4 % par rapport au montant de l'ONDAM révisé à la hausse par la loi de financement pour 2025¹¹. La prévision ne distingue plus les dépenses liées à la crise « Covid » des autres.

Les dépenses progresseraient donc en 2025 au même rythme qu'en 2024, soit + 3,4 % en euros courants. Compte tenu du ralentissement de l'inflation, elles connaîtraient toutefois une accélération en volume : + 2 points¹², contre + 1,4 point¹³ dans le constat provisoire de l'exécution de l'ONDAM en 2024.

Selon la loi de financement, les dépenses de soins de ville (113,2 Md€) augmenteraient de 2,8 %, les financements accordés aux établissements de santé (109,6 Md€) de 3,8 %, ceux destinés aux établissements et services médico-sociaux (33,3 Md€) de 5,4 % et les autres prises en charge (3,4 Md€) de 7,4 %. Les dépenses consacrées au fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement (6,3 Md€) diminueraient en revanche (- 4,4 %).

Un montant accru d'économies et, plus encore, de mesures nouvelles en dépenses

La cible de dépenses intègre un montant d'économies plus élevé qu'en 2024 (4,3 Md€ contre 3,5 Md€ dans la loi de financement pour 2024) et un montant sensiblement accru de mesures nouvelles (6,2 Md€ contre 4,6 Md€ dans la loi de financement pour 2024).

¹⁰ Dans le projet de loi de financement pour 2025, l'ONDAM 2025 était fixé à 263,9 Md€, soit une progression de 2,8 %. Sa construction intégrait un montant plus élevé d'économies (4,9 Md€) et en revanche un montant moindre mesures nouvelles (4,2 Md€).

¹¹ Le taux de cette progression est identique y compris ou sans dépenses « Covid » (dont le montant est estimé à 0,5 Md€, comme dans la prévision pour 2024 rectifiée par la loi de financement pour 2025).

¹² Compte tenu de la prévision d'inflation de 1,4 % retenue par la loi de financement pour 2025.

¹³ Selon l'Insee, l'inflation s'est élevée à 2 % en 2024.

Les mesures d'économies concernent les soins de ville (- 2,9 Md€, au titre de baisses de prix des produits de santé, de la régulation des dépenses en matière notamment d'actes de biologie et de prestations de transport et de l'abaissement au 1^{er} avril 2025 de 1,8 à 1,4 Smic du plafond du revenu d'activité pris en compte pour calculer les indemnités journalières maladie), les établissements de santé (- 1,3 Md€ au titre principalement de baisses de prix des produits de santé de la liste en sus, de gains d'efficacité liés à l'optimisation des achats et au développement du mode ambulatoire de prise en charge des patients et de l'indexation du tarif national journalier de prestations sur l'inflation¹⁴) et les établissements et services médico-sociaux (- 0,1 Md€ au titre de gains de productivité dans ces derniers).

Bénéficient de mesures nouvelles positives les soins de ville (1,8 Md€, dont 1,7 Md€ au titre des mesures conventionnelles - et 1 Md€ pour la seule convention médicale¹⁵), les établissements de santé (1,8 Md€, dont 0,8 Md€ prévus dans le projet initial et 1 Md€ de moyens supplémentaires accordés au cours de la discussion parlementaire), 1 Md€ pour compenser l'impact du relèvement des taux de cotisations à la CNRACL¹⁶ (réparti entre les établissements de santé pour 0,9 Md€ et les établissements et services médico-sociaux pour le solde), les établissements et services médico-sociaux (1,4 Md€, dont 0,9 Md€ de mesures d'amélioration de l'offre et 0,3 Md€ d'aides exceptionnelles à ces structures), enfin 0,1 Md€ pour le fonds d'intervention régional et le soutien national à l'investissement et 0,2 Md€ pour les autres prises en charge.

Des risques importants de dépassement de l'objectif fixé pour 2025, à défaut d'un encadrement effectif des dépenses de soins de ville

Certains dispositifs ou circonstances favorisent une exécution de l'ONDAM conforme à sa prévision de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 :

- Le montant des financements de l'assurance maladie mis en réserve en début d'année a été accru. Ainsi, 1,1 Md€ de financements ont été mis en réserve (dont 420 M€ sur l'activité tarifée des établissements de santé au titre de la médecine, chirurgie et obstétrique et 680 M€ au titre de dotations aux établissements de santé, aux établissements et services médico-sociaux, au fonds d'intervention régional géré par les agences régionales de santé et aux autres prises en charge), contre 765 M€ en 2024 (dont 409 M€ et 356 M€).
- La sous-exécution en 2024 du sous-objectif de l'ONDAM relatif aux soins de ville par rapport à la prévision révisée à la hausse par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 induit un effet de base favorable proche de 280 M€. Il pourrait absorber des dépassements survenant, le cas échéant, sur différents postes de ce sous-objectif.

¹⁴ Qui constitue la base du calcul du reste à charge pour les patients après prise en charge par l'assurance maladie. Comme en 2024, la revalorisation du montant du reste à charge en 2025 a pour contrepartie, toutes choses égales par ailleurs, une réduction du financement des établissements par l'assurance maladie.

¹⁵ Dont les effets en 2024 ont concerné la seule période du 15 décembre au 31 décembre 2024.

¹⁶ Afin de contenir le déficit du régime de retraite des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, la loi de financement pour 2025 a prévu une augmentation de trois points par an entre 2025 et 2028, soit 12 points au total, du taux de cotisation des employeurs territoriaux et hospitaliers à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) qui en assure la gestion. L'ONDAM 2025 intègre une compensation aux établissements publics de santé de l'impact du relèvement du taux de cotisation en 2025, ainsi que de celle de la hausse d'un point du taux de cotisation intervenue en 2024 (celle-ci était compensée aux employeurs territoriaux et hospitaliers pour cette seule année, par une réduction d'un point du taux de cotisation à l'assurance maladie). Un décret n° 2025-86 du 30 janvier 2025 a relevé le taux de cotisation pour les quatre années 2025 à 2028.

- Une grande partie des économies prévues par la loi de financement pour 2025, soit 3,2 Md€ sur 4,3 Md€, sont d'ores et déjà acquises. Elles correspondent notamment à des baisses de prix des médicaments, à la prise en compte dans les tarifs 2025 des gains de productivité attendus des établissements de santé, à l'abaissement du plafond du revenu d'activité pris en compte pour calculer les indemnités journalières¹⁷, à la baisse des tarifs des actes de biologie médicale en application de décisions de l'assurance maladie, au plan « bon usage des médicaments » et à l'effet report en année pleine du doublement du montant des franchises et des participations forfaitaires (intervenu respectivement le 31 mars et le 15 mai 2024).

Le respect de l'ONDAM prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 est toutefois affecté par des incertitudes et des faiblesses de construction :

- Les 1,1 Md€ d'économies non encore acquises, qui concernent notamment les médicaments, pourraient n'être que partiellement réalisées en 2024.

- Les mesures d'économies s'appliquent à une évolution tendancielle des dépenses dont l'estimation présente des aléas. S'agissant des soins de ville, le tendanciel d'évolution des dépenses intègre 0,9 Md€ d'économies au titre de la maîtrise médicalisée des dépenses et de la lutte contre les fraudes à l'assurance maladie, principalement commises par les professionnels de santé. Certes, l'aléa pour l'exécution de l'ONDAM 2025 n'est pas plus important que pour celle de l'ONDAM 2024 : le montant global des économies est identique à celui de l'année 2024, avec une répartition différente¹⁸ entre les différents postes concernés. Toutefois, année après année, la réalisation des économies liées à la maîtrise médicalisée et à la lutte contre les fraudes n'est que partiellement documentée. Leur réalité n'est ainsi que partiellement avérée.

- Les produits de santé des sous-objectifs des soins de ville et des établissements de santé tiennent une place importante dans l'ensemble des dépenses de l'ONDAM (42,2 Md€, nets de remises et de clauses de sauvegarde, soit près de 16 % de l'ONDAM prévisionnel total) et, plus encore, dans les économies à réaliser (2,2 Md€, soit plus de la moitié du montant total des économies). Ces économies auraient un fort effet de freinage sur les dépenses en 2025 : celles-ci progresseraient de 1,8 %, contre 5,7 % pour l'exécution 2024, alors que leur croissance a au contraire accéléré depuis le début de la décennie précédente¹⁹. Cet effet est toutefois tributaire de la concrétisation effective d'une grande partie de ces économies. En outre, le niveau même des remises relatives aux médicaments dans la construction de l'ONDAM (10,6 Md€ en 2025) suscite un aléa important pour la prévision et donc pour l'exécution des dépenses de médicaments : le montant des remises résulte de l'application de contrats propres aux différents médicaments et n'est généralement pas proportionnel au montant brut des dépenses.

¹⁷ Décret n° 2025-160 du 20 février 2025.

¹⁸ Plus d'économies au titre des indemnités journalières et des honoraires médicaux et paramédicaux, moins au titre des produits de santé, des transports et de la biologie.

¹⁹ Pour les médicaments, l'augmentation des dépenses (y compris remises et clause de sauvegarde) s'était élevée en moyenne à 0,2 % par an entre 2010 et 2019 et à 1,7 % par an entre 2019 et 2023. En 2024, elle a atteint 5,2 %.

- Les mises en réserve de financements constituées en début d'année (1,1 Md€) portent sur l'ensemble des sous-objectifs, à l'exception des soins de ville. Elles sont en fait inégalement fongibles entre les sous-objectifs, notamment avec celui des soins de ville.

Compte tenu de la situation financière dégradée des établissements publics de santé (voir *infra*), il paraît exclu que les mises en réserve de financements qui leur sont destinés (627 M€, dont 420 M€ au titre du coefficient prudentiel et 267 M€ au titre de dotations) soient en tout ou partie définitivement gelées ou annulées afin de compenser un éventuel dépassement du sous-objectif des soins de ville. Cela n'a d'ailleurs pas été le cas en 2024, bien que la prévision initiale de dépenses du sous-objectif des soins de ville ait été amplement dépassée. Si un redéploiement était opéré vers le sous-objectif des dépenses de soins de ville, le déficit des établissements publics de santé pourrait s'en trouver encore accru. Dans ce cas de figure, l'impact de la réduction des financements de l'assurance maladie destinés aux établissements de santé sur le déficit de l'ensemble des administrations publiques serait inférieur au montant de la réduction de ces financements.

En outre, la situation financière dégradée d'un grand nombre d'établissements et services médico-sociaux²⁰ crée un aléa important pour l'éventuelle réaffectation au sous-objectif des soins de ville des mises en réserve de dotations destinées à ces structures. L'ordre de grandeur de ces mises en réserve est lui-même proche de celui de la mesure exceptionnelle de soutien adoptée dans le cadre de la loi de financement (0,3 Md€).

*

En définitive, l'ONDAM 2025, comme ceux qui l'ont précédé, a pour principale faiblesse que la construction de la prévision du sous-objectif des soins de ville n'intègre pas de réserve identifiée et que les financements destinés aux soins de ville, contrairement à tous les autres sous-objectifs, ne font pas l'objet de mises en réserve en début d'année afin de compenser un dépassement éventuel des dépenses de ce même sous-objectif.

Si la sous-exécution en 2024 du sous-objectif des soins de ville par rapport à la prévision révisée à la hausse en loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 est à l'origine d'un effet de base favorable pour l'ONDAM exécuté en 2025, cet effet ne représente jamais que 0,25 % du montant prévisionnel des dépenses de soins de ville en 2025.

Le point de fuite majeur de l'ONDAM lié au déficit des établissements publics de santé

Depuis 2021, les établissements publics de santé enregistrent un déficit croissant. Selon l'estimation du ministère chargé de la santé, le déficit du seul budget principal pourrait être compris entre 2,8 Md€ et 3 Md€ en 2024, contre 1,9 Md€ en 2023 et 0,2 Md€ en 2020. En 2024, 66 % des établissements publics de santé seraient en déficit au niveau de leur budget principal.

Le déficit consolidé, incluant également les budgets annexes, serait encore plus élevé : il atteindrait entre 3 Md€ et 3,2 Md€, contre 2,3 Md€ en 2023 et 0,1 Md€ en 2020.

Ces estimations restent à confirmer par les remontées comptables définitives des établissements publics de santé, dont le calendrier est trop tardif²¹. Néanmoins, elles indiquent dès à présent une poursuite de la dégradation de leur situation financière.

²⁰ L'annexe 6 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 fait état de près de 55 % d'Ehpad déficitaires en 2022 (+ 15 points par rapport à 2021). Selon l'estimation du rapporteur général du projet de loi de financement à l'Assemblée nationale, plus de 60 % seraient déficitaires en 2023 ; cette proportion passerait à près de 80 % en 2024.

²¹ En principe, les établissements transmettent leurs comptes début juillet de l'année N+1. Les transmissions s'étalent en pratique sur une durée encore plus longue.

L'alourdissement du déficit des établissements publics de santé en 2024 traduit une progression plus forte de leurs charges (+ 3,5 % anticipés pour 2024, malgré la baisse des prix de l'énergie, au titre notamment des personnels et des dépenses liées à l'activité de soins) que de leurs produits (+ 2,4 %, dont + 3 % pour les produits provenant de l'assurance maladie).

Les produits des établissements publics de santé n'absorbent pas en totalité leurs charges, bien que leur activité ait retrouvé et même légèrement dépassé en 2024 son niveau de 2019, avant la crise sanitaire. Il s'agit cependant là d'une moyenne nationale : en 2024, 139 établissements publics de santé, dont deux centres hospitaliers universitaires, ont toujours une activité inférieure d'au moins 5 % à celle de 2019. Cela étant, des établissements dont l'activité dépasse, même significativement, celle de 2019 ne sont pas nécessairement à l'équilibre.

L'ONDAM 2025 pourrait avoir des effets ambivalents sur le solde des établissements publics de santé. Sa construction intègre une mesure de soutien aux établissements de santé (1 Md€, tous statuts confondus) qui pourrait venir réduire leur déficit ; la transformation de cette mesure de soutien en une réduction du déficit hospitalier n'a cependant pas un caractère mécanique. Cette même construction intègre par ailleurs un important volant d'économies internes aux établissements (1,3 Md€, dont 0,7 Md€ hors produits de santé), dont la non-réalisation viendrait aggraver le déficit des établissements publics de santé.

*

Le comité appelle donc à une vigilance renforcée sur l'évolution en 2025 des dépenses de soins de ville et à une action déterminée visant à réduire le point de fuite majeur de l'ONDAM que constitue le déficit croissant des établissements publics de santé.

Comme l'a déjà souligné le comité, une réduction du déficit des établissements publics de santé nécessite une remontée plus rapide de leurs comptes définitifs, une analyse précise des facteurs explicatifs de l'évolution de leurs charges d'exploitation, un suivi continu à ce titre des évolutions comparées de leur activité et de leurs effectifs et la mise en œuvre de mesures de réorganisation de l'offre de soins, notamment pour les établissements qui ne paraissent pas en mesure de retrouver à un horizon prévisible un niveau d'activité au moins équivalent à celui de l'avant « Covid ».

La non-reconduction en 2025 du dispositif de sécurisation des recettes des hôpitaux (sécurisation modulée à l'activité), qui bénéficiait aux établissements n'ayant pas retrouvé leur niveau d'activité de 2019, indépendamment de leur situation financière, rend d'autant plus nécessaire le déploiement de telles mesures.

Les données d'évolution des dépenses d'assurance maladie soulignent par ailleurs les enjeux déterminants que constituent la connaissance, l'évaluation et la diffusion des bonnes pratiques, le bon usage des produits de santé, le développement de parcours de soins coordonnés entre les différents acteurs du système de santé, en ville et en établissement, l'organisation des temps de travail et la qualité des formations, pour ne citer que quelques-uns des principaux leviers d'une amélioration de la qualité des dépenses d'assurance maladie.

Le comité d'alerte procédera à un nouvel examen des dépenses couvertes par l'ONDAM dans son prochain avis qui sera publié en juin prochain.

Le comité d'alerte

Jean-Pierre VIOLA Alain CORDIER
Jean-Luc TAVERNIER

VI.2 Avis du Comité d'alerte n°2025-2 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Rappel des missions du comité d'alerte

L'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale prévoit que « Chaque année, au plus tard le 1^{er} juin, et en tant que de besoin », le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie « rend un avis sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'exercice en cours. Il analyse notamment l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie.

Lorsque le comité considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif national de dépenses d'assurance maladie avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret qui ne peut excéder 1 %, il le notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Celles-ci proposent des mesures de redressement. Le comité rend un avis sur l'impact financier de ces mesures et, le cas échéant, de celles que l'État entend prendre pour sa part ».

En application de l'article D. 114-4-0-17 du code de la sécurité sociale, le seuil précité est fixé à 0,5 % du montant de l'objectif fixé par la loi de financement de la sécurité sociale. Pour 2025, le montant de ce seuil s'élève ainsi à 1,3 Md€.

Afin de disposer d'éléments d'analyse actualisés, prenant notamment en compte les dépenses à fin avril, et mener un dialogue approfondi avec l'ensemble des administrations concernées, le comité d'alerte a pris l'initiative de repousser de quelques jours la communication du présent avis.

Portée de l'avis du comité d'alerte

Les textes ne requièrent pas l'expression par le comité d'alerte d'une certitude sur le dépassement ou l'absence de dépassement à venir de l'objectif fixé par la loi de financement pour l'année en cours, ce que permettrait d'ailleurs difficilement le calendrier en fonction duquel il doit exprimer son second avis.

Ils demandent simplement au comité d'apprécier si, au moment où il exprime son deuxième avis, en fonction des éléments d'information et d'analyse qu'il a réunis ou pu établir, il existe « un risque sérieux » de dépassement de l'objectif fixé par la loi de financement.

Il est ainsi possible qu'un « risque sérieux » que reconnaîtrait le comité d'alerte se concrétise ou bien ne se concrétise pas d'ici la fin de l'année, indépendamment ou à la suite des mesures devant être adoptées en cas d'alerte en application des dispositions de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.

Un risque sérieux de dépassement de l'objectif fixé pour 2025

1/ Dans un premier avis rendu le 15 avril, le comité d'alerte a souligné qu'en 2024, les dépenses relevant de l'ONDAM ont dépassé de 1,5 Md€ le montant de l'objectif fixé par la loi de financement pour 2024 (soit + 0,6 % de l'objectif initial).

En outre, il a souligné la fragilité de la construction de l'ONDAM 2025 adopté par le Parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, les risques de dépassement de l'objectif qui en résultent et l'élargissement du « point de fuite » de l'ONDAM que constitue le déficit croissant des établissements publics de santé.

Un « point de fuite » majeur de l'ONDAM : le déficit des établissements publics de santé

Depuis 2021, les établissements publics de santé enregistrent un déficit croissant. Selon l'estimation du ministère chargé de la santé, le déficit du seul budget principal pourrait être compris entre 2,8 Md€ et 3 Md€ en 2024, contre 1,9 Md€ en 2023 et 0,2 Md€ en 2020. En 2024, 66 % des établissements publics de santé seraient en déficit au niveau de leur

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a fixé à 265,9 Md€ le montant des dépenses relevant de l'ONDAM pour cette même année, soit une progression de 3,4 % par rapport à l'ONDAM 2024 révisé à la hausse par la loi de financement pour 2025¹.

Les dépenses prévues en loi de financement de la sécurité sociale progresseraient en 2025 au même rythme qu'en 2024, soit + 3,3 % en euros courants. Compte tenu du ralentissement de l'inflation, elles connaîtraient une accélération en volume : + 2,1 points², contre + 1,5 point³ dans le constat provisoire de l'exécution de l'ONDAM en 2024.

Par rapport à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, la cible de dépenses intègre en 2025 un montant sensiblement accru de mesures nouvelles (6,2 Md€ contre 4,6 Md€) et, symétriquement, un montant d'économies plus élevé (4,3 Md€ contre 3,5 Md€).

2/ Dans son avis n° 1, le comité d'alerte a souligné d'importants aléas de nature à entraîner un dépassement de l'objectif fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Une partie de ces aléas sont en train de se concrétiser, avec des effets très significatifs sur le montant des dépenses :

- S'agissant du sous-objectif des « soins de ville » en dehors des produits de santé, l'évolution à fin avril de la plupart des postes de dépenses apparaît globalement en ligne avec la prévision, à une importante exception près : les indemnités journalières (risques maladie et accidents du travail – maladies professionnelles).

¹ Le taux de cette progression est identique y compris ou sans dépenses « Covid » (dont le montant est estimé à 0,5 Md€, comme dans la prévision pour 2024 rectifiée par la loi de financement pour 2025).

² Compte tenu de la prévision d'inflation (IPCHT) de 1,3 % retenue dans le rapport annuel d'avancement d'avril 2025 du plan budgétaire et structurel à moyen terme et dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2025.

³ Selon l'Insee, l'inflation s'est élevée à 1,8 % en 2024 au sens de l'IPCHT.

Entre janvier et avril 2025, les dépenses d'indemnités journalières du régime général (plus de 90 % du total des dépenses) augmentent de 6,7 % par rapport à la même période de l'année dernière (après correction des jours ouvrés et des variations saisonnières), contre une prévision de 4,0 % dans la construction de l'ONDAM après effet des actions de maîtrise médicalisée (intégrées au tendancier de dépenses), mais avant effet de l'abaissement du plafond de calcul du montant des indemnités par rapport au SMIC qui s'applique aux arrêts de travail à compter du 1^{er} avril 2025 (risque maladie). La dépense est notamment portée par une proportion plus élevée d'arrêts de longue durée qu'à la même période de 2024. Il en résulte un risque de dépassement de la prévision estimable *a minima* à 0,5 Md€ pour l'ensemble de l'année 2025 ;

- Pour ce qui concerne les médicaments, le montant de l'objectif de dépenses pour 2025 intègre une prévision de plus de 2 Md€ d'économies par rapport à l'évolution spontanée des dépenses. Ce montant se décompose en un effort habituel de 1,0 Md€ de baisses de prix, 0,4 Md€ d'économies supplémentaires au titre du bon usage et de la maîtrise médicalisée de la consommation des médicaments (cette dernière économie étant intégrée au tendancier) et 0,7 Md€ d'économies supplémentaires, qui visent à revenir sur le dépassement de l'ONDAM intervenu en 2024. Or :

- ✓ La réalisation du montant de 0,7 Md€ d'économies supplémentaires repose à hauteur de 0,6 Md€ sur la conclusion d'un protocole d'accord entre le LEEM (représentant des entreprises pharmaceutiques) et l'État. Or ce protocole n'a pas été signé à ce jour.
- ✓ Cette réalisation repose par ailleurs, à hauteur de 0,1 Md€, sur des baisses de prix des médicaments génériques. Ces baisses de prix sont conditionnées par la publication d'un arrêté abaissant le taux plafond de remises commerciales sur les génériques et instaurant un taux plafond pour les médicaments hybrides et les biosimilaires substituables. À ce jour, il n'a pas été arrêté de décision sur ce point. L'économie de 0,1 Md€ prévue au titre des médicaments génériques n'est donc pas acquise.
- ✓ S'agissant par ailleurs des économies projetées au titre du bon usage des médicaments, il est aujourd'hui attendu qu'une partie des économies liées à la substitution de médicaments biosimilaires ne sera pas réalisée. En outre, une incertitude marquée affecte le champ d'application exact du dispositif de prescription renforcée visant à encadrer l'usage de certains médicaments. Les aléas correspondants pourraient atteindre 0,1 Md€.

De fait, avant prise en compte de toute autre considération, le montant agrégé des dépassements pouvant être anticipé à ce jour sur les indemnités journalières et les médicaments, soit 1,3 Md€, atteint le montant du seuil d'alerte.

3/ Il pourrait être argué que la mise en réserve de financements de l'assurance maladie effectuée en début d'année (1,1 Md€ au total) permettra de compenser l'essentiel de ces dépassements.

Toutefois, l'essentiel des mises en réserve (0,9 Md€) porte sur des financements destinés aux établissements de santé (687 M€) et aux établissements et services médico-sociaux (241 M€).

Or, comme l'a souligné le comité d'alerte dans son avis n° 1 du 15 avril 2025, la fongibilité des mises en réserve entre les différents sous-objectifs de l'ONDAM est à relativiser :

- La situation financière particulièrement dégradée des établissements publics de santé crée un fort aléa sur l'utilisation des mises en réserve de financements qui leur sont destinés pour couvrir le dépassement prévisible du sous-objectif « soins de ville ». Cet aléa est attesté par le fait qu'aucune réduction de financement destiné aux établissements de santé n'est intervenue en 2024 afin de compenser partiellement le dépassement du sous-objectif « soins de ville ».

De plus, facteur nouveau par rapport à ceux pris en compte par le comité d'alerte dans son avis n° 1, l'augmentation de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) du secteur « ex-DG » pourrait être plus élevée que celle prise en compte dans la construction de l'ONDAM 2025, soit + 2,2 %. En effet, cette activité a progressé de + 4,7 % entre janvier et mars 2025 par comparaison avec la même période de l'année 2024. Si cette tendance se prolongeait, un dépassement proche de 1 Md€ apparaîtrait sur l'activité tarifaire MCO du secteur « ex-DG » sur l'ensemble de l'année 2025⁴. Dans cette hypothèse, les mises en réserve de financements de l'assurance maladie effectuées sur le sous-objectif « établissements de santé » pourraient être insuffisantes pour couvrir le dépassement du sous-objectif « établissements de santé », sans même parler de couvrir le dépassement prévisible des dépenses de « soins de ville ».

- S'agissant des mises en réserve de financements destinés aux établissements et services médico-sociaux, elles ont pour partie été employées en 2024 à la couverture du dépassement des dépenses du sous-objectif « soins de ville ». Toutefois, la dégradation de la situation financière d'un grand nombre de structures médico-sociales crée un aléa élevé sur leur annulation pour couvrir un dépassement du sous-objectif « soins de ville » en 2025. De fait, une éventuelle annulation conduirait à aller dans un sens opposé à la mesure d'aide exceptionnelle (0,3 Md€) prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

4/ Le comité d'alerte note par ailleurs un effet de base positif au titre de la sous-exécution de l'ONDAM 2024 par rapport à l'objectif 2024 révisé à la hausse par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (0,3 Md€) et une marge de sous-exécution du sous objectif « soins de ville » liée au report de négociations conventionnelles avec certaines professions de santé (0,1 Md€). Toutefois, la portée de ces économies est affaiblie par les incertitudes entourant la conclusion d'une nouvelle convention avec la profession des taxis, la réalisation de l'économie relative au transport partagé entre patients et par des aléas calendaires affectant la réalisation de certaines économies (baisses de prix et observance) relatives aux dispositifs médicaux (avec un impact majorant potentiel de 0,2 Md€ sur les postes concernés). En tout état de cause, leur montant est trop faible pour qu'elles aient un effet notable sur le constat d'un important dépassement prévisible de l'ONDAM à ce stade de l'année 2025.

5/ Enfin, le comité d'alerte réitère son appréciation du caractère très incertain et circulaire de l'estimation du montant des économies de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville, intégrées à l'évolution tendancielle des dépenses de « soins de ville » (0,9 Md€ dans la construction de l'ONDAM 2025, dont 0,3 Md€ hors maîtrise médicalisée relative aux indemnités journalières et aux médicaments, postes pour lesquels les perspectives de dépassement ont déjà été décrites *supra*). Certes, le montant global des économies est identique à celui de l'année 2024. Toutefois, comme il a été souligné, le sous-objectif des « soins de ville » a été significativement dépassé en 2024, à hauteur de 1,5 Md€ pour des raisons auxquelles la non-réalisation des économies liées à la maîtrise médicalisée des dépenses a pu concourir. Année après année, la réalisation des économies prévues au titre de la maîtrise médicalisée des dépenses n'est que partiellement documentée. Leur réalité n'est ainsi que partiellement avérée. À ce stade de l'année, il n'y a pas de raison qu'il en aille différemment en 2025.

*

⁴ Les tendances sont en revanche trop précoces sur le secteur « ex-OQN » pour envisager une extrapolation à l'ensemble de l'année 2025.

En conséquence et en application de l'article L. 114-4-1, 5^{ème} alinéa du code de la sécurité sociale, le comité d'alerte notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie, dans le cadre de cet avis, son appréciation selon laquelle il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif national de dépenses d'assurance maladie fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 avec une ampleur dépassant le seuil de 0,5 % fixé par l'article D. 114-4-0-17 du code de la sécurité sociale.

Le comité d'alerte est prêt à procéder à un nouvel examen du respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année en cours au vu des mesures que doivent désormais proposer les caisses nationales d'assurance maladie et de celles que l'État entendrait prendre pour sa part et dont il appréciera la portée.

Le comité d'alerte

Jean-Pierre VIOLA Alain CORDIER

Jean-Luc TAVERNIER



VI.3 Avis du Comité d'alerte n°2025-3 sur les mesures annoncées afin de répondre au risque sérieux de dépassement de l'objectif fixé par la loi de financement pour 2025 notifié par le comité d'alerte

En application de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, le comité d'alerte de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a fait part, dans son avis n° 2 du 18 juin dernier, d'un « risque sérieux de dépassement » de plus de 0,5 %, soit de plus de 1,3 Md€, du montant de l'objectif fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Suivant les dispositions de ce même article, le comité d'alerte a notifié cet avis le 19 juin au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie.

Le 24 juin, le directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et la directrice générale de la Mutualité sociale agricole (MSA) ont fait part au comité d'alerte de mesures visant à répondre au risque de dépassement souligné par le comité d'alerte.

Dans une correspondance du 8 juillet, la ministre du travail, de la santé, de la solidarité et des familles, le ministre chargé de la santé et de l'accès aux soins et la ministre chargée des comptes publics ont indiqué reprendre à leur compte l'intégralité des mesures proposées par les caisses nationales d'assurance maladie, d'un montant agrégé de 1,65 Md€, et prévoir des mesures additionnelles d'un montant de 0,09 Md€.

Le montant agrégé des six volets, détaillés ci-après, de mesures d'économie annoncées par la correspondance des ministres du 8 juillet, atteint ainsi 1,74 Md€. Selon les indications données au comité d'alerte, ce montant d'économies, sous réserve de sa réalisation intégrale, a été calibré pour compenser totalement le risque de dépassement du montant prévisionnel de l'ONDAM souligné par le comité d'alerte dans son avis n° 2.

La correspondance des ministres précisait que « des mesures complémentaires seront prises par le Gouvernement si la dynamique de l'ONDAM continuait à faire ressortir des risques prononcés de dépassement ».

En application de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, le comité d'alerte doit rendre un avis sur l'impact financier des mesures de redressement proposées par les caisses nationales d'assurance maladie et, le cas échéant, de celles que l'État entend prendre.

Le présent avis a été établi après instruction auprès de la direction de la sécurité sociale et de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) des mesures annoncées par les ministres et les directeurs généraux des caisses nationales d'assurance maladie. Dans cet objectif, les membres du comité d'alerte ont sollicité tous éléments d'information et de documentation qu'ils ont estimé utiles auprès de la direction de la sécurité sociale et de la CNAM. Le présent avis retrace leur appréciation de la réalité et de la portée des éléments qui leur ont été communiqués. Il ne préjuge pas de l'incidence sur les dépenses de l'année 2025 de mesures décidées depuis la

correspondance précitée des ministres du 8 juillet dernier, ni des effets de l'actualisation des prévisions de dépenses de soins de ville dans le cadre de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

1 - Incidence de l'avis n° 2 du comité d'alerte sur les revalorisations conventionnelles : un ordre de grandeur probable de 150 M€

En application de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, lorsque le comité d'alerte constate l'existence d'un risque sérieux de dépassement de l'objectif fixé par la loi de financement de la sécurité sociale et que ce risque est en tout ou partie imputable à l'évolution des dépenses relevant du sous-objectif des soins de ville, la CNAM doit suspendre l'entrée en vigueur de toutes les mesures conventionnelles ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires conventionnels.

À défaut d'un avenant fixant à nouveau une date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, l'entrée en vigueur des mesures conventionnelles est reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante, en l'espèce le 1^{er} janvier 2026.

Ce report concerne des mesures de l'avenant n° 7 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, de la convention nationale des médecins et de l'avenant n° 1 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux, qui devaient entrer en vigueur au 1^{er} juillet 2025.

Ces reports de revalorisations de tarifs ont un effet certain. Leur impact pour l'année 2025 est estimé à 150 M€. Des éléments détaillés par mesure de revalorisation ont été communiqués au comité d'alerte à l'appui de ce montant. Le comité d'alerte estime en conséquence que ce montant a un caractère probable.

2 – Transport des patients par taxi : un ordre de grandeur vraisemblable d'environ 30 M€

Une convention-cadre nationale a été approuvée par un arrêté le 16 mai 2025. À la suite de la publication de l'arrêté, une nouvelle phase de concertation a été engagée entre le Gouvernement et les représentants de la profession des artisans taxi.

Les correspondances des ministres et des directeurs généraux de caisses nationales d'assurance maladie au comité d'alerte font état d'une économie de 45 M€ en 2025, permise par l'entrée en vigueur de la convention cadre nationale relative à l'établissement d'une convention-type à destination des entreprises de taxi et des organismes locaux d'Assurance maladie, établie par une décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Cette décision est intervenue le 18 juillet 2025 et la nouvelle convention a été approuvée par un arrêté du 29 juillet 2025. Dans cette nouvelle convention, l'entrée en vigueur des mesures tarifaires a été décalée du 1^{er} octobre au 1^{er} novembre.

Les mesures tarifaires ont un effet certain. Les éléments d'information communiqués au comité d'alerte indiquent un montant prévisionnel d'économies de 33 M€ en 2025, et non de 45 M€. Ce montant de 33 M€ se décompose en 30 M€ de gel des tarifs 2025 sur les tarifs préfectoraux de l'année 2024 et de 3 M€ au titre de l'application sur deux mois de la convention-cadre, déduction faite du surcoût lié à des concessions accordées à la profession (notamment l'application d'un tarif kilométrique plancher de 1,07 €). Le comité d'alerte estime que ce montant d'économies de 33 M€ sur l'année 2025, à arrondir à 30 M€, a un caractère vraisemblable.

3 – Le renforcement des actions de maîtrise médicalisée : des montants annoncés d'économies qui doivent contribuer à la réalisation de l'objectif initial d'économies mais ne peuvent être confirmés

Le tendancier d'évolution des dépenses d'assurance maladie pris en compte dans la construction de l'ONDAM intègre un montant prévisionnel de 900 M€ d'économies au titre de la maîtrise médicalisée et de la lutte contre les fraudes, sans distinguer ces deux domaines. Le montant précité de 900 M€ est identique à celui intégré à la construction de l'ONDAM 2024. Dans son avis n° 2, le comité d'alerte a souligné le caractère très incertain de cette estimation. À la suite de cet avis, la CNAM a fait part au comité de deux ensembles de mesures visant à conforter la réalisation de l'objectif de 900 M€ d'économies.

3 - 1 - Renforcement des actions relatives aux indemnités journalières

Dans sa correspondance du 23 juin au comité d'alerte, le directeur général de la CNAM a fait part d'une accélération de la mise en œuvre ou d'une intensification des actions de régulation des arrêts de travail à l'égard des médecins, des assurés et des entreprises, qui permettraient d'engendrer 100 M€ d'économies. Ces économies viendraient conforter la réalisation de l'objectif de 440 M€ d'économies relatives aux indemnités journalières prise en compte dans l'ONDAM 2025 au titre de la maîtrise médicalisée et de la lutte contre les fraudes.

À l'appui de l'économie estimée à ce titre (15 M€), la CNAM a documenté une lettre réseau (18 juillet 2025) prévoyant le contrôle d'un nombre équivalent à celui de 2024 d'établissements ayant une sinistralité atypique (soit 500 établissements).

Les économies estimées au titre des actions en direction des assurés (20 M€) proviendraient pour l'essentiel de la reconduction d'actions déployées en 2024. La CNAM n'a pas documenté les instructions adressées à son réseau.

La CNAM a documenté les actions visant les médecins prescripteurs, dont l'impact attendu est d'au moins 65 M€ : mise sous objectif/sous accord préalable (MSO/MSAP) des 1 000 prescripteurs les plus atypiques, échanges confraternels avec près de 8 000 prescripteurs importants d'arrêts de travail et entretiens confraternels avec les prescripteurs d'arrêts de travail de moins de 6 mois sans motifs ou avec des motifs nécessitant une investigation par le service médical.

S'agissant des prescripteurs, l'estimation du rendement financier des mesures de maîtrise médicalisée est confortée par les données disponibles sur l'efficacité des MSO/MSAP sur les comportements de prescription, l'extension de la cible des MSO/MSAP (1 000 prescripteurs les plus atypiques contre 600 prescripteurs mis sous objectif ou accord préalable fin 2023 / début 2024) et le raccourcissement annoncé du calendrier de la campagne des échanges confraternels (qui doit s'achever fin novembre au lieu de s'étaler jusque début 2026).

Cependant, la cible d'économies intégrée à la construction de l'ONDAM 2025 au titre des indemnités journalières est très volontariste : son montant dépasse de plus d'un tiers celui pris en compte dans la construction de l'ONDAM 2024 (330 M€).

3 - 2 - Renforcement des actions de maîtrise médicalisée et de lutte contre les fraudes hors indemnités journalières

Dans sa correspondance du 23 juin, le directeur général de la CNAM a par ailleurs annoncé 100 M€ d'économies au titre d'actions de maîtrise médicalisée et de lutte contre les fraudes

dans d'autres domaines que les arrêts de travail, principalement au titre de l'usage des médicaments (67 M€ au total), des dispositifs médicaux (15 M€) et des transports (8 M€).

Ces économies doivent conforter la réalisation d'un montant de 460 M€ d'économies au titre de la maîtrise médicalisée et de la lutte contre les fraudes hors indemnités journalières (dont 185 M€ au titre des produits de santé et 50 M€ au titre des transports), intégré à la construction de l'ONDAM 2025.

Malgré le renforcement des actions de maîtrise médicalisée annoncé par la CNAM, la réalisation de l'objectif de 460 M€ d'économies reste incertaine.

*

Pour 2023, tous domaines confondus (indemnités journalières et hors indemnités journalières), les actions de maîtrise médicalisée et de lutte contre les fraudes mises en œuvre par l'assurance maladie auraient permis la réalisation d'un montant global de 718 M€ d'économies, sensiblement plus faible que celui pris en compte dans la construction de l'ONDAM 2025 (900 M€). Les actions annoncées et généralement documentées par la CNAM à la suite de l'avis n° 2 du comité d'alerte requièrent un temps unitaire élevé et souvent incompressible de réalisation par professionnel de santé, assuré ou entreprise, malgré les simplifications apportées à certaines procédures. La réalisation intégrale de l'objectif de 900 M€ d'économies intégré à la construction de l'ONDAM 2025 apparaît aléatoire. De plus, l'effet des mesures annoncées pour un montant total de 200 M€ ne pourra être précisément distingué au sein de l'évaluation des effets des actions de maîtrise médicalisée en 2025, lorsque celle-ci sera effectuée.

4 – Baisses de prix relatives aux médicaments : un ordre de grandeur vraisemblable de 550 M€

Dans leur correspondance du 8 juillet au comité d'alerte, les ministres ont annoncé la réalisation de 550 M€ d'économies au titre de baisses de prix de médicaments.

Ce montant comprend : 270 M€ au titre principalement de l'anticipation à 2025 du plan de baisses de prix pour 2026 ; 50 M€ au titre de baisses de prix sur les médicaments génériques ; 50 M€ d'économies supplémentaires sur les médicaments génériques, à réaliser par des baisses de prix complémentaires en 2025 ; 180 M€ d'économies au titre de l'application des remises conventionnelles aux médicaments commercialisés dans les départements et régions d'outre-mer.

Il est indiqué au comité d'alerte que les baisses interviendront à partir de courant octobre par la voie conventionnelle. Dans l'éventualité d'un échec de la voie conventionnelle, des décisions unilatérales de baisses de prix seront arrêtées. Les baisses de prix entreraient en vigueur au 1^{er} octobre.

La décision d'étendre l'assiette des remises conventionnelles aux ventes de médicaments effectuées dans les départements et régions d'outre-mer a été officialisée le 29 juillet.

Le comité d'alerte a été destinataire d'éléments d'information à l'appui de la réalité et des montants estimatifs des mesures d'économies d'un montant total de 550 M€. Il estime que leur ordre de grandeur a un caractère vraisemblable.

5 – Baisses de prix relatives aux dispositifs médicaux : une confirmation de la sous-réalisation de l'objectif d'économies

Dans son avis n° 2, le comité d'alerte souligne l'existence d'un risque de non-réalisation d'économies au titre des dispositifs médicaux, dont 0,1 Md€ au titre des baisses de prix.

La correspondance des ministres fait état d'une économie prévisionnelle de 25 M€ au titre de certains dispositifs, qui conforterait l'objectif d'économies. La réalité de cette économie a été documentée auprès du comité.

Au vu des informations communiquées depuis lors au comité d'alerte, la cible de 200 M€ d'économies au titre des prix des dispositifs médicaux intégrée à la construction de l'ONDAM 2025 ne serait cependant réalisée qu'à hauteur des deux-tiers. Le risque de non-réalisation de baisses de prix à hauteur de près de 0,1 Md€ se voit ainsi confirmé.

6 – Baisses de dotations à caractère budgétaire : des économies de 770 M€ à confirmer dans la rectification de l'ONDAM 2025 dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026

6 - 1 - Annulations de dotations aux établissements de santé et médico-sociaux, au fonds d'intervention régional et aux opérateurs de l'État financés par l'ONDAM : 680 M€

Dans leur correspondance du 8 juillet au comité d'alerte, les ministres ont annoncé 680 M€ d'économies au titre des dotations prévues pour les établissements de santé et médico-sociaux. Après échange avec la direction de la sécurité sociale, ce montant d'économie se décompose en 267 M€ d'économies au titre des établissements de santé, 125 M€ au titre des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et 116 M€ de ceux accueillant des personnes âgées, 57 M€ au titre des structures accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, 60 M€ au titre du fonds d'intervention régional (FIR) et 54 M€ au titre du financement d'opérateurs de l'État par l'ONDAM.

La direction de la sécurité sociale précise que ces 680 M€ de crédits seront annulés par la voie d'une absence de délégation dans le cadre de la campagne budgétaire des établissements de santé et médico-sociaux ou d'arrêtés de dotation aux structures.

En complément, la réserve de 420 M€ relative aux recettes tarifaires des établissements de santé (coefficient prudentiel) est conservée au sein du sous-objectif de l'ONDAM consacré aux établissements de santé. Il demeure possible de la mobiliser pour compenser l'incidence d'un surcroît d'activité des établissements publics de santé sur les dépenses de l'assurance maladie relatives aux tarifs des établissements par rapport à la prévision intégrée à l'ONDAM 2025. Une décision de cette nature ne serait prise qu'en fin d'année au vu de l'activité observée. Elle n'est par conséquent pas intégrée aux mesures annoncées par les ministres au comité d'alerte.

6 - 2 - Baisse de crédits au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé : 60 M€

Dans leur correspondance du 8 juillet au comité d'alerte, les ministres indiquent avoir décidé de réduire de 60 M€ les crédits de l'assurance maladie destinés au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), dont le montant est fixé à 609 M€ dans l'ONDAM 2025.

6 - 3 - Report de l'entrée en vigueur de la majoration de la rémunération des gardes des praticiens libéraux : 30 M€

Dans leur correspondance du 8 juillet au comité d'alerte, les ministres indiquaient reporter du 1^{er} juillet au 1^{er} novembre 2025 l'entrée en vigueur de la majoration de la rémunération des gardes des praticiens libéraux dans le cadre de la permanence des soins en établissement de santé. Un arrêté du 24 juillet 2025 a acté ce report. Pour une part prépondérante de son montant, l'économie de 30 M€ indiquée au comité d'alerte au titre de la majoration de la rémunération des gardes des praticiens libéraux correspond à une surestimation initiale du coût de cette majoration. Sa réalisation effective dépend de l'absence de réaffectation à d'autres objets, d'ici la fin de l'année 2025, des 30 M€ de crédits gelés sur le FIR qui finance la majoration.

*
* *

En définitive, sur les 1,74 Md€ de mesures d'économies annoncées par les ministres, le comité d'alerte estime que, en l'état des décisions qui ont été arrêtées avant le 1^{er} septembre :

- 770 M€ d'économies sont certaines dans leur nature et leur montant : les baisses de dotations à caractère budgétaire, sous réserve que tout ou partie des crédits correspondants ne soient pas délégués ou réaffectés à un autre objet d'ici la fin de l'année. La direction de la sécurité sociale indique qu'en l'état des décisions arrêtées par les ministres, la rectification de l'ONDAM 2025 dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 intégrera une baisse de 0,8 Md€ de dotations à caractère budgétaire de l'assurance maladie dans le cadre des cinq autres sous-objectifs (établissements de santé, établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées, établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées, fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement et autres prises en charge) que celui des soins de ville ;
- 755 M€ d'économies sont certaines dans leur nature et ont un montant probable ou vraisemblable : les effets du report au 1^{er} janvier 2026 de mesures conventionnelles dont l'entrée en vigueur a été suspendue par l'avis n° 2 du comité d'alerte (150 M€) ; ceux de la nouvelle convention de juillet 2025 avec la profession des taxis (30 M€) ; la baisse de prix d'un dispositif médical (25 M€) ; les baisses de prix de médicaments (550 M€) ;
- 240 M€ d'économies apparaissent devoir être écartées, bien qu'elles se rapportent à des actions généralement certaines dans leur nature : surévaluation des effets de la nouvelle convention avec la profession des taxis (15 M€) ; actions de maîtrise médicalisée des dépenses, dont le montant des effets attendus (200 M€) a un caractère incertain et ne pourra être précisément distingué de l'effet global des actions de maîtrise médicalisée en 2025, lorsque ce dernier sera évalué.

Le comité d'alerte estime que, sous réserve de leur réalisation effective, qui ne pourra être observée qu'*a posteriori*, les 1,5 Md€ d'économies dont il a constaté le caractère certain dans leur nature et le caractère certain, probable ou vraisemblable dans leur montant contribueront à prévenir une dégradation supplémentaire du solde déficitaire des régimes de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse au-delà de celle anticipée par la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport publié le 3 juin dernier (- 21,9 Md€ prévus pour 2025 contre - 15,3 Md€ constatés au titre de 2024).

Le comité d'alerte souligne toutefois que cette appréciation doit s'entendre toutes choses égales par ailleurs. Ainsi, elle ne prend pas en compte l'éventualité, que le comité d'alerte ne peut écarter, d'un dépassement supplémentaire du sous-objectif des soins de ville au-delà de celui qui avait conduit le comité d'alerte à estimer dans son avis n° 2 qu'il existait un risque sérieux de dépassement du montant global de l'ONDAM prévu pour 2025 par la loi de financement de la sécurité sociale pour cette même année. Dans cette éventualité, les économies annoncées (1,74 Md€) et corroborées par le comité d'alerte pour une part prépondérante de leur montant (1,5 Md€) pourraient, même si elles étaient intégralement réalisées, ne pas suffire à prévenir une rectification à la hausse du montant global de l'ONDAM dans la partie rectificative relative à 2025 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Par ailleurs, certaines des économies corroborées par le comité d'alerte sont susceptibles d'entraîner une dégradation de celui d'autres administrations publiques : établissements publics de santé, établissements médico-sociaux publics et opérateurs de l'État financés par l'assurance maladie. Le ministère de la santé avance des éléments de nature à réduire de 0,6 Md€ à 0,2 Md€ ce risque potentiel. S'agissant des établissements de santé, l'effet potentiel sur leur solde des annulations de dotations décidées pour 2025 (soit 267 M€) serait inférieur à 100 M€ en raison, dans la construction de l'ONDAM 2025, d'une surestimation de la compensation attribuée aux employeurs hospitaliers au titre de la hausse des cotisations au régime de retraite des fonctionnaires hospitaliers et de la consolidation dans les dotations de 2025 d'une moindre activité hospitalière que prévu¹. S'agissant des établissements médico-sociaux, les annulations de dotations (soit 241 M€) n'auraient pas d'effet sur leur solde, car certaines mesures nouvelles prises en compte dans la construction de l'ONDAM 2025 sont devenues sans objet (provisions pour mesures salariales ou anticipant la conclusion d'accords de branche, en définitive non stabilisés). Le comité d'alerte prend note de ces indications, tout en soulignant la nécessaire vigilance à porter au solde des entités publiques financées par l'assurance maladie et à ses facteurs explicatifs.

Conformément aux dispositions de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, le comité d'alerte rendra un avis, au plus tard le 15 octobre, dans lequel il appréciera de nouveau le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année en cours. Dans ce même avis, il reviendra aussi sur les « points de fuite » majeurs de la norme de dépenses de l'assurance maladie fixée par le législateur que constituent les déficits des établissements publics de santé et, à un moindre degré, des établissements médico-sociaux publics.

De manière générale, la difficulté à maîtriser l'évolution des dépenses d'assurance maladie, qui motive les avis n° 2 et n° 3 du comité d'alerte en 2025, souligne les enjeux déterminants que constituent la prévention à l'ensemble de ses stades, la connaissance, l'évaluation et la diffusion des bonnes pratiques, le bon usage des produits de santé, le développement de parcours de soins coordonnés entre les différents acteurs du système de santé en ville et en établissement, l'évolution des périmètres de compétences des différentes professions de santé, l'organisation des temps de travail, la qualité des formations initiale et continue, la prise en compte de l'évolution du recours et des modes de soins en établissement et la restitution à l'assurance maladie d'une part plus importante des gains d'efficacité que réalisent les acteurs du système de santé, pour ne citer que quelques-uns des principaux leviers structurels d'une amélioration de l'efficacité des dépenses de l'assurance maladie.

Le comité d'alerte Jean-Pierre VIOLA Alain CORDIER Fabrice LENGART

¹ La moindre dynamique que prévu de l'activité hospitalière en toute fin d'année 2024 a conduit à libérer des crédits dans le cadre de la construction tarifaire 2025. Ces crédits ont été redéployés vers les enveloppes de dotations afin d'abonder les mises en réserve effectuées en début d'année.



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*