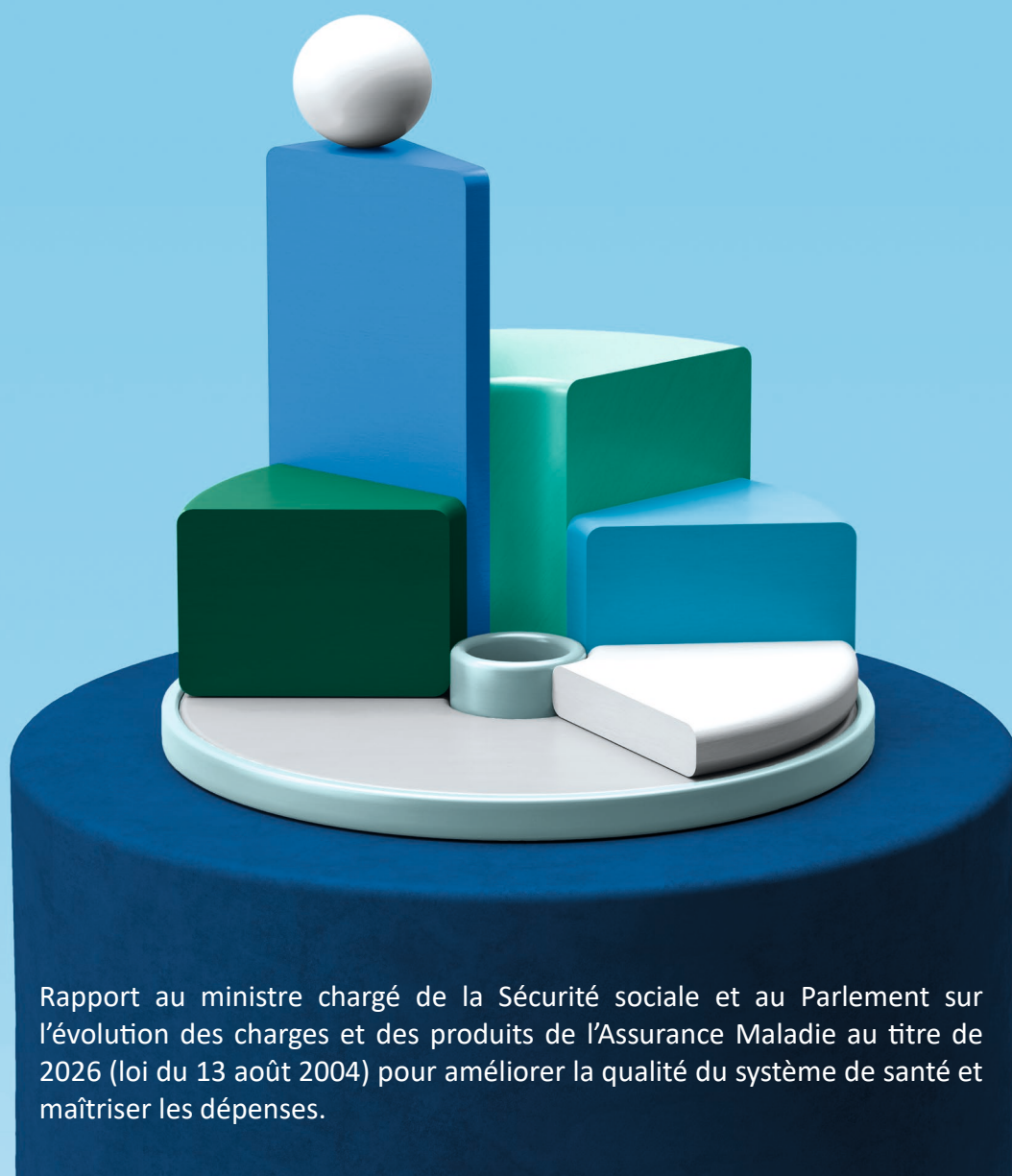




l'Assurance Maladie

Agir ensemble, protéger chacun

SYNTHÈSE DU RAPPORT DE PROPOSITIONS DE L'ASSURANCE MALADIE POUR 2026



Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2026 (loi du 13 août 2004) pour améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses.

NOVEMBRE 2025

ÉDITORIAL

En 2025, nous célébrons les 80 ans de la Sécurité sociale **et la force de notre système d'assurance publique universelle auquel nos concitoyens sont si attachés dépend de sa capacité à garantir sa propre soutenabilité.**

La France peut certes encore se prévaloir d'offrir à ses citoyens **un système de santé d'excellence avec une forte protection publique qui couvre 80 % des dépenses de santé de notre pays** et un reste à charge parmi les plus modérés des pays développés (autour de 7 %).

Mais l'Assurance Maladie est aujourd'hui confrontée à **un déficit qui s'installe, et qui s'aggrave** rapidement, dans un contexte démographique défavorable (vieillesse de la population, explosion des pathologies chroniques), économique et écologique incertain.

Oui, notre modèle d'assurance maladie universelle est en danger.

La Cnam a donc souhaité se mobiliser cette année au travers de son rapport Charges et Produits **pour définir un horizon économique viable tout en garantissant la qualité et l'égal accès aux soins pour tous.**

L'Assurance Maladie, forte de son histoire et de sa gouvernance associant services administratifs et partenaires sociaux, représentants des patients et des mutuelles, a cherché à développer au sein de ce rapport une réflexion approfondie avec l'ensemble des parties prenantes afin de **tracer des perspectives ambitieuses, consensuelles ou non, pour notre système de santé afin de permettre de faire des choix éclairés.**

Le rapport présenté cette année se veut un **appel à la mobilisation générale** de TOUS les acteurs assurés, patients, professionnels de santé, établissements de santé, entreprises, industriels de la santé, à se saisir de TOUS les leviers pour remettre notre assurance maladie sur les rails de la soutenabilité.

Rien ne sera possible sans une **mobilisation massive en faveur de la prévention, qui doit être la grande cause de la décennie**, avec la mobilisation de l'ensemble des acteurs (assurances complémentaires, entreprises, écoles), la lutte contre la diffusion des produits nocifs à la santé, ou encore l'atteinte de nos objectifs en termes de vaccination et de dépistage. Levons tous les blocages individuels à la réalisation des actes de prévention, diffusons partout la culture et le réflexe prévention, dans une logique d'adhésion et non de punition.

Nous devons par ailleurs approfondir **les transformations nécessaires de la prise en charge des patients en lien avec le développement des pathologies chroniques.** À l'horizon 2035, les patients en affection de longue durée pourraient représenter un quart de la population et concentrer trois quarts des dépenses de l'Assurance Maladie. Cela passe par la concrétisation de l'ambition de la coordination des soins avec la création d'un nouveau métier de référent de parcours, la structuration de la prise en charge de la santé mentale et une relecture des modalités de prise en charge des pathologies chroniques.



L'autre champ de propositions concerne **l'indispensable recherche du « juste soin au juste prix ».**

Cette recherche doit s'articuler autour de réformes structurelles qui nous ont permis par le passé de relever les défis auxquels nous sommes confrontés : l'efficacité hospitalière en lançant la vague 2 de la chirurgie ambulatoire, une régulation plus cohérente du prix du médicament pour assurer l'accès aux traitements sans remettre en cause la pérennité du système de santé.

Mais cette recherche doit également être portée par de nouvelles conquêtes d'efficacité médico-économique, en luttant contre le mésusage, le gaspillage, les fraudes, en développant la régulation des rentes économiques, en se mobilisant contre la désinsertion professionnelle dans le cadre des arrêts maladie.

Grâce aux analyses originales menées dans le cadre de ce rapport et notamment sur le coût des médicaments et de l'innovation et les rentes économiques dans certains secteurs de la santé, les économies proposées atteignent un niveau inédit dès 2026 avec 3,9 milliards d'euros documentés. Ces efforts doivent par ailleurs s'ancrer dans une perspective pluriannuelle, car c'est plus de 25 milliards d'euros qu'il sera nécessaire de documenter à l'horizon 2030 pour stopper l'aggravation des déficits et engager le redressement financier de notre système d'assurance maladie.

Thomas Fatôme
Directeur général de la Caisse
nationale de l'Assurance Maladie

ÉDITORIAL

Dans un contexte politique inédit, une situation économique préoccupante et devant l'ampleur du déficit de l'Assurance Maladie, il est plus que jamais urgent de **proposer des solutions innovantes pour sauvegarder notre système de protection sociale universelle, équitable et solidaire.**

Aussi, pour la première fois depuis la réforme de la gouvernance en 2004, **le directeur général a invité le Conseil de la Cnam à participer à l'élaboration du rapport Charges et Produits** dont la vocation est d'éclairer les politiques de santé publique et la représentation nationale pour l'élaboration du prochain projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

Particulièrement conscientes des enjeux, les organisations membres du Conseil se sont mobilisées pour travailler, en collaboration avec les directions de la Cnam, sur un ensemble de thématiques et **explorer, sans tabou, dans un esprit de dialogue et de coconstruction, l'ensemble des leviers envisageables pour revenir progressivement à l'équilibre financier et assurer la pérennité de notre système.**

Centrées autour de problématiques communes en faveur d'un projet global de transformation de notre système de santé, les séances de travail ont abordé des thèmes aussi variés que **la prévention, la pertinence, les médicaments, les pathologies chroniques, les prestations en espèces, la lutte contre la fraude ou les rentes économiques.**

En parallèle, le Conseil a lancé **deux missions** sur des sujets qui méritaient une attention particulière : **une sur les « indemnités journalières et arrêts maladie »** pour comprendre la croissance de ce poste et identifier des leviers ne dégradant pas le niveau de prise en charge des assurés ; **l'autre sur le « financement de la branche maladie »** et les moyens de revenir à l'équilibre. En auditionnant des experts d'horizons différents, ces travaux ont permis de dégager un certain nombre de conclusions qui ont utilement enrichi ce rapport.

Au terme de ces travaux, je peux affirmer que **la démocratie sociale a su s'engager et démontrer sa capacité à proposer des solutions structurantes.** Si certaines mesures se sont avérées consensuelles, d'autres, plus controversées, ont été explorées, analysées de manière à mettre en évidence, pour chacune d'entre elles, les bénéfices et les risques. Pour autant, dans un souci de transparence, les contributions et positionnements des organisations membres du Conseil sont annexés à ce rapport.

Pour 2026, ce rapport se veut donc plus structurel et plus offensif sur les phénomènes de rentes économiques et les pratiques inefficientes pour lesquelles les acteurs, les effecteurs et les financeurs du système de santé doivent avoir une démarche partagée tant sur les dépenses que sur les recettes. En outre, ce rapport démontre la nécessité de s'attaquer, dans une logique intersectorielle, aux facteurs de risque d'aggravation des pathologies chroniques et de renforcer la fonction d'assureur de l'Assurance Maladie, notamment par la refonte des taxes sur les produits nocifs pour la santé.



" Sauvegarder notre système de protection sociale universelle, équitable et solidaire."

Face à une Assemblée nationale fragmentée, **j'espère que ce travail collectif** qui a permis de dégager une voie équilibrée **guidera**, en cette année du 80e anniversaire de la Sécurité sociale, **les choix des parlementaires et amènera à des décisions responsables pour la pérennité d'un système d'assurance maladie** auquel nous sommes tous très attachés.

Fabrice Gombert
Président du Conseil de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie

PARTIE 1

PANORAMA DU SYSTÈME DE SANTÉ

La force de notre système d'assurance publique universelle dépend de sa capacité à évoluer et à se réinventer pour rétablir sa soutenabilité et garantir un accès à des soins de qualité pour tous. Avec cette édition 2026, l'Assurance Maladie entend proposer un ensemble de mesures destinées à atteindre ces deux objectifs, grâce à des transformations structurelles de notre système de santé.

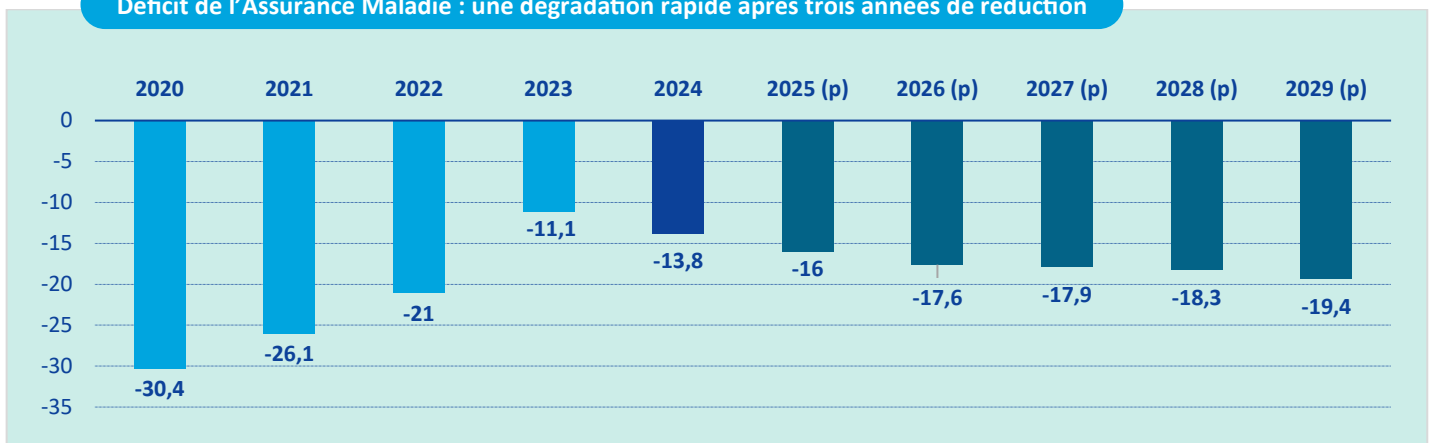
L'exception solidaire française

La France est le troisième pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) à investir le plus largement dans la santé : en 2022, 11,9 % du produit intérieur brut (PIB) est consacré à la santé et les dépenses de santé par habitant atteignent 4 620 euros en parité de pouvoir d'achat¹. Ce niveau d'investissement permet de garantir une large couverture de l'assurance maladie obligatoire (AMO) qui prend en charge environ 80 % des dépenses de santé. En conséquence, le reste à charge des patients figure parmi les plus faibles au monde (~ 7 %).

Grâce notamment à ce système fondamentalement protecteur, la France a une espérance de vie à la naissance parmi les plus élevées au monde et supérieure de deux ans à la moyenne de l'Union européenne. Par ailleurs, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans augmente régulièrement en France : une femme peut ainsi espérer vivre en « bonne santé » jusqu'à 77 ans en moyenne et un homme jusqu'à 75,5 ans.

La préservation de ce modèle nécessite de rendre soutenable financièrement notre système d'assurance maladie

Déficit de l'Assurance Maladie : une dégradation rapide après trois années de réduction



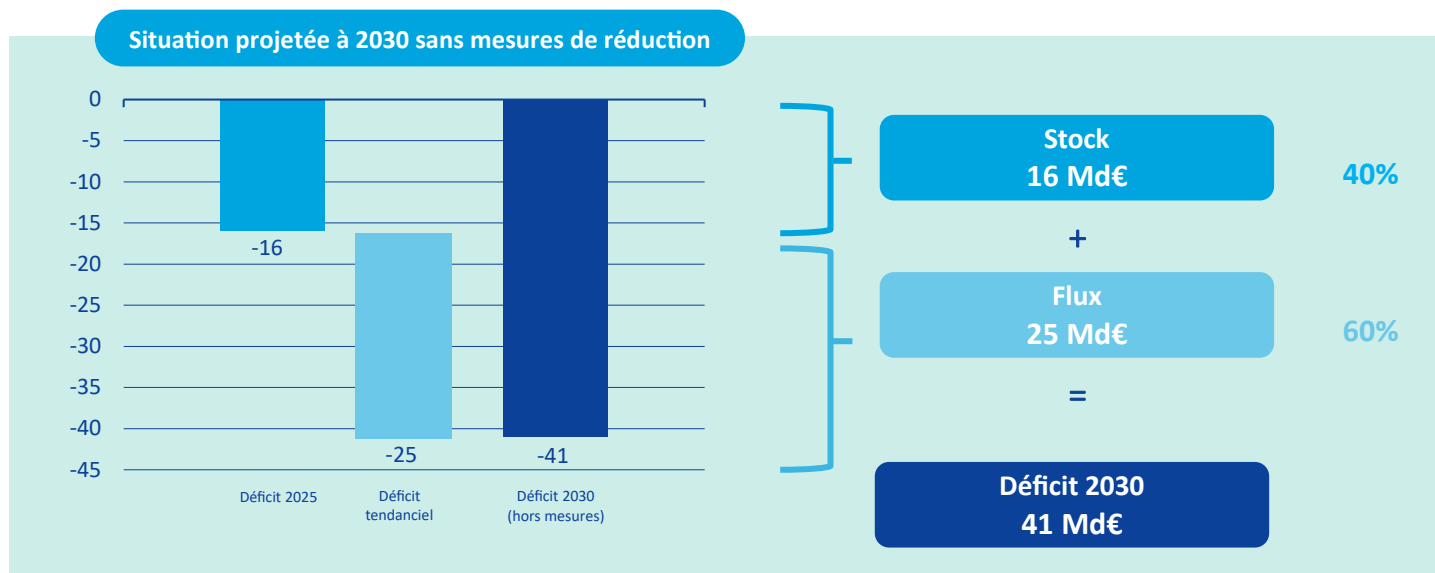
(p) : prévisions

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale, juin 2025

En 2024, la situation financière de l'Assurance Maladie s'est de nouveau dégradée, avec une augmentation de son déficit : celui-ci s'établit à 13,8 milliards d'euros, en rupture par rapport au redressement des comptes post-crise sanitaire de 2020. Ce niveau de déficit s'explique notamment par les dépenses supplémentaires du Ségur de la Santé qui représentent environ 13,4 milliards d'euros de charges annuelles supplémentaires. Ce déficit a un coût : les charges financières de la dette s'élèvent à 513 millions d'euros en 2024, contre 18 millions en 2022. Parallèlement à ce déficit, les hôpitaux présentent une situation financière également dégradée avec un déficit à 2,4 milliards d'euros en 2023.

¹ Les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont des taux de conversion monétaire qui visent à égaliser le pouvoir d'achat des différentes monnaies en éliminant les différences de niveaux de prix entre les pays.

Les prévisions financières pour 2025 anticipent un déficit de 16 milliards d'euros, c'est le stock du déficit de l'Assurance Maladie. Parallèlement, sans aucune mesure nouvelle, ce déficit se dégradera progressivement dans les années à venir et pourrait s'aggraver de 25 milliards d'euros à l'horizon 2030. À cette date, le solde de la branche maladie pourrait ainsi atteindre - 41 milliards d'euros. C'est cette perspective, principalement liée au vieillissement, qui appelle un effort immédiat : il est indispensable d'enrayer la dégradation du déficit actuel afin d'assurer la pérennité du système de santé.



Source : Cnam

Vieillessement de la population et hausse des pathologies chroniques : moteurs de la croissance des dépenses de santé

Les pathologies et traitements chroniques représentent 62 % des dépenses de l'Assurance Maladie et concernent 36,9 % de la population, soit 25 millions de personnes. Les cancers, la santé mentale et les maladies cardiovasculaires et associées, priorités de l'Assurance Maladie en termes de dépistage et de prise en charge, représentent près de la moitié de la dépense remboursée, soit environ 99 milliards d'euros de dépenses.

Les pathologies chroniques ont enregistré une croissance importante ces dernières années, avec une augmentation de 2 millions de patients affectés depuis 2015. Cette hausse devrait se poursuivre à un rythme soutenu et expliquer la forte dynamique des dépenses de santé.

- Selon les projections démographiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), le vieillissement de la population va se poursuivre à l'horizon 2030 : la part des 70 ans et plus représenterait 18 % de la population, contre 16 % aujourd'hui (soit une augmentation de deux points en cinq ans).
- L'âge est un facteur déterminant pour expliquer le niveau des dépenses de santé. Ainsi, les dépenses de santé prises en charge par l'Assurance Maladie s'élèvent à 4 300 euros en moyenne entre 60 et 69 ans, puis 5 600 euros entre 70 et 79 ans, soit une augmentation de 30 %, et progressent encore de 37 % entre 80 et 89 ans pour atteindre 7 700 euros.

67,4

millions de personnes prises en charge pour 202,5 Md€ de dépenses de santé remboursées

37 %

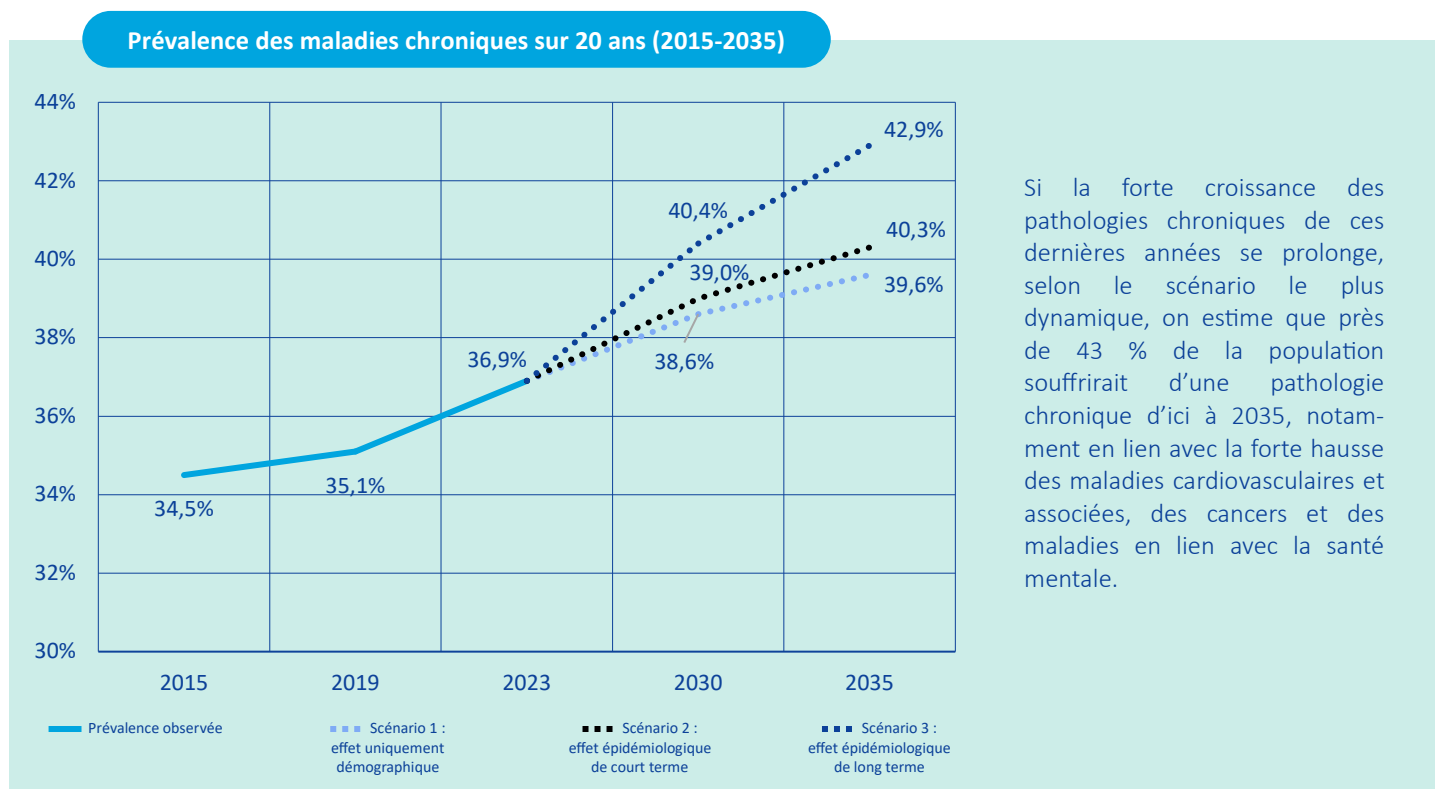
de personnes souffrent de pathologies chroniques

71 %

c'est la part de la croissance des dépenses de santé entre 2015 et 2023 en lien avec les pathologies chroniques

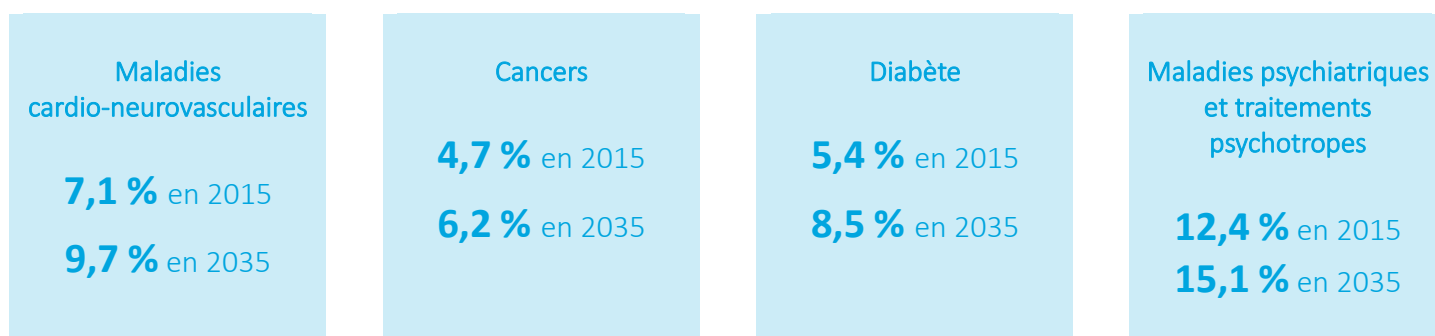
Par ailleurs, la dynamique de croissance des dépenses liée à l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques devrait se maintenir dans les années à venir. Afin d'identifier et de mesurer les enjeux en matière de soutenabilité tant organisationnelle qu'économique en lien avec la hausse des pathologies chroniques, des projections inédites ont été élaborées selon trois scénarios distincts, illustrés dans la figure ci-dessous.

Un premier scénario où la situation épidémiologique n'évolue pas. Seul le vieillissement de la population a un impact sur la prévalence des pathologies chroniques. Un deuxième scénario qui prolonge des évolutions épidémiologiques de court terme (2019-2023) et un troisième qui prolonge des évolutions épidémiologiques de long terme (2015-2023).



Source : Cnam

Évolution de la prévalence des pathologies



Cette croissance devrait avoir un impact significatif sur le dispositif des affections de longue durée (ALD), dont le nombre de bénéficiaires passerait de 14,1 millions en 2023 à 18 millions en 2035, entraînant une hausse des dépenses qui pourraient représenter jusqu'aux trois quarts des dépenses de santé, contre deux tiers aujourd'hui. Cette hausse devrait avoir un impact important sur les dépenses avec un remboursement annuel moyen de 9 560 euros pour une personne en ALD, contre 1 230 euros pour une personne qui ne souffre pas d'une affection de longue durée.

L'Assurance Maladie se mobilise pour maintenir les atouts de notre système de santé dans un contexte financier dégradé

Pour préserver la pérennité du système de santé sur le long terme, l'Assurance Maladie se mobilise autour de trois axes majeurs.

- La révolution de la **prévention en santé**, sans laquelle aucun rétablissement durable de la soutenabilité financière n'est envisageable car elle doit permettre de freiner la progression des maladies chroniques.
- Une nouvelle ambition en termes d'organisation de notre système de santé, avec des **parcours de soins** effectivement coordonnés et un lien entre la ville et l'hôpital renforcé au bénéfice de la santé des patients.
- La déclinaison du principe « **du juste soin au juste prix** » qui érige la qualité et la pertinence des soins en priorités, associé à une cohérence entre les rémunérations et les coûts de production des soins, une responsabilité renforcée de l'ensemble des acteurs et une lutte déterminée contre les fraudes.

Sur ces trois objectifs, ce rapport présente des mesures de transformation à court et à moyen terme, ces deux temporalités étant nécessaires au regard de la situation financière difficile de l'Assurance Maladie.

Les mesures sont présentées par grands chantiers thématiques :

Prévention : le défi de la décennie

Renforcer la prévention dans toutes ses dimensions : augmenter la couverture vaccinale face aux virus les plus fréquents, faire reculer l'exposition aux facteurs de risque négatifs (tabac, alcool, alimentation déséquilibrée, etc.), améliorer notre performance en matière de prévention secondaire (dépistage et diagnostic précoce), en particulier des cancers et des « maladies cardiovasculaires et associées » (MCVA)

Parcours de soins et qualité de la prise en charge

Organiser le parcours des patients souffrant de maladies chroniques sur l'ensemble des territoires pour éviter l'aggravation de leur maladie et leur désinsertion professionnelle. Faire de l'hôpital un lieu de soins spécialisés en créant les conditions de prise en charge des urgences et patients fragiles en ville

Payer le juste soin au juste prix

Payer au juste prix les innovations et garantir une pertinence de la dépense des **produits de santé**

Garantir une **rentabilité dans le secteur de la santé** cohérente entre l'ensemble des acteurs

Assurer la qualité et la pertinence des soins en actionnant tous les leviers disponibles (numériques, financiers...) sur l'ensemble des prescriptions, en ville comme à l'hôpital

Transparence du prix de la santé pour une mobilisation et **responsabilisation générale**

Remettre l'Assurance Maladie à l'équilibre

Construire une trajectoire financière visant, en flux, à ne pas aggraver le déficit grâce à des dynamiques de dépenses et de recettes symétriques, ce qui nécessite d'activer trois leviers – la maîtrise de la dépense (PIB), l'accélération des recettes (PIB), une stabilisation de la couverture assurance maladie obligatoire (AMO) / assurance maladie complémentaire (AMC) – et de « solder » les 16 Md€ de déficit en stock

PARTIE 2

PRÉVENTION : LE DÉFI DE LA DÉCENNIE

Comme la plupart des pathologies chroniques peuvent être évitées grâce à des actions de prévention, cette dernière est un axe clé de mobilisation pour la santé publique et le rétablissement de l'équilibre du système de santé à moyen et à long terme. L'Assurance Maladie porte une stratégie globale sur ce terrain en mobilisant l'ensemble des acteurs de la santé.

Faire front commun pour la santé de demain

Le financement des dépenses de prévention est assuré majoritairement par l'Assurance Maladie, qui en couvre 64 %, tandis que l'État et les collectivités territoriales en assument 15 % et les entreprises 14 %. Ces dernières investissent de plus en plus souvent dans la santé de leurs salariés. De même, les complémentaires santé jouent un rôle croissant dans ce champ. L'école est appelée à renforcer son rôle clé, notamment dans l'organisation du dépistage des troubles du langage et de l'apprentissage chez les enfants.

Les assurés peuvent constituer les premiers acteurs de leur bonne santé. En témoigne l'utilisation croissante de Mon espace santé, qui s'installe progressivement comme une solution numérique centrale dans le suivi quotidien de leur état de santé : chaque mois, 500 000 personnes activent leur compte.

Les acteurs en charge de la prévention en France sont donc multiples et issus d'univers différents, faisant de leur coordination un enjeu central.

Vaccination et dépistages : un engagement renforcé de l'Assurance Maladie

Avec un niveau de mortalité évitable par la prévention supérieur à celui observé dans plusieurs pays européens (Italie, Suède, Espagne), la France dispose d'une marge de progression importante, tant en matière de prévention primaire que secondaire.

Malgré les bénéfices de la prévention primaire qui agit en amont de la maladie, la couverture vaccinale demeure insuffisante en France. C'est le cas par exemple pour la grippe (53,7 % des 65 ans et plus, contre 77,8 % au Royaume-Uni), avec des effets

sanitaires marqués : l'hiver dernier, la grippe a causé 30 000 hospitalisations et 10 000 morts. Les taux de vaccination des professionnels de santé sont également insuffisants. En 2023-2024, seuls 33 % des médecins, 25 % des sages-femmes, 21 % des infirmiers à l'hôpital étaient vaccinés.

La prévention secondaire, quant à elle, agit à un stade précoce de l'évolution de la maladie à travers les dépistages. Dans un contexte de forte augmentation de la prévalence des cancers et des maladies cardiovasculaires, renforcer les actions de dépistage apparaît comme un enjeu majeur.

En matière de dépistage des cancers, la France affiche pour les trois dépistages organisés des taux inférieurs à 60 %, en deçà des objectifs fixés par l'Organisation mondiale de la Santé.

Les maladies cardiovasculaires et associées (MCVA), comme le diabète, la maladie rénale chronique, les pathologies cardiaques et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont également insuffisamment dépistées. Et ces MCVA affectent près de 16 millions de personnes en France et sont souvent diagnostiquées à l'occasion d'une hospitalisation, alors que la maladie s'est aggravée (1 cas sur 3). L'hypertension artérielle, qui touche 17 millions de personnes, est souvent la première étape vers ces pathologies, ce qui fait de son dépistage un enjeu prioritaire.

Mieux dépister ces pathologies constitue donc un levier clé pour maîtriser les risques et dépenses associées : le dépistage organisé du risque cardiovasculaire en Angleterre a permis de détecter 200 000 cas de diabète et de maladies rénales.

Tabac, alcool, alimentation : combattre le risque à sa source

Rappelons que réduire l'exposition au tabac, à l'alcool et à l'alimentation de mauvaise qualité permettrait d'éviter 80 % des maladies cardiovasculaires et 40 % des cancers. Or, la France se situe devant les autres pays d'Europe occidentale en matière de facteurs de risque liés au comportement.

Prévention : comment se situe la France par rapport à nos voisins ?

TABAC	 25 % de fumeurs quotidiens	VS	 14,8 % de fumeurs quotidiens
ALCOOL	 10,3 litres d'alcool pur par an par habitant	VS	 7 litres d'alcool pur par an par habitant
VACCINATION ANTIGRIPPALE	 53,7% taux de vaccination antigrippale	VS	 77,8% taux de vaccination antigrippale

Sources : Tabagisme quotidien chez les adultes en 2022 : OCDE / Consommation d'alcool pur par an et par habitant en 2020 : Banque mondiale / Taux de couverture vaccinale contre la grippe saisonnière chez les personnes âgées en 2024 : OMS

SÉLECTION DE PROPOSITIONS

- Installer une gouvernance de la prévention en santé permettant la coordination nationale et locale des financeurs (AMO-AMC) et acteurs mobilisés en faveur de la prévention, sur la base des priorités de santé publique définies par l'État jusqu'aux spécificités territoriales et populationnelles. Organiser une stratégie d'aller-vers individuel et collectif jusqu'au « dernier kilomètre » pour combattre les inégalités sociales de santé.
- Engager le dépistage généralisé de l'hypertension artérielle (HTA) (notamment en pharmacie), pathologie silencieuse qui constitue un facteur de risque pour toutes les maladies cardiovasculaires et associées (diabète, maladie rénale chronique, BPCO, etc.), accompagné d'une campagne *Know your numbers* (Royaume-Uni).
- Activer la prévention personnalisée dans Mon espace santé en mobilisant les données de l'Assurance Maladie, lesquelles permettent de suivre la consommation de soins de l'assuré (tableau de bord individualisé : notification en cas de retard de dépistage, rappels de vaccination, etc.), sous réserve de son accord.
- Faire de l'entreprise un lieu clé de prévention : intégrer dans les contrats responsables une demi-journée consacrée à la prévention des salariés (vaccination, dépistages organisés du cancer, dépistage de l'HTA et du diabète, habitudes de vie via Mon Bilan Prévention, etc.).
- Investir massivement sur la promotion de la santé à l'école, poursuivre la montée en charge du dépistage systématique des troubles du langage et des troubles visuels en maternelle en lien avec les PMI, celle du programme Génération sans carie (« M'T dents tous les ans ») en lien avec l'Éducation nationale.
- Interdire les dépassements d'honoraires pour les actes en lien avec les dépistages organisés (mammographie, échographie et coloscopie).
- Faire du Nutri-Score la clé de la politique de prévention nutritionnelle : rendre son affichage obligatoire sur les produits emballés et dans les publicités. Il s'agit ici d'éclairer le consommateur et d'inciter les industriels de l'agroalimentaire à réviser leurs formules.
- À taux de prélèvement constant, renforcer et élargir progressivement les taxes comportementales dont l'efficacité est prouvée scientifiquement (à mesure que leur rendement baisse de par leur efficacité), afin de rendre les produits les plus nocifs pour la santé moins attractifs pour les consommateurs (teneur en sucre comme au Chili, produits ultra-transformés, additifs, boissons sucrées, tabac, alcool). À rendement constant, redéfinir les taux de TVA sur plusieurs catégories de produits pour inciter à une consommation alimentaire plus équilibrée.

PARTIE 3

PARCOURS DE SOINS ET QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

Améliorer l'organisation des parcours de soins des patients souffrant d'une pathologie chronique

Garantir une meilleure coordination des soins des patients atteints de pathologies chroniques s'impose comme une priorité dans un contexte de raréfaction de la ressource médicale.

Des enjeux de suivi médical et de coordination du parcours

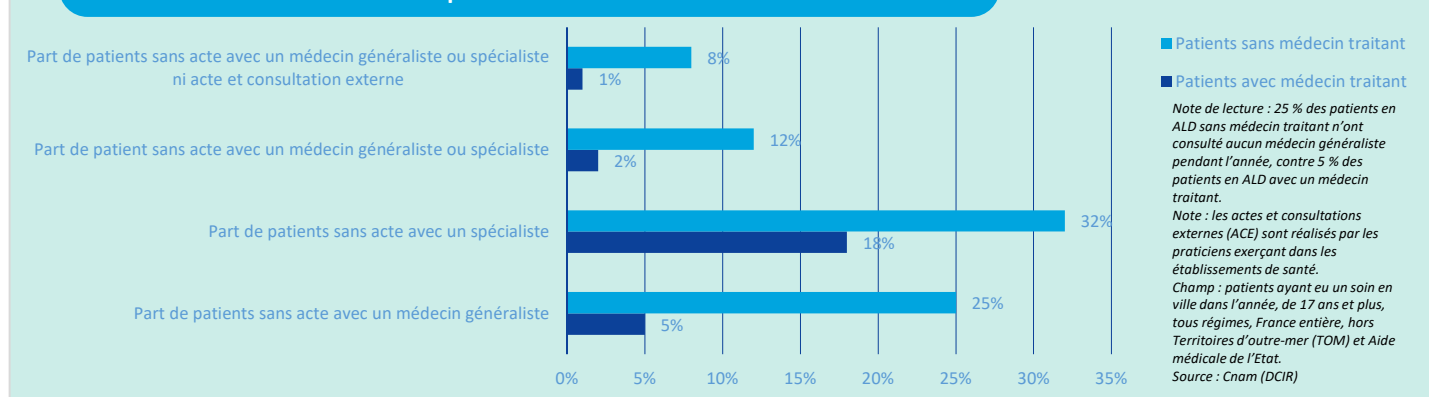
Les précédents rapports Charges et Produits ont montré les lacunes dans le suivi de certaines pathologies chroniques. Chez les patients diabétiques, un patient sur cinq ne bénéficie pas d'un suivi annuel de l'équilibre glycémique par le dosage de l'HbA1c, et 40 % ne réalisent pas de dépistage annuel de la maladie rénale chronique (MRC). Par ailleurs, 24 % des patients entrant en dialyse n'ont pas été suivis par un néphrologue l'année précédente, soulignant un défaut de prise en charge en amont. Enfin, chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, 40 % ne reçoivent pas d'évaluation cardiologique annuelle, ce qui peut compromettre la qualité des soins et la prévention des complications. Ces chiffres illustrent la nécessité d'améliorer la coordination et la régularité du suivi médical pour ces patients à risque.

Face à cette situation, plusieurs enjeux émergent. La baisse de la démographie médicale des médecins généralistes observée depuis plus de dix ans, combinée à l'augmentation de la population, entraîne une diminution continue de la densité de médecins sur le territoire. Elle est passée de 82 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2013 à 76 en 2023.

Cet effet ciseau défavorable entre les besoins de soins et l'offre de soins est commun à toute l'Europe et a un impact réel sur le suivi des patients, le médecin traitant étant l'acteur central du parcours de soins en ville. Malgré ce contexte démographique très défavorable, le programme national « Zéro patient ALD sans médecin traitant » a permis de limiter à 4 % la part des patients en ALD sans médecin traitant (- 1,2 point). L'intensification de cette action est indispensable au regard des impacts sur le parcours de soins : en 2023, 25 % des patients en affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant n'ont consulté aucun généraliste dans l'année, contre seulement 5 % de ceux bénéficiant d'un suivi.

Enfin, l'accessibilité financière aux soins spécialisés est également un enjeu central pour les patients. Entre 2000 et 2024, la part des médecins exerçant en secteur 2, toutes spécialités confondues, est passée de 37 % à 56 %. Cette dynamique, malgré le dispositif de maîtrise des dépassements d'honoraires (Optam), s'accompagne d'une augmentation du reste à charge des ménages pour les soins de spécialistes en ville : 11,1 % en 2023, contre 9,8 % en 2021.

Recours à un médecin chez les patients en ALD avec et sans médecin traitant



Des organisations de gestion de parcours de soins sont proposées en France, notamment dans le cadre d'expérimentations, et à l'étranger

Face à ces enjeux dans la prise en charge des patients fragiles, des organisations de gestion de parcours de soins sont proposées en France, notamment dans le cadre d'expérimentations, et à l'étranger. Suivant les parcours de soins, les besoins de coordination sont de différentes natures. Deux modèles ont été identifiés :

- pour les patients pris en charge en ville et atteints de pathologies chroniques ou en perte d'autonomie, le besoin de coordination est avant tout clinique. Le parcours de soins est alors orchestré par un professionnel de santé qui devient l'interlocuteur de référence du patient et organise son plan de soins en lien avec l'équipe soignante. Certains programmes à l'étranger s'appuient déjà sur ces référents au sein de centres de soins primaires, comme en Angleterre (programme *Salford Together*) et au Portugal (les *local health units*) ;
- pour les patients connaissant un épisode de soins aigu, la coordination soignante vise à organiser les entrées et

sorties de l'hôpital et à suivre le patient pendant toute la phase de stabilisation de sa pathologie afin d'améliorer sa qualité de vie et limiter les décompensations. La surveillance du patient est alors resserrée sur une période donnée et implique une coordination importante entre domicile, ville et hôpital. A titre d'exemple, l'expérimentation de parcours de prise en charge proposé par les cellules d'expertise et de coordination de l'insuffisance cardiaque sévère (CECICS) dans le cadre de l'article 51 offre à des patients insuffisants cardiaques sévères ou instables une prise en charge essentiellement ambulatoire et en partie à distance avec un infirmier de l'hôpital.

Au-delà de ces dispositifs spécifiques aux populations les plus fragiles, le rôle des outils numériques doit se renforcer pour accompagner tous les patients et les professionnels de santé au quotidien. Mon espace santé s'impose notamment comme un outil numérique central dès l'entrée dans un parcours de soins, en particulier au moment de l'entrée en ALD.

76 médecins généralistes
pour 100 000 habitants en 2023,
contre 82 en 2013

41%
des passages aux urgences auraient
pu être pris en charge en ville

Vers une prise en charge spécialisée à l'hôpital

Dans un contexte de contraintes budgétaires croissantes et de recherche constante d'efficacité, l'organisation de l'activité hospitalière représente un levier stratégique majeur pour garantir l'équilibre économique des établissements de santé tout en améliorant la qualité et la sécurité des soins. Trois leviers semblent mobilisables et sont analysés dans ce rapport : la prise en charge des urgences, les alternatives à l'hospitalisation classique, et le respect des seuils d'activité en chirurgie oncologique afin de garantir la qualité de prise en charge.

En 2023, sur les 20,9 millions de passages aux urgences enregistrés, 41 % auraient pu être pris en charge par des médecins généralistes ou des structures de ville. Mais ces recours inappropriés aux urgences se concentrent notamment en dehors des horaires habituels d'ouverture des cabinets médicaux, révélant les limites actuelles de l'organisation de la réponse en soins non programmés. Si la convention médicale signée en 2024 a permis de mettre en place une nouvelle valorisation financière des consultations réalisées après les horaires de fermeture du cabinet, il semble nécessaire de poursuivre ces actions. Ainsi, la structuration d'une offre de soins non programmés en appui des médecins traitants et

s'inscrivant dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) s'avère indispensable pour transférer vers la ville des urgences ne nécessitant pas une intervention hospitalière.

Parallèlement, les interventions réalisées en dehors d'une hospitalisation classique sont encore insuffisamment développées. Elles peuvent pourtant permettre de reconvertir des lits sur d'autres activités, avec des effets vertueux sur la dépense de santé. La chirurgie ambulatoire est source d'une meilleure qualité et sécurité des soins : le taux de ré-hospitalisation à 30 jours s'élève à 5 % en chirurgie ambulatoire, contre 14 % pour une hospitalisation conventionnelle. Avec un taux ambulatoire national de 63,7 %, la part de la chirurgie ambulatoire peut encore être développée. Bien qu'elle ait représenté 4 millions de séjours en 2023, sa progression reste modeste, avec une hausse de moins d'un point entre 2022 et 2023. Par ailleurs, certaines activités de chirurgie peuvent être transférées hors bloc, dans un lieu ne relevant pas du niveau d'environnement équivalent à un bloc opératoire : en établissement de santé (« salle blanche ») ou en dehors d'un établissement de santé (« cabinet de ville »). Environ

900 000 interventions pour la chirurgie de la cataracte pourraient, par exemple, se faire hors bloc.

Enfin, de nombreuses structures hospitalières présentent un nombre très faible d'actes de chirurgie, ce qui pose des enjeux de sécurité pour les patients. Face à ces constats, la réglementation impose un nombre annuel minimum d'interventions pour qu'un établissement soit autorisé à opérer

certains cancers. Pourtant, entre 11 et 23 % des établissements autorisés en chirurgie oncologique ne respectent pas les seuils réglementaires, avec des conséquences concrètes pour les patients. Une étude sur les prostatectomies révèle ainsi que les risques de complications, de réanimation et de décès augmentent de 45 % dans les établissements à très faible volume par rapport aux établissements à très fort volume.

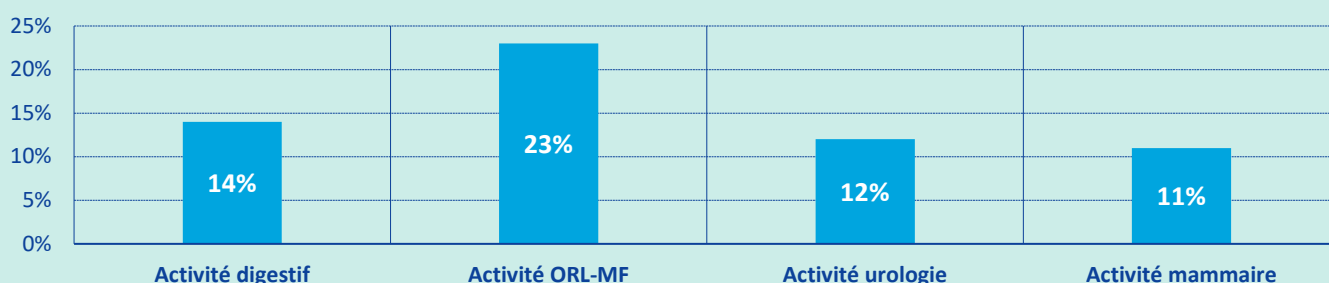
64%

Taux de chirurgie
ambulatoire en 2023

11%

des établissements autorisés
à pratiquer la chirurgie mammaire
n'atteignent par les seuils fixés

Part des sites de chirurgie oncologique autorisés ne respectant pas les seuils réglementaires, en 2023



Source : Direction générale de l'offre de soins (DGOS), outil ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) ScanSanté

SÉLECTION DE PROPOSITIONS

- Lancer un Observatoire des professionnels de santé pour anticiper les besoins à 10 – 20 – 30 ans (+ 46 % de personnes âgées dépendantes à horizon 2050...) pour adapter en conséquence les besoins de formation par territoire et pour chaque profession de santé, en tenant compte des innovations organisationnelles, de la généralisation de l'intelligence artificielle (IA), des changements des modes de travail et de coopération, de l'émergence de nouveaux métiers, etc.
- Accompagner la montée en puissance d'un nouveau métier : infirmier de coordination, en charge au sein des structures d'exercice coordonnées de suivre le parcours des patients chroniques, d'assurer leur suivi et leur surveillance/télésurveillance médicale, d'organiser le lien avec les structures hospitalières et médico-sociales (dont entrées/sorties), de proposer de l'éducation thérapeutique. Confier la prévention tertiaire des patients chroniques à des structures capables d'assurer ces missions à grande échelle : établissements hospitaliers ou équipes de soins spécialisés (ESS) pour les patients non stabilisés ou après un épisode aigu (généralisation et extension à toutes les MCVA de l'expérimentation article 51 CECICS) / structures d'exercice coordonnées en soins primaires pour les patients stabilisés.
- Améliorer l'accès aux soins spécialisés en travaillant à des évolutions des modes de régulation des dépassements d'honoraires dans le cadre de la mission parlementaire lancée par le Premier ministre. Réguler plus fortement l'activité non conventionnée.
- Favoriser autant que possible le domicile et les structures intermédiaires (habitats inclusifs), en s'appuyant sur les différents acteurs du domicile (infirmier libéral diplômé d'État (Idel), service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), hospitalisation à domicile (HAD)) et médicaliser les Ehpad pour éviter les allers-retours hôpital-Ehpad.
- Garantir à tous l'accès à une chirurgie d'excellence : lancer une 2e vague de chirurgie ambulatoire pour atteindre le potentiel évalué en France à 80 %. Faire respecter les seuils réglementaires de chirurgie au sein d'une organisation des soins graduée (intervention technique en centre expert/hospitalisation en structure de proximité) et accompagner les nouvelles pratiques (chirurgie hors bloc, radiologie interventionnelle, etc.).

Structurer une réponse coordonnée aux besoins croissants de soins en santé mentale

La santé mentale constitue l'un des premiers postes de dépenses de l'Assurance Maladie et tend à se dégrader. Face à ce constat, une réponse fondée sur un parcours mieux structuré est cruciale, car l'absence de suivi adéquat alourdit les coûts sanitaires et financiers, tant en soins psychiques que par un moindre suivi somatique.

De nombreux assurés sont concernés par un trouble psychique

Avec 16 % de la population générale affectée par un état dépressif et 23 % par un trouble anxieux, la santé mentale de la population s'est dégradée depuis la pandémie de Covid-19 avec des conséquences très concrètes : les patients souffrant de troubles psychiques ont une espérance de vie réduite d'en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes. Chez les jeunes, les indicateurs sont particulièrement préoccupants : la consommation d'antidépresseurs est en très forte hausse (+ 60 % entre 2019 et 2023), 13 % des 15-24 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année et les tentatives de suicide progressent depuis la crise sanitaire.

Les dépenses d'assurance maladie liées à la santé mentale, qui regroupent les maladies psychiatriques et les traitements psychotropes chroniques, représentent 27,8 milliards d'euros en 2023, soit 14 % des dépenses totales. Deux tiers de ces dépenses sont liés aux maladies psychiatriques. Celles-ci touchent 2,8 millions de personnes, avec une dépense moyenne individuelle élevée, principalement liée à une prise en charge hospitalière, ce qui souligne le rôle encore central de l'hôpital dans le traitement de ces patients.

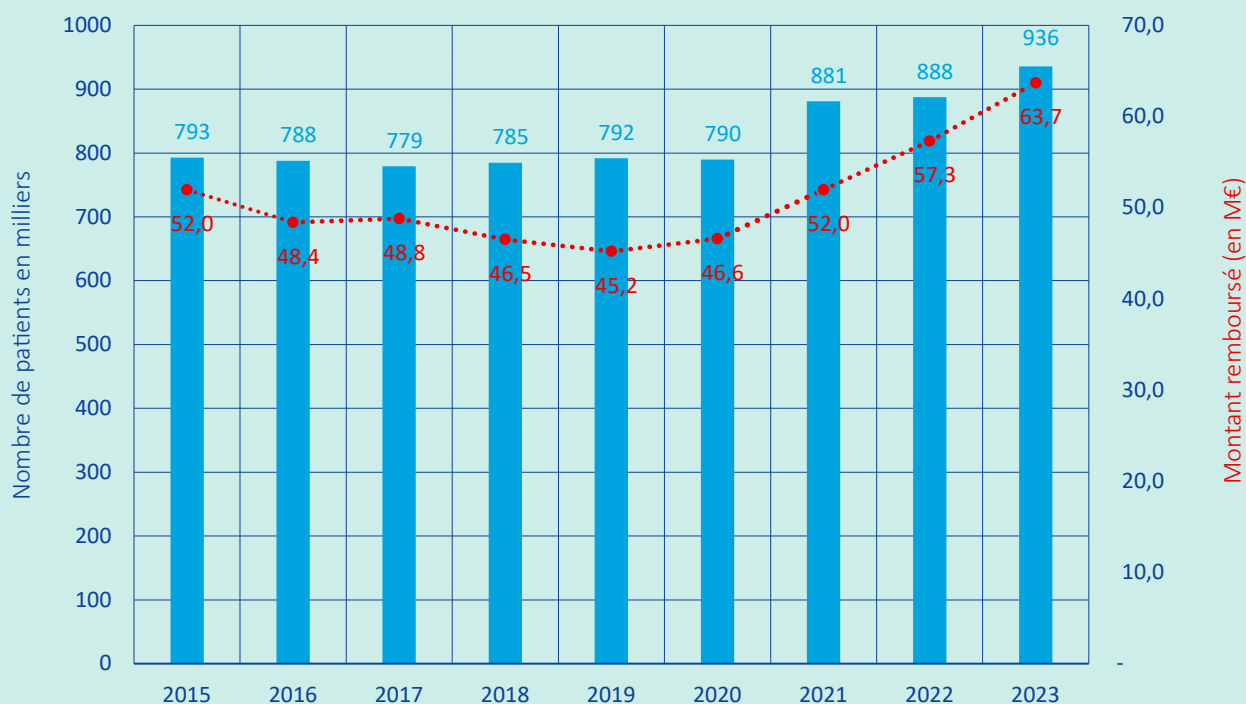
Dépister plus rapidement et mieux organiser les réponses

En dépit des dispositifs existants, près d'une personne sur deux souffrant de trouble psychique rencontre des difficultés d'accès aux soins. Cet accès est particulièrement difficile pour les personnes ayant des affections psychiatriques de longue durée, renforçant le risque de recours à l'hospitalisation.

En ville, trois défis majeurs sont à relever pour renforcer la prise en charge de la santé mentale :

- il est indispensable de détecter précocement les troubles sachant que 75 % des maladies psychiatriques débutent avant l'âge de 25 ans et que les deux à trois premières années des troubles peuvent permettre d'infléchir le pronostic de la maladie et d'améliorer la réponse aux traitements antipsychotiques ;
- en premier recours, il est essentiel d'accompagner et d'outiller davantage les médecins généralistes dans le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de troubles anxio-dépressifs légers à modérés. Ces derniers sont en première ligne avec près de 80 % des premières consultations pour troubles psychiatriques réalisées en médecine générale. Développer le rôle des infirmières dans le cadre de l'exercice coordonné en ambulatoire, au côté du médecin traitant, apparaît aussi primordial ;
- en second recours, le nombre de psychiatres exerçant en ville (6 264 en 2023) reste encore insuffisant pour répondre aux besoins même si la convention médicale a apporté des revalorisations pour les psychiatres libéraux, notamment sur les consultations longues et complexes. Dans un contexte de tension persistante sur les effectifs en psychiatrie, le plan Psychiatrie présenté le 11 juin 2025 par le ministère en charge de la santé a par ailleurs fixé un objectif de 600 internes formés en psychiatrie chaque année d'ici 2027, afin de renforcer durablement l'offre de soins spécialisés.

Nombre d'adolescents et de jeunes adultes (12-25 ans) sous psychotropes et remboursements associés, entre 2015 et 2023



Champ : données en date de soins, tous régimes, France entière

Source : Cnam (Système National des Données de Santé)

SÉLECTION DE PROPOSITIONS

- Former 1 million de secouristes en santé mentale (référents en entreprise, enseignants, travailleurs sociaux, associations sportives et culturelles, agents des services publics accueillant du public...) pour repérer plus tôt les signes de détresse psychique et orienter vers une prise en charge adaptée.
- Poursuivre la structuration de la filière psychiatrique. Soutenir au maximum les médecins généralistes en première ligne (téléexpertise avec des psychiatres, équipes de soins spécialisées en santé mentale dans chaque territoire, suites article 51 SESAME, accélération de MonSoutienPsy et ouverture d'une offre solvabilisée en ville de psychologues pouvant suivre des patients plus sévères, équipes mobiles, etc.). Organiser une permanence de soins psychiatriques (SAS & SAMU psy).

Faire évoluer la prise en charge financière des patients atteints de pathologies chroniques

La hausse des pathologies chroniques se traduit par une mise sous tension du dispositif des affections de longue durée (ALD), qui pourrait concerner plus d'un quart de la population en 2035. Des pistes en faveur d'une prise en charge plus préventive et mieux ajustée à un suivi au long cours sont à explorer.

Deux logiques complémentaires au cœur du dispositif des affections de longue durée

En France, la prise en charge financière des pathologies chroniques est centrée sur le dispositif des ALD. Celui-ci vise à réduire le reste à charge des patients souffrant de maladies chroniques nécessitant des soins coûteux et prolongés bien que les restes à charge « invisibles » demeurent élevés. Le dispositif ALD, conçu non seulement comme un mécanisme d'exonération du ticket modérateur mais aussi, en théorie, comme un levier de formalisation du parcours de soins, s'appuie sur différents dispositifs d'accompagnement des patients (médecin traitant, programmes Prado et sophia, etc.).

Les affections de longue durée, une spécificité française

Cette approche française est très spécifique : en effet, de nombreux pays reposent sur d'autres modèles, qui tiennent compte non seulement de critères cliniques mais aussi de critères économiques et ne se déclenchent qu'à partir d'un niveau élevé de gravité pour certaines pathologies (Allemagne, Belgique). En Angleterre et en Italie, où les dispositifs se rapprochent davantage du modèle français, le périmètre du panier de soins est en revanche bien plus restreint, ne couvrant

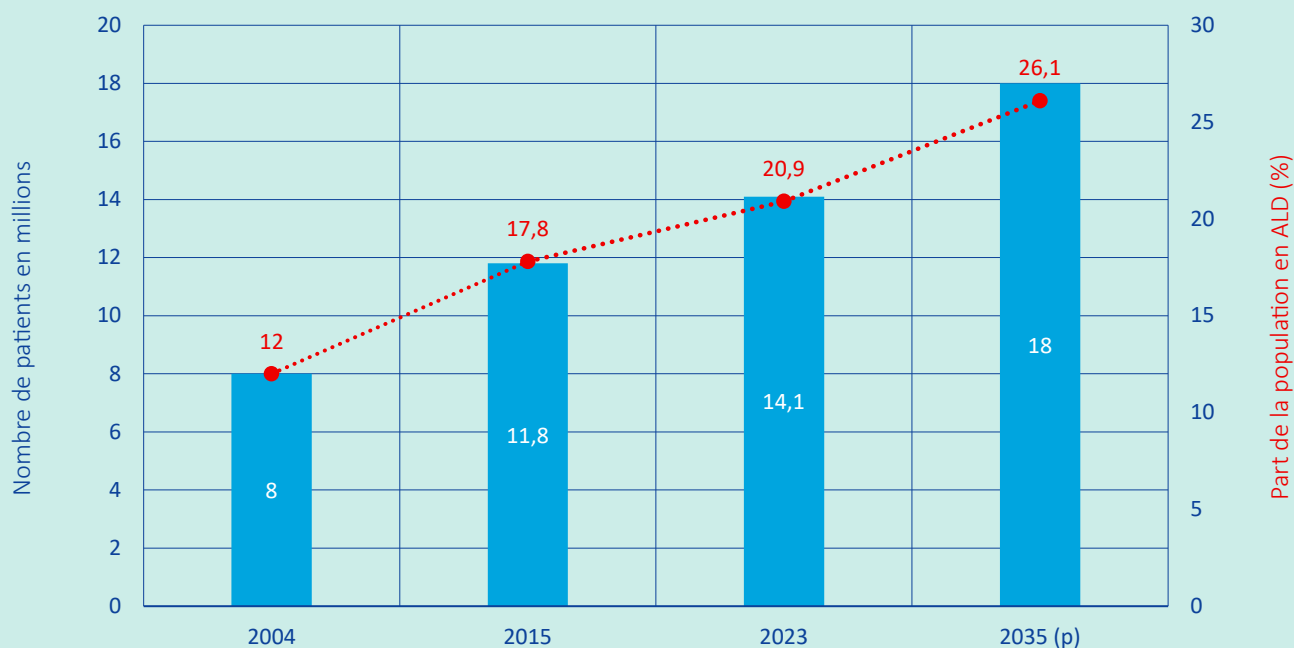
respectivement que les médicaments ou une liste personnalisée d'examens diagnostiques en lien direct avec la pathologie concernée. D'autres pays ne proposent pas de régulation des restes à charge mais offrent plutôt des services supplémentaires en lien avec des parcours de soins spécifiques (Belgique, Australie, Pays-Bas) permettant l'éducation du patient et une meilleure prévention des aggravations.

Si ces modèles s'inscrivent dans des systèmes de prise en charge aux logiques très différentes et viennent généralement compléter d'autres dispositifs de régulation des restes à charge, ils ne concernent toutefois qu'une fraction limitée de la population : 4,8 % en Allemagne, 12 % en Belgique et 11 % en Australie, contre 20,1 % de la population en France.

La soutenabilité du modèle français fragilisée par l'explosion des maladies chroniques

Près de 14 millions de personnes sont actuellement prises en charge par ce dispositif. En moyenne, la dépense de santé par patient en ALD atteint 9 560 euros, contre 1 230 euros pour les patients n'étant pas en ALD. En 2035, avec la forte hausse des pathologies chroniques, 26,1 % de la population pourrait bénéficier de ce dispositif, soit 18 millions de personnes, contre 8 millions de personnes en 2004 (12 % de la population). Cette forte croissance impliquerait une hausse des dépenses pouvant interroger sur la pérennité même de ce dispositif protecteur de prise en charge.

Évolution du nombre et de la part de patients en ALD entre 2004 et 2035



(p) : prévisions
Source : Cnam

14

millions de personnes
en ALD en 2023

26,1%

de la population pourrait
bénéficier de l'ALD en 2035

3/4

de la dépense totale consacrée
aux ALD en 2035

SÉLECTION DE PROPOSITIONS

- Investir au maximum dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire (voir ci-avant), pour empêcher/retarder/diagnostiquer le plus précocement possible la survenue de pathologies chroniques, et lorsqu'elle survient, pour stabiliser leur état clinique en contrant l'aggravation de la maladie et la survenue de comorbidités.
- Mettre en place une gestion plus dynamique des entrées et des sorties du dispositif des ALD : améliorer l'accompagnement des patients à leur entrée dans le dispositif ALD via un parcours de prévention et d'information renforcées destiné à retarder voire éviter l'aggravation de la pathologie (sophia 2.0, Mon espace santé). Évaluer régulièrement la consommation de soins des personnes bénéficiant du dispositif afin de

de réévaluer l'exonération pour les personnes en situation de guérison ou de rémission de certaines pathologies (cancers en phase de rémission, certaines affections cardiovasculaires après une période active de soins lorsque la personne se retrouve sans incapacité) pour la remplacer par un dispositif de suivi et surveillance renforcée. En cas de rechute ou d'aggravation de la pathologie, le dispositif ALD serait à nouveau déclenché.

- Ne plus permettre la prise en charge à 100 % des prestations ou des produits de santé dont l'efficacité ne justifie pas ce remboursement intégral (par exemple les cures thermales) et travailler avec la Haute Autorité de santé (HAS) à une liste de soins spécifiques et opposables à terme à chaque ALD.

Rénover notre système de prise en charge des arrêts maladie

On observe une hausse dynamique de la sinistralité, révélant les limites des dispositifs actuels à agir efficacement sur l'absentéisme de courte durée et à prévenir la désinsertion professionnelle. Le système de prise en charge des arrêts maladie se caractérise également par une grande complexité, entraînant un manque de lisibilité et des inégalités entre assurés.

Une dynamique soutenue de la dépense des indemnités journalières ces dernières années

Le montant total des indemnités journalières maladie – hors indemnités journalières dérogatoires liées au Covid-19 – a connu une hausse de 28,9 % entre 2010 et 2019, puis de 27,9 % entre 2019 et 2023. Cette évolution traduit une accélération notable, avec une croissance annuelle moyenne passée de 2,9 % sur la première période à 6,3 % sur la seconde, soit un écart de 3,5 points. Aujourd'hui, les dépenses d'indemnités journalières atteignent 10,2 milliards d'euros au titre de l'indemnisation des arrêts maladie des salariés du secteur privé et des contractuels de la fonction publique, 4,1 milliards d'euros pour les arrêts pour accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et 2,7 milliards d'euros pour les dépenses consacrées aux congés maternité et d'adoption.

Cette progression s'explique par plusieurs facteurs. D'une part, la hausse du salaire moyen ou du Smic, qui a entraîné une augmentation du montant journalier moyen de 33 euros à 36 euros en 2023, et, d'autre part, l'augmentation de la population salariée ainsi que le vieillissement de la population en emploi. Ces facteurs économiques et démographiques expliquent 60 % de la progression des dépenses sur la période récente. Les 40 % restants s'expliquent par une augmentation de la durée des arrêts et de leur fréquence.

Un système de prise en charge complexe engendrant certaines inégalités

La réglementation relative aux indemnités journalières versées par l'Assurance Maladie est complexe : les conditions d'ouverture de droits et de calcul de leur montant reposent sur

une assiette de revenus plafonnée, établie sur une période de référence et sur une condition d'affiliation en fonction notamment du statut d'activité de l'assuré (salarié ou assimilé, profession libérale, travailleur indépendant, artisan commerçant, artiste-auteur, etc.). Cette multiplicité et cette hétérogénéité des règles peuvent entraîner un manque de lisibilité notamment pour les travailleurs polyactifs de plus en plus nombreux.

Parallèlement, les droits des salariés peuvent différer selon leur ancienneté, leur catégorie socio-professionnelle ou l'entreprise dans laquelle ils exercent. En effet, la loi de mensualisation datant de 1978 ne protège pas l'ensemble des salariés. Si l'employeur est tenu de verser un complément aux prestations versées par l'Assurance Maladie, les salariés à activité discontinue (travailleurs à domicile, saisonniers, intermittents et intérimaires) ou ayant moins d'une année d'ancienneté en sont exclus. Ce système, créé en 1978, semble aujourd'hui inadapté à la mobilité croissante des parcours professionnels.

D'autre part, même lorsque l'employeur verse un complément au salarié, les garanties offertes peuvent varier entre les secteurs, les entreprises et le statut du salarié. Premièrement, l'employeur est tenu d'appliquer les conventions collectives et accords de branche du secteur de l'entreprise, qui peuvent prévoir des garanties supplémentaires à celles fixées par la loi, soit pour compléter le maintien de salaire, soit pour intervenir en relais de celui-ci. Deuxièmement, il convient toutefois de souligner que ces garanties ne sont pas systématiquement définies par les conventions collectives. Ainsi, l'obligation prévue par la Convention collective nationale des cadres – et reprise à l'identique par l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres – se limite à un taux de cotisation, sans précision quant au contenu des garanties. Cette liberté laissée aux entreprises dans la définition des dispositifs, ainsi que la diversité des accords entraînent inévitablement des disparités de prise en charge et, par conséquent, des inégalités de traitement entre les salariés.

Des durées d'arrêts qui ne respectent pas toujours celles préconisées par les référentiels

Depuis 2010, l'Assurance Maladie met à disposition des fiches repères pour fournir une aide à la pratique du médecin et au dialogue avec le patient. Ces fiches mentionnent les durées indicatives d'arrêt de travail pour des situations cliniques particulières ou des pathologies courantes et en fonction du poste de travail occupé ou du type d'intervention (chirurgie lourde, soins ambulatoires...). Ces fiches sont élaborées avec le concours de la HAS et en collaboration étroite avec les experts des sociétés savantes.

Ces référentiels représentent la durée selon laquelle la majorité des patients est en capacité de retourner au travail en dehors de complications particulières et sont fondés sur une approche populationnelle et non individuelle, chaque patient restant un cas singulier complexe à évaluer dans sa globalité. L'analyse des quatre principaux motifs d'arrêt maladie prescrits en 2023 montre que la majorité des arrêts dépassent les durées recommandées avec des écarts entre les patients et les prescripteurs très importants.

- Pour la lombalgie commune : parmi les professionnels de santé prescripteurs dépassant la durée recommandée, 10 % ont prescrit des arrêts pour lombalgie commune de plus de 26,3 jours, contre cinq jours recommandés.
- Pour la sciatique : 13 % des arrêts dépassent la durée recommandée de 35 jours et 10 % des prescripteurs qui dépassent la durée recommandée ont prescrit des arrêts pour sciatique de plus de 124 jours.
- Pour les troubles anxio-dépressifs mineurs (TADM) : parmi les professionnels de santé prescripteurs dépassant la durée recommandée (14 jours), 10 % ont prescrit des arrêts pour TADM de plus de 47,5 jours, soit des durées incompatibles avec les recommandations de réévaluation précoce.

10,2 %
des dépenses
de soins de ville

+27,9 %
en montant indemnisé
en 5 ans

40 % de la progression des dépenses
liée à l'augmentation de la durée
des arrêts et de leur fréquence

Un suivi insuffisant des personnes en arrêt long

À la différence des remboursements de soins, la croissance des indemnités journalières de plus de trois mois est principalement portée par des personnes qui ne souffrent pas d'une affection de longue durée. En effet, en 2013 le nombre de jours indemnisés des personnes en ALD représentait 40 % des indemnités journalières, contre 33 % en 2024.

Ce dynamisme observé pour les arrêts sans lien avec une affection de longue durée est lié à l'existence d'un dispositif dérogatoire. Pour les pathologies ou les accidents ne relevant pas du régime des ALD, l'indemnisation par l'Assurance Maladie est plafonnée à 360 jours glissants sur trois ans en cas d'arrêts de travail. En cas de soins continus de plus de six mois, l'assuré peut bénéficier d'un déplafonnement des indemnités journalières sur une période de trois ans au lieu des 360 jours glissants sur trois ans. Ce dispositif est appelé « ALD non exonérante » car, contrairement au système des ALD, elle n'ouvre pas droit à une exonération du ticket modérateur des frais de santé. Les principales pathologies couvertes sont celles liées à la dépression légère (33 % de ces situations) et aux troubles musculosquelettiques (32 %). Le nombre d'arrêts concernés augmente chaque année de plus de 6,4 % entre 2017 et 2022 alors que ceux des ALD n'ont augmenté que de 0,9 % par an.

La plupart de ces patients en arrêt de longue durée semblent être médicalement peu suivis : à titre d'exemple, pour les patients arrêtés en longue durée sans ALD pour un trouble musculosquelettique, seuls 41 % consomment des antalgiques et 72 % ont vu un masseur-kinésithérapeute. Par ailleurs, des contrôles médicaux ponctuels sur les arrêts de plus de 18 mois ont montré que 54 % des arrêts concernés par ces contrôles n'étaient plus justifiés avec la possibilité d'une reprise du travail pour le salarié ou d'un passage en invalidité.

SÉLECTION DE PROPOSITIONS

- Améliorer et simplifier la prise en charge des assurés : mettre en œuvre une équité des conditions d'ouverture de droits quelles que soient l'activité de l'assuré (salarié ou indépendant) et son ancienneté dans l'entreprise pour que les contrats précaires ne soient pas exclus de la prévoyance. Rendre la subrogation des arrêts maternité et des arrêts maladie obligatoire pour les employeurs.
- Lutter contre l'absentéisme de courte durée en encadrant davantage la prescription : rendre les motifs d'arrêt obligatoires et limiter la durée de l'arrêt pouvant être prescrit (en primo-prescription : un mois en sortie d'hôpital et 15 jours en ville, puis par tranche de deux mois maximum) afin de garantir un vrai suivi médical de la personne arrêtée et la pertinence de l'arrêt de travail.

PARTIE 4

PAYER LE JUSTE SOIN AU JUSTE PRIX

Assurer une croissance du marché du médicament compatible avec la soutenabilité de notre système de santé

L'évolution rapide des dépenses pharmaceutiques depuis la fin de la crise sanitaire liée au Covid-19 interroge fortement sur la soutenabilité de cette dynamique à court et à moyen terme.

Des médicaments plus chers quel que soit leur apport thérapeutique

La dépense en médicaments connaît une forte accélération depuis plusieurs années. Alors qu'entre 2017 et 2024, sa croissance annuelle moyenne s'élève à 1,7 %, ce rythme atteint 4,6 % sur la période récente de 2022-2024.

Les dépenses en lien avec les médicaments innovants reconnus pour leur amélioration significative du service médical rendu (notés ASMR I à III par la Haute Autorité de santé – HAS) s'élevaient à 8 milliards d'euros en 2017, contre 10,7 milliards en 2024 (+ 33,75 %), avec une dynamique qui s'accélère nettement après 2021.

Les médicaments ASMR IV (amélioration mineure du service médical rendu) connaissent une croissance régulière mais qui s'intensifie également après 2021. De 3,5 milliards d'euros en 2017, ils atteignent 4,4 milliards en 2021 (+ 25,7 %), puis bondissent à 5,4 milliards en 2024 (+ 22,7 % en trois ans). Avec une progression totale de 54,3 % sur la période, cette catégorie affiche la croissance relative la plus forte.

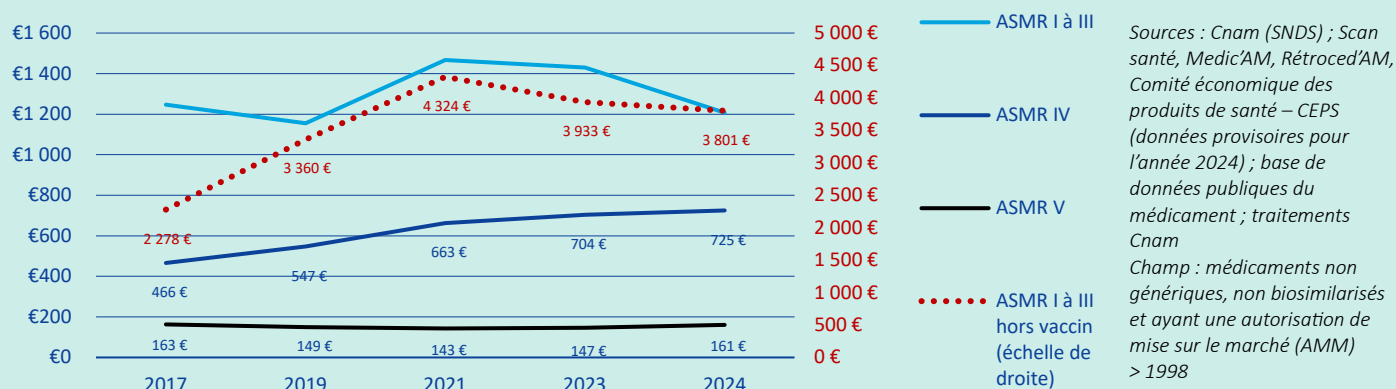
Plus spécifiquement, les médicaments anticancéreux, dont la dépense s'élève à 6,3 milliards d'euros en 2024, illustrent de manière marquée la dynamique d'augmentation des coûts. Entre 2016-2017 et 2019-2021, leur progression a été à la fois continue et soutenue à hauteur de 57 % par année de vie gagnée, sans que cela ne s'accompagne toujours d'un bénéfice

clinique accru pour les patients. De plus, près de la moitié des médicaments remboursés entre 2016 et 2023 n'apportaient pas de preuve de leur efficacité.

Par ailleurs, les mécanismes de mise à disposition des produits innovants et présumés innovants peuvent avoir des impacts défavorables pour l'Assurance Maladie, notamment les dispositifs d'accès précoce qui permettent la mise à disposition et la prise en charge financière d'un médicament avant son remboursement par l'Assurance Maladie dans le cadre du droit commun. S'ils permettent de mettre à disposition plus rapidement des médicaments aux patients, leur développement soulève des enjeux de soutenabilité car les médicaments concernés sont facturés à un prix librement fixé par le laboratoire et ne permettent pas ensuite d'inciter les laboratoires à accepter un accès rapide dans le droit commun.

Au-delà de leur coût pour le système de santé, les traitements actuels, souvent intensifs, peuvent entraîner des effets indésirables significatifs pour les patients. C'est dans ce contexte que se développent des essais cliniques académiques de désescalade thérapeutique, visant à adapter les protocoles pour réduire les expositions inutiles sans compromettre l'efficacité des traitements.

Comparaison de la dépense remboursable, nette de remises, par patient, selon le niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR) entre 2017 et 2024



Biosimilaires et génériques : des marges de progression significatives pour contenir la dynamique des dépenses

Dans ce contexte de pression croissante sur les dépenses, le système de santé se trouve non seulement confronté à la progression soutenue des coûts liés aux innovations thérapeutiques mais aussi à des obstacles structurels qui freinent le déploiement optimal des biosimilaires dont les prix sont bien moindres.

Les médicaments biologiques occupent en effet une place de plus en plus centrale dans les stratégies thérapeutiques, en particulier dans les pathologies chroniques ou graves. Toutefois, leur coût unitaire élevé se traduit par une hausse marquée de la dépense : en France, celle-ci est passée de 6 milliards d'euros en 2017 à 14 milliards d'euros en 2024, soit une progression de 127 % en sept ans.

Dans ce contexte, les médicaments biosimilaires représentent une opportunité majeure d'efficacité. Quasi-identiques au médicament biologique de référence dont le brevet est expiré, ils sont commercialisés à un tarif inférieur. Pourtant, malgré les incitations déployées, leur diffusion reste inégale. En 2024, leur

taux de pénétration global atteignait 90 % des prescriptions hospitalières mais seulement 34 % des prescriptions en ville. Ce retard limite l'impact potentiel de ces produits sur la régulation des dépenses.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation. On observe notamment des stratégies industrielles visant à freiner la diffusion des biosimilaires par le lancement de nouvelles formulations ou molécules peu avant l'expiration du brevet du produit de référence. Ces pratiques contribuent à maintenir des positions de marché dominantes, au détriment d'une régulation fondée sur le juste prix.

À l'inverse, les médicaments génériques connaissent une dynamique d'adoption plus soutenue. Leur part en volume est passée de 28,8 % en 2013 à 44 % en 2024. Toutefois, leur part dans les montants remboursés a reculé sur la même période (de 18,9 % à 16,2 %), témoignant d'un potentiel encore partiellement exploité.

SÉLECTION DE PROPOSITIONS

- Baisser les prix des médicaments en ASMR IV et V, et aligner les prix nets sur les prix faciaux.
- Enrayer le phénomène « payer plus cher qu'avant des médicaments qui démontrent moins bien leur intérêt » en oncologie : revoir la politique de tarifs excessifs sur les médicaments anticancéreux, réinterroger le remboursement de certains médicaments anticancéreux ne présentant aucun résultat probant dans le cadre de leurs essais cliniques et exiger des données probantes dans le cadre des nouvelles inscriptions.
- Appliquer aux médicaments biosimilaires l'ensemble des dispositifs ayant permis une pénétration forte des médicaments génériques : tiers payant contre biosimilaires, alignement des remboursements bioréférents, biosimilaires au bout de deux ans de commercialisation du biosimilaire. Empêcher les stratégies de contournement des laboratoires par la constitution de groupe de médicaments interchangeables (*jumbo groups*).
- Faire de la désescalade thérapeutique une priorité, en lançant un large programme de financement des études de désescalade thérapeutique auquel l'industrie pharmaceutique participerait financièrement

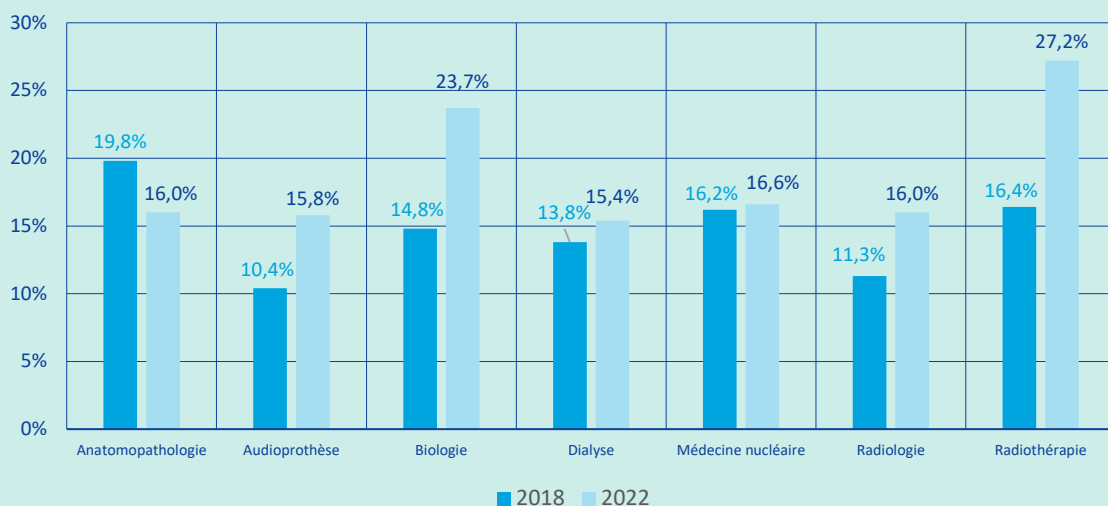
Interroger le niveau de rentabilité de certains secteurs au regard du financement solidaire

Plusieurs secteurs de l'offre de soins témoignent de hauts niveaux de rentabilité, assimilables à une rente économique, qui sont incompatibles avec le rétablissement de la soutenabilité financière de l'Assurance Maladie et peuvent avoir des conséquences négatives pour la qualité et la pertinence des soins et l'indépendance des professionnels de santé.

Des situations de rente économique dans certains secteurs

On observe des niveaux élevés de rentabilité à l'échelle de secteurs entiers du système de santé qui dépassent largement ceux d'autres secteurs économiques. Ces secteurs semblent constituer des rentes économiques, à savoir une situation où l'on observe un écart anormalement élevé entre la tarification d'une activité de soins et le coût moyen de réalisation de cette activité.

Évolution de l'excédent brut d'exploitation moyen rapporté au chiffre d'affaires (EBE/CA)



Note de lecture : l'EBE (excédent brut d'exploitation) permet d'évaluer la performance opérationnelle d'une entreprise, c'est-à-dire la richesse créée à partir de la seule exploitation de son activité, indépendamment de sa politique d'investissement et de sa structure financière.

Les données présentées sont des moyennes, associées à leur intervalle de confiance à 95 %.

Sources : Cnam (Sniiram), fichier approché des résultats d'Ésane (FARE)

L'Assurance Maladie a conduit des analyses inédites permettant d'établir une estimation du niveau de rentabilité de plusieurs secteurs de l'offre de soins.

Des dynamiques de concentration et d'ouverture des capitaux

Le système de santé français fait l'objet d'une concentration et d'une ouverture des capitaux à des acteurs financiers dans les secteurs à forte rentabilité. La biologie est caractéristique de cette évolution : en 2021, 62 % des sites de prélèvements étaient

détenus par les six principaux groupes privés du secteur. D'autres marchés sont concernés par le même phénomène : la radiologie, l'ophtalmologie, et dans une moindre mesure les pharmacies. Les opérations financières peuvent aussi prendre d'autres formes que les mouvements de capitaux : réseaux de centres de santé qui en détournent le modèle associatif, groupements d'offices, utilisation d'obligations convertibles en actions, etc.

Les pratiques d'optimisation financière, un risque pour la pertinence et la qualité des soins

L'optimisation financière recouvre deux situations différentes : d'une part, l'ensemble des pratiques mises en place par un offreur de soins pour maximiser le rendement économique de l'activité exercée et pouvant directement ou indirectement nuire à l'accès, la pertinence et la qualité des soins ; d'autre part, le recours à des outils financiers visant à maximiser le retour sur le capital investi.

L'Assurance Maladie a choisi de décrypter ces formes d'optimisation par une série d'exemples caractéristiques.

Tout d'abord, on observe des pratiques professionnelles de maximisation du rendement de l'activité exercée dans de nombreux secteurs, alors même qu'elles peuvent nuire à la qualité et à la pertinence des soins. C'est notamment le cas pour les centres de santé ophtalmologique, où le niveau sensiblement plus élevé de la dépense moyenne remboursée par patient que dans les cabinets libéraux témoigne d'une forme d'optimisation financière : en 2023, le coût moyen par séance différait de 16 euros pour une même prestation. Les cabinets de radiologie suivent une même logique : leur activité, tous indicateurs confondus, augmente de plus de 50 % une fois adossée à un groupe. Dans ces deux cas, les différences ne semblent donc pas économiquement justifiées.

De surcroît, des évolutions de l'offre de soins sur le territoire semblent suivre une logique majoritairement financière. Ainsi, le nombre de nouveaux centres de santé a atteint un pic de 321

ouvertures en 2021, principalement dans les zones densément peuplées en soins dentaires et ophtalmologiques. En ce sens, certains acteurs déploient une offre selon des objectifs économiques et non en fonction des besoins de santé. À l'inverse, on observe des fermetures d'activités non rentables de la part des cliniques privées qui concernent particulièrement les maternités, dont le nombre a diminué de 43 % entre 1995 et 2022.

Ces exemples appellent un renforcement des actions de régulation de l'offre de soins pour assurer un développement répondant à des besoins de santé et non à des intérêts économiques.

Enfin, l'optimisation financière peut également impliquer l'utilisation d'outils financiers visant à maximiser le retour sur le capital investi dans les structures de soins de droit privé au risque de nuire indirectement à l'accès aux soins et à leur qualité ; c'est notamment le cas dans les secteurs de la biologie, de la radiologie et de la médecine nucléaire, dont le taux d'endettement était de 102 % en 2022.

SÉLECTION DE PROPOSITIONS

- Baisser les tarifs des secteurs présentant des très hauts niveaux de rentabilité et où des rentes se sont constituées sur de l'argent public. Prévenir la constitution de rentes en faisant évoluer de manière plus réactive la tarification des actes et forfaits versés aux professionnels de santé (maintenance de la classification commune des actes médicaux – CCAM, études régulières de coûts, etc.).
- Établir la transparence totale sur la composition de l'offre de soins : rendre obligatoire à chaque offreur de soins la déclaration de son éventuelle appartenance à un groupe, groupement ou réseau ;

instituer et rattacher à l'Assurance Maladie un Observatoire des niveaux de rentabilité et d'endettement de l'ensemble des secteurs qui composent l'offre de soins ; clarifier les règles de gouvernance des Sociétés d'exercice libéral (SEL) ayant ouvert leur capital à des acteurs financiers pour garantir l'indépendance des professionnels de santé (sur le modèle de la conciliation organisée par le Conseil d'État dans la santé animale) ; renforcer la transparence sur les autorisations des équipements médicaux lourds.

Agir pour améliorer la qualité et la pertinence des soins

Le volume de consommation de soins connaît une forte croissance sur les cinq dernières années et un phénomène de mésusage, voire de gaspillage, peut être observé sur différents champs de prescription. Si de nombreux dispositifs sont déjà déployés, la pertinence des actes et des prescriptions doit encore être renforcée.

Une forte augmentation des volumes des remboursements de soins de ville

Entre 2019 et 2024, les dépenses de soins de ville ont progressé de 4,7 % en volume par an. Plus particulièrement, plus de 40 % des prescriptions exécutées en ville proviennent de professionnels exerçant en établissement de santé, part qui augmente rapidement (+ 8,3 % par an sur la même période). Cette croissance des volumes n'est pas toujours synonyme d'efficacité, en raison de pratiques inappropriées qui tendent à sur-solliciter inutilement le système de santé.

Face à cette évolution, l'Assurance Maladie mène déjà une action volontariste à travers des campagnes d'information et d'accompagnement, des méthodes de mobilisation adaptées (15 programmes conventionnels sur la pertinence des soins, encadrement des primo-délivrances de pansements, etc.) et de nouveaux outils de sécurisation (ordonnance numérique, application carte Vitale, etc.). Pour aller plus loin, l'Assurance Maladie doit désormais renforcer ses actions de sensibilisation, tant auprès des assurés que des professionnels, afin de favoriser une prise de conscience collective du coût réel des soins.

Dans un contexte de forte croissance des volumes de consommation de soins, identifier les gisements d'efficacité est un enjeu central. Si le rapport en dresse un large panorama, cette synthèse propose d'en illustrer quatre exemples représentatifs.

Un constat de mésusage des médicaments

Notre pays compte parmi les plus grands consommateurs de médicaments d'Europe. Ce niveau de consommation interroge la qualité et la pertinence des prescriptions au regard des recommandations scientifiques, notamment pour certaines classes de médicaments. Par exemple, selon la Haute Autorité de santé, la moitié des prescriptions d'inhibiteurs de la pompe à

protons ne seraient pas justifiées. Des phénomènes comparables sont observés pour certaines analyses de biologie médicale avec, par exemple, un mésusage persistant du dosage de la vitamine D.

La bonne incitation auprès du bon acteur

Certaines prestations révèlent également un potentiel d'optimisation, notamment celles dont la fréquence ou les modalités de recours ne sont pas toujours ajustées aux besoins réels des patients. Prenons l'exemple des transports de patients dialysés : ces derniers sont principalement prescrits par un établissement de santé et dans 80 % des cas ils le sont par l'établissement réalisant la séance de dialyse. En 2023, 92 % des patients dialysés utilisent les transports pour se rendre à leur séance. Pour aller à leurs séances de dialyse, 46 % des patients ont utilisé des ambulances dont le coût moyen par trajet est plus important que pour les autres modes de transports sanitaires. À titre de comparaison, la grande majorité (71 %) des personnes qui utilisent les transports sanitaires pour se rendre à leur séance de chimiothérapie y vont en taxi. En 2024, les dépenses remboursées liées au transport des patients dialysés représentent 12 % de l'ensemble des dépenses de transport.

Adaptation de la réglementation pour obtenir le juste soin au juste prix

Les dispositifs dédiés à l'appareil respiratoire concentrent environ 21 % des dépenses, principalement en raison de l'usage des traitements par pression positive continue (PPC), prescrits contre l'apnée du sommeil. Ce poste de dépense est particulièrement dynamique : entre 2019 et 2024, les remboursements pour les traitements par PPC ont augmenté de 38 %, pour atteindre plus d'un milliard d'euros. Malgré des baisses régulières des tarifs des locations de ces appareils ces dernières années, ils demeurent bien plus élevés qu'en Allemagne. Ces différences s'expliquent notamment par le contenu des prestations, qui incluent peu, voire pas, de visite à domicile en Allemagne et privilégient l'accompagnement numérique.

Ajuster le volume de soins dans les zones surdenses

Entre 2013 et 2021, les effectifs et la densité des infirmiers libéraux et des masseurs-kinésithérapeutes ont connu une hausse significative. Cette dynamique s'est cependant accompagnée du maintien de fortes disparités territoriales dans leur répartition, avec des effets mesurables sur les pratiques : on observe une plus forte consommation de soins infirmiers et de kinésithérapie dans les zones marquées par une forte densité de ces professionnels. Ces différences se traduisent par des niveaux de remboursement par patient supérieurs à la moyenne nationale : 218 euros, contre 129 euros pour les soins infirmiers, 91 euros, contre 67 euros pour les actes de kinésithérapie.

SÉLECTION DE PROPOSITIONS

- Sensibiliser les assurés et les professionnels au coût de la santé. Lancer une campagne nationale (coût d'un accouchement, d'une nuit à l'hôpital, etc.). Restituer à chaque assuré ce que l'Assurance Maladie a réellement investi pour sa consommation de soins annuelle. Développer le « retour d'information aux professionnels de santé » sur leurs pratiques (activité, facturation, prescription) afin de leur permettre d'adapter au mieux leur exercice par eux-mêmes, en se comparant à leurs pairs (amelipro).
- Rendre le recours au numérique obligatoire pour les professionnels de santé. Conditionner le niveau des tarifs de l'Assurance Maladie pour les professionnels à l'alimentation de Mon espace santé. Généraliser l'ordonnance numérique et l'élargir à tous les champs de prescription en données structurées (soins paramédicaux, imagerie, biologie) et exiger l'utilisation des logiciels d'aide à la prescription, d'aide à la décision médicale et d'aide à la délivrance les plus performants (IA).
- Poursuivre les travaux de rationalisation de la dépense de transport. Faire financer par les établissements les dépenses de transports des patients dialysés (leur transférer la totalité du budget 2025 consacrée à ce poste) pour les inciter à organiser les modalités de sortie et le transport partagé. Mettre en place une plateforme de commandes de transports gérée par l'Assurance Maladie, prioritairement à l'appui des médecins de ville.
- Prévenir la redondance, voire la surfacturation, des actes paramédicaux. Renforcer la régulation dans les zones très surdotées (élargissement des zones et instauration d'une règle « 2 départs pour 1 installation »). Clarifier les règles relatives au salariat, au remplacement et à la collaboration, et veiller à leur respect en particulier dans les zones surdotées. Définir avec les professionnels des seuils de « suractivité » incompatible avec une bonne qualité des soins.
- Améliorer la qualité et la pertinence de la prescription à l'hôpital. Déployer l'ordonnance numérique à l'hôpital. Mettre en place un nouveau mécanisme incitatif à la maîtrise des prescriptions hospitalières qui sont réalisées en ville, financée sur le risque (partage de gain). Aller progressivement jusqu'à 10 % du financement hospitalier réservé à l'enveloppe IFAQ (incitation financière à améliorer la qualité) et en simplifier les indicateurs.
- Renforcer le bon usage des produits de santé. Poursuivre les travaux de lutte contre le gaspillage en travaillant avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) à la remise en circuit de certains dispositifs médicaux reconditionnés et de médicaments non utilisés et non périmés. Aligner la tarification et le cahier des charges de la PPC sur les modèles étrangers et construire des mécanismes de régulation sectorielle par catégorie de dispositifs médicaux.
- Conditionner le conventionnement des professionnels de santé (entrée/maintien) à sa maîtrise des règles de facturation et de l'état de l'art en matière de qualité et de pertinence.

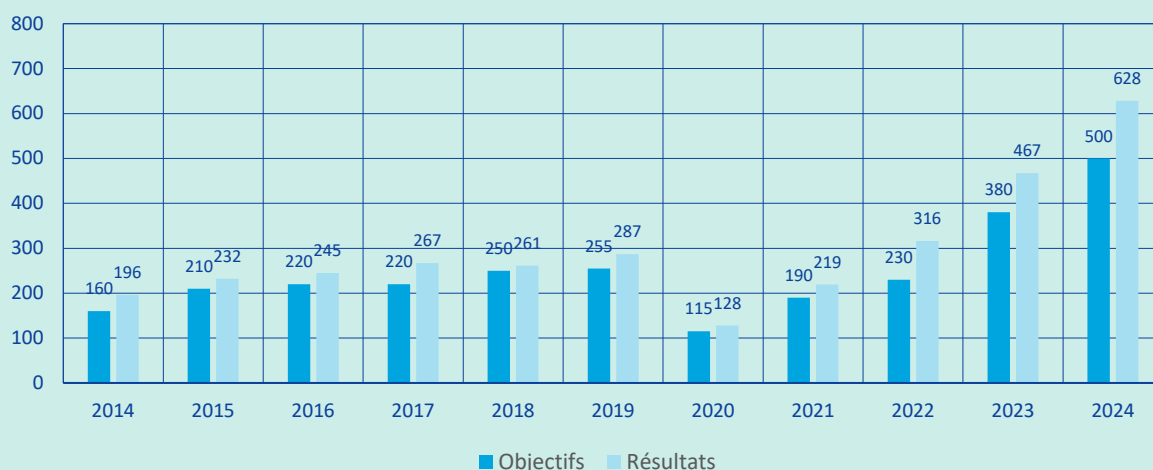
Renforcer la lutte contre les fraudes

Au-delà des actions conduites pour améliorer la qualité et la pertinence des soins, agir sur les dépenses de santé inutiles et donc évitables passe par une responsabilité renforcée de l'ensemble des acteurs et une lutte déterminée contre les abus et les fraudes.

Des résultats de lutte contre les fraudes en constante progression

En 2024, la lutte contre les fraudes à l'Assurance Maladie a franchi un nouveau cap. Près de 628 millions d'euros de préjudices financiers ont été détectés et stoppés, soit une hausse de 34 % par rapport à 2023. Cette progression illustre l'efficacité renforcée des dispositifs de contrôle et de détection mis en place ces dernières années.

Évolution des objectifs et résultats de la lutte contre les fraudes depuis 2014 (en millions d'euros)



Source : Cnam

Cette dynamique pourrait se renforcer tout d'abord grâce à l'implication des assurés. Ces derniers, parce qu'ils sont directement au contact du système de soins, sont à même de repérer des actes suspects. En signalant ces derniers auprès de l'Assurance Maladie, ils peuvent permettre une réaction rapide de cette dernière et contribuer ainsi à la lutte contre les fraudes.

Par ailleurs, dans un environnement où les flux de facturation reçus par l'Assurance Maladie atteignent des volumes élevés, l'intelligence artificielle constitue un levier technologique puissant qui doit renforcer notre capacité à anticiper les fraudes hybrides, évolutives, souvent dissimulées derrière des chaînes d'acteurs complexes.

Une grande diversité d'erreurs, abus et fraudes

Les fraudes impliquant des salariés représentent un préjudice détecté et stoppé de près de 109 millions d'euros en 2024. Elles relèvent principalement de la fraude documentaire pour obtenir des droits (fausses pièces d'identité), de faux arrêts de travail ou de fausses ordonnances.

Bien que les assurés représentent la majorité des fraudes en nombre, les professionnels de santé sont à l'origine de 62 % du préjudice financier global. Les secteurs les plus touchés sont ceux des audioprothèses (115,2 millions d'euros en 2024, montant multiplié par cinq en un an), des pharmacies (62 millions d'euros en 2024), des infirmiers (56 millions d'euros en 2024) et des transporteurs sanitaires (41 millions d'euros en 2024).

Les erreurs de facturation sont une autre source importante d'indus pour l'Assurance Maladie. En 2024, cinq professions de santé sont particulièrement concernées : infirmiers libéraux (566 millions d'euros), masseurs-kinésithérapeutes (660 millions d'euros), pharmaciens (502 millions d'euros), transporteurs sanitaires (563 millions d'euros) et taxis (273 millions d'euros). Les erreurs fréquentes incluent la surfacturation (cotation non conforme à ce qui a été prescrit ou réalisé), la facturation à 100 % hors affection longue durée (ALD) et des anomalies sur les prescriptions ou sur les distances kilométriques déclarées pour les transports sanitaires.

En dehors des fraudes à proprement parler, certaines pratiques abusives des patients comme le recours excessif au médecin généraliste – avec plus de 50 consultations par an par exemple – ou le nomadisme médical restent difficilement encadrées. Contrairement à la surconsommation de médicaments, l'Assurance Maladie ne dispose pas encore de leviers juridiques pour y faire face.

Des enjeux de sécurisation du système actuel de facturation et de prescription

Certaines caractéristiques du système actuel de facturation et de prescription créent un terrain propice aux fraudes et appellent à une vigilance renforcée à chaque étape, depuis la facturation des actes jusqu'à la délivrance des traitements.

- Les flux de facturation non sécurisés sont des sources d'anomalies ou de fraudes. Ces flux, transmis sans

carte Vitale ou sur support papier, sont en effet responsables de plus de 40 % des anomalies. Ils sont notamment à l'origine de fraudes aux arrêts de travail et aux ordonnances. En 2024, seuls 75 % du 1,6 milliard de flux reçus par l'Assurance Maladie étaient sécurisés – un taux stable depuis trois ans. Parmi les 350 millions de flux non sécurisés, 100 millions proviennent des pharmaciens.

- Si le tiers payant permet de solvabiliser la demande de soins et de faciliter l'accès aux soins notamment onéreux, il génère aussi un risque accru de fraudes par le fait que le professionnel peut facturer des actes ou produits qui n'ont en fait été ni réalisés ni délivrés, sans que l'assuré ne se rende compte de cette fraude. Ainsi, en 2024, 246 millions d'euros de fraudes détectés et stoppés sur les 416 millions d'euros de fraudes en provenance des professionnels de santé libéraux proviennent d'actes non réalisés, c'est-à-dire fictifs, ou de produits non délivrés.
- Les prescriptions font également l'objet de nombreuses fraudes, faute de sécurisation suffisante. Les fausses ordonnances de médicaments représentent en effet 13,4 millions d'euros de fraudes stoppées en 2024. On constate par ailleurs une recrudescence des fraudes aux arrêts de travail liée à leur vente sur les réseaux sociaux (42 millions d'euros de fraudes détectées en 2024, soit 2,4 fois plus qu'en 2023). Au-delà des actions d'ores et déjà engagées (sécurisation à 100 % des prescriptions d'arrêts de travail, développement de l'ordonnance numérique, mise en place du dispositif d'aide à la détection d'atypies de consommation dit ADAC), la mobilisation des professionnels de santé est indispensable pour lutter contre les fausses ordonnances.

SÉLECTION DE PROPOSITIONS

- Conditionner le tiers payant à l'utilisation systématique de la carte Vitale (sauf cas exceptionnels).
- Développer des systèmes d'alertes pour signaler une fraude : mettre en place un système de notifications en continu de l'assuré pour chaque remboursement, afin qu'il identifie les facturations frauduleuses ; créer un cadre de recueil de signalement de fraudes, pour les assurés et pour les professionnels de santé, efficace et transparent.
- Prévenir la récurrence de la fraude. Suspendre le bénéfice de la garantie de paiement en cas de sanction pour fraude du professionnel de santé et durcir les modalités de reconventionnement des professionnels déconventionnés pour cause de fraude. Suspendre temporairement le bénéfice du tiers payant pour les assurés sanctionnés pour fraudes et mieux informer les assurés des sanctions encourues en cas de fraude.
- Élargir le champ d'action de l'Assurance Maladie en matière de lutte contre la fraude, d'une part, en luttant contre le nomadisme médical et les consommations atypiques de soins (action ciblée sur la « surconsommation » de certains assurés), d'autre part, en élargissant les motifs existant (dépôts de plainte, récurrence de fraude) permettant d'allonger le délai de sept jours impartis à l'Assurance Maladie pour régler les professionnels de santé en contrepartie de la pratique du tiers payant (procédures ordinaires, actes fraudogènes). Faciliter les contrôles de la bonne exécution des prescriptions par l'Assurance Maladie, en permettant l'utilisation des données issues de l'ordonnance numérique pour vérifier la bonne délivrance des produits ou des actes réalisés.
- Généraliser l'utilisation de l'IA à l'Assurance Maladie pour la détection et la prévention des fraudes. Continuer de fournir aux professionnels des outils permettant d'alimenter les bases de données d'ordonnances frauduleuses, etc.

PARTIE 5

REMETTRE L'ASSURANCE MALADIE À L'ÉQUILIBRE

Une trajectoire pour stopper la dégradation de la situation financière

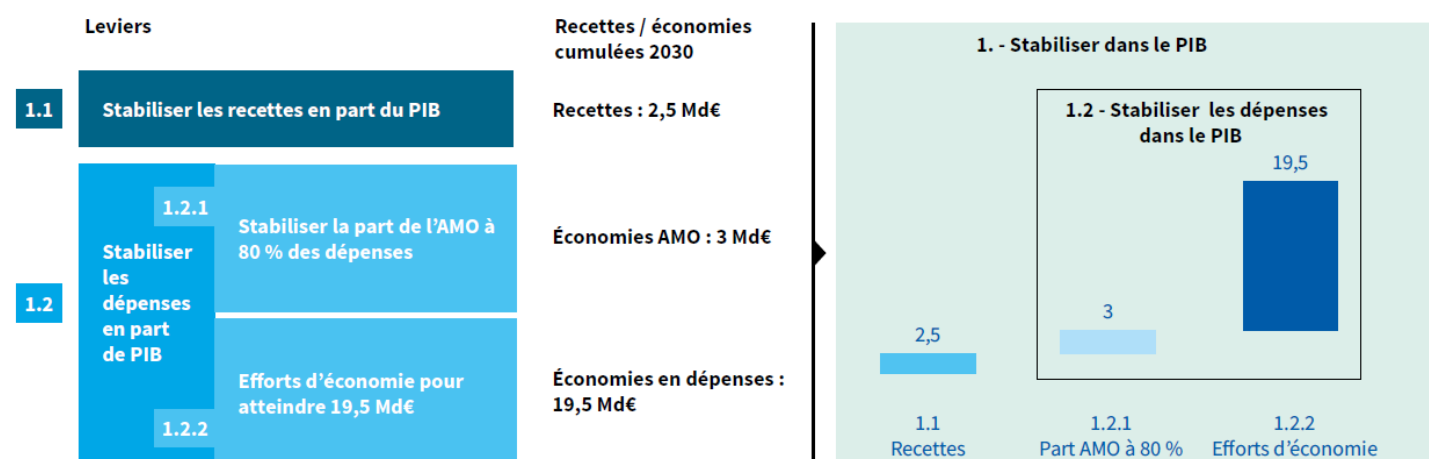
Le déficit de l'Assurance Maladie atteint aujourd'hui un niveau inédit hors contexte de crise, dans un pays qui consacre pourtant une part importante de ses ressources à la santé — la France étant le troisième pays de l'OCDE en termes de dépenses de santé rapportées au PIB. Cependant, cette dépense n'est pas toujours synonyme d'efficacité, en raison de pratiques inappropriées et de dysfonctionnements structurels. Face à cette situation, un pilotage plus rigoureux des dépenses apparaît nécessaire, en s'inspirant notamment des réformes ayant permis une modération de la croissance des coûts durant la décennie 2010-2019.

Ainsi un premier objectif dans le cadre du retour à l'équilibre de l'Assurance Maladie serait de maintenir, comme cela a été réalisé dans la période 2010-2019, la part de l'objectif national des dépenses de l'Assurance Maladie dans la richesse nationale. Stabiliser la part de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) dans le PIB en valeur supposerait, au regard de la trajectoire tendancielle de l'évolution des dépenses de santé et des hypothèses de croissance de la richesse nationale retenues lors de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2025, de réaliser des efforts substantiels d'économies de l'ordre de 22,5 milliards d'euros à l'horizon 2030. C'est donc un effort déjà important que cet objectif

impliquera de réaliser. Pour répondre à cet objectif, la trajectoire proposée par l'Assurance Maladie s'appuie sur deux leviers complémentaires en termes de régulation de la dépense. Le premier levier est la stabilisation du taux de couverture des dépenses de santé par l'Assurance Maladie obligatoire à 80 %, pour que la progression mécanique de ce taux de couverture en lien avec la chronicisation des pathologies ne s'ajoute pas à la dynamique de la dépense. Le second levier est la mise en place de mesures d'économies ambitieuses sur la dépense à l'horizon 2030 à hauteur de 19,5 milliards d'euros.

Parallèlement, il est indispensable de sécuriser une trajectoire symétrique viable de recettes. Aussi, comme pour les dépenses, il est nécessaire de maintenir une évolution des recettes égale à celle de la richesse nationale. Sans ce parallélisme, un décrochage entre les recettes et nos objectifs sur les dépenses entraînerait la constitution ou l'aggravation d'un déficit. Pour garantir une dynamique des recettes identique à la richesse nationale, il serait nécessaire d'identifier 2,5 milliards d'euros de recettes nouvelles à l'horizon 2030. Cet écart de dynamisme entre la richesse nationale et les recettes de l'Assurance Maladie tient notamment aux taxes comportementales dont la dynamique tend à ralentir à mesure qu'elles produisent leurs effets.

Trajectoire : assurer une évolution comme celle de la richesse nationale



PIB : produit intérieur brut AMO : assurance maladie obligatoire
Source : Cnam

Comment assurer cette trajectoire à horizon 2030 ?

Un nouveau pacte à construire entre assurance maladie obligatoire et complémentaire

L'ampleur de l'effort nécessaire pour faire évoluer les dépenses de l'Assurance Maladie comme la richesse nationale nécessite de refonder l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC) pour permettre un financement stable, lisible et assurant un accès à l'assurance santé pour tous. Cette refondation doit nous préserver des évolutions ponctuelles de la protection maladie et de réfléchir sereinement à la problématique du remboursement des dépenses de santé. Cette refondation pourrait s'articuler autour de trois axes majeurs : l'affirmation d'une nouvelle place pour les organismes complémentaires notamment en matière de prévention et de lutte contre la fraude, une réflexion sur les modalités de la participation financière des patients et de l'intervention des organismes complémentaires, et enfin une réaffirmation de l'objectif d'une assurance complémentaire pour tous.

La stabilisation de l'effort de financement entre l'AMO et l'AMC doit permettre de garantir un financement public élevé et soutenable de la dépense de santé. Cette stabilisation nécessite de déterminer un objectif pluriannuel permettant de compenser la déformation de la structure de financement vers l'AMO. Pour quantifier cet objectif, l'évolution de la part de l'AMO observée ces 10 dernières années permet d'évaluer le niveau de cette déformation. Entre 2013 et 2023, le taux de prise en charge par l'AMO a ainsi progressé de 75,5 % à 79,5 %, soit une hausse de 4 points en 10 ans. À l'horizon 2030, la stabilisation de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire nécessiterait donc de programmer un nouveau partage de prise en charge de certains soins avec les organismes complémentaires et les patients à hauteur de 3 milliards d'euros. Cette programmation doit permettre d'anticiper et de déterminer les modalités les plus pertinentes et de parvenir à ce nouveau partage.

Parallèlement, il est également nécessaire de réaffirmer l'objectif que l'ensemble de la population puisse bénéficier d'une assurance maladie complémentaire. En 2019, dernière donnée disponible, 3,6 % de la population ne bénéficiait pas d'un contrat de complémentaire santé. La non-couverture est liée au niveau de revenus de ces personnes. La moitié des personnes non couvertes par une complémentaire santé appartiennent au premier quintile de revenus. 11 % des retraités et 9,1 % des travailleurs indépendants ne disposent pas de couverture complémentaire santé.

Assurer une évolution des dépenses et recettes au rythme de la richesse nationale à l'horizon 2030

Il est indispensable d'identifier des économies à réaliser à hauteur de 19,5 milliards d'euros pour stabiliser la part de l'Ondam dans la richesse nationale à l'horizon 2030 et contribuer ainsi à l'objectif de 25 milliards nécessaire pour stabiliser le déficit. Ces économies pourraient s'articuler autour des leviers correspondant aux grands chantiers développés tout au long du rapport.

- L'ensemble des actions de prévention développées par l'Assurance Maladie pourrait générer 500 millions d'euros d'économies à l'horizon 2030, notamment grâce à la vaccination et aux actions de prévention secondaire et tertiaire qui doivent permettre de détecter plus précocement les pathologies chroniques et de réduire les complications.
- La meilleure organisation des parcours et le renforcement du lien ville-hôpital sont également une source d'économies notamment grâce au développement de la chirurgie ambulatoire et hors bloc, ainsi que le transfert vers la ville d'une partie des urgences actuellement prises en charge à l'hôpital. L'impact global de ces mesures est estimé à environ 2 milliards d'euros à l'horizon 2030.
- La régulation des produits de santé doit permettre de générer des économies de l'ordre de 6 milliards d'euros à l'horizon 2030. Il est essentiel de mieux réguler les dépenses de médicaments, notamment en baissant les prix selon leur utilité médicale. Des mesures fortes sont aussi attendues sur les biomédicaments. En ce qui concerne les dispositifs médicaux, la régulation des dispositifs de pression positive continue en particulier, mais plus largement la régulation tarifaire menée par le Comité économique des produits de santé, doit permettre de compléter les économies sur les produits de santé.
- La régulation sectorielle, en lien avec les analyses menées sur la rentabilité des différents secteurs, doit permettre de définir des trajectoires de régulation tarifaire assises sur des objectifs de rentabilité compatibles avec un financement socialisé. Ces actions doivent permettre de générer 2 milliards d'euros à l'horizon 2030.
- Les évolutions de la prise en charge des arrêts maladie ainsi que les actions visant à accroître la pertinence de la dépense doivent permettre de générer 2 milliards d'euros d'économies à l'horizon 2030. Les mesures visant à renforcer la pertinence s'appuieront non seulement sur

la limitation des durées de prescription afin d'assurer un meilleur suivi des assurés mais aussi sur des actions envers les prescripteurs pour un plus grand respect des référentiels et une plus grande homogénéité des comportements de prescription.

- Enfin, les actions de lutte contre les fraudes ainsi que sur la qualité et la pertinence du système de santé devraient permettre de générer environ 7 milliards d'euros à l'horizon 2030 dont 3 milliards d'euros pour la lutte contre les fraudes, en lien avec des objectifs croissants s'appuyant sur les résultats observés ces dernières années.

D'autre part, parmi les leviers principaux pour parvenir à renforcer le dynamisme des recettes, la fiscalité comportementale doit être pleinement mobilisée. Compte tenu du fort impact des produits nocifs et de la pollution sur la santé humaine, il serait également nécessaire de faire bénéficier la branche maladie du rendement des recettes existantes en lien avec ces facteurs de risques.

Décomposition des leviers pour freiner la dégradation du déficit

Leviers

Impact cible 2030

Leviers		Impact cible 2030			
1.1	Stabiliser les recettes de l'Assurance Maladie au rythme du PIB	Accroître les recettes de l'Assurance Maladie issues de la taxation des produits nocifs pour la santé	2,5 Md€		
		Accroître les recettes de l'Assurance Maladie en lien avec la santé environnementale			
1.2	1.2.1	Stabiliser la part de l'AMO à 80 % des dépenses	3Md€		
		Modifications du panier de soins remboursables			
		Partage AMO/AMC			
	1.2.2	Stabiliser les autres dépenses en part du PIB	Révision des mécanismes de participation des assurés	Cible à 2030 pour stabiliser les dépenses dans le PIB en plus de la stabilisation du financement AMO 19,5 Md€	
			Prévention : développer la prévention secondaire et tertiaire pour réduire la prévalence des maladies chroniques et leurs complications		500 M€
			Organisation des parcours et du lien ville-hôpital : mieux prendre en charge les pathologies chroniques		2Md€
			Produits de santé : assurer une régulation compatible avec la soutenabilité de notre système de santé		5Md€
			Régulation sectorielle : prévenir les phénomènes de rentes et d'optimisation financière		2,5 Md€
			Arrêts de travail : ajuster les dispositifs de prise en charge des indemnités journalières		2Md€
			Efficience et pertinence : déployer à large échelle une politique de sécurisation des prescriptions et de responsabilisation de l'ensemble des acteurs du système		4,5 Md€
Lutte contre les fraudes : poursuivre la dynamique de montée en charge de la politique de lutte contre les fraudes	3Md€				

Source : Cnam

Dès 2026, des mesures fortes d'économies pour répondre à cette situation exceptionnelle

Les propositions d'économies portées par l'Assurance Maladie pour 2026 devraient générer un impact financier global estimé à 3,9 milliards d'euros, un effort exceptionnel en regard des montants historiquement proposés dans le cadre de la construction du projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Pour 2025, l'Assurance Maladie avait chiffré des propositions à hauteur de 1,56 milliard d'euros.

Propositions financières de l'Assurance Maladie pour 2026

THÉMATIQUES	RENDEMENT 2026 EN MILLIONS D'EUROS
Organisation et parcours de soins en ville et à l'hôpital	200
Stabiliser la part AMO à 80 %	600
Produits de santé : pertinence de la tarification	1 200
Régulation sectorielle	400
Amélioration de l'efficacité et de la pertinence des soins	800
Indemnités journalières	300
Lutte contre les fraudes	400
TOTAL	3 900

Source : Cnam

Aller plus loin pour un retour à l'équilibre

Cette trajectoire que se fixe l'Assurance Maladie permettrait dans un premier temps de stopper la dégradation du déficit qui devrait s'élever à 16 milliards d'euros en 2025 mais pas de le résorber. Pour rétablir l'équilibre financier, il convient de cumuler de nouveaux efforts d'économies et de nouvelles recettes dont la répartition reste à déterminer.

Pour justifier un effort supplémentaire en dépenses qui irait donc au-delà de ce qui est nécessaire pour tenir une évolution semblable à celle de la richesse sociale, pourraient être avancés :

- l'ampleur des financements publics dédiés à la santé (10,1 % du PIB), ce qui nous place en deuxième position des pays de l'OCDE ;
- les besoins de financements publics sur d'autres thématiques (transition écologique, éducation-recherche, défense) qui sont élevés ;
- le constat d'inefficiences importantes dans le système et donc d'économies possibles sans dégrader l'accès et la qualité des soins ;

- le niveau très élevé des prélèvements obligatoires dans notre pays (42,8 % du PIB).

S'agissant des arguments qui justifient un recours au levier des recettes, on peut citer :

- le caractère déjà très ambitieux d'un Ondam qui évoluerait au même rythme que le PIB comme le montrent les travaux de projections de l'OCDE ;
- la puissance des facteurs structurels d'augmentation des dépenses de santé (vieillesse-maladies chroniques-innovation) et des besoins de prise en charge qui « justifient » que nous dédions plus de ressources à la santé ;
- le non-financement du Ségur de la santé dans le cadre du pilotage des comptes de la Sécurité sociale depuis 2021.

SÉLECTION DE PROPOSITIONS

- Réunir l'ensemble des parties prenantes afin de déterminer les modalités de la participation financière des patients et de l'intervention des organismes complémentaires pour stabiliser la part financée par l'AMO à 80 %.
- Rehausser le plafond de la complémentaire santé solidaire pour que tous les assurés dont les revenus sont en dessous du seuil de pauvreté y soient éligibles.

Des mesures complémentaires non consensuelles

L'administration de la Cnam a formulé d'autres propositions de redressement des comptes de l'Assurance Maladie n'ayant pas recueilli un consentement majoritaire des conseillers de la Cnam. Le vote favorable du rapport ne concerne donc pas ces mesures complémentaires. Les équipes de l'Assurance Maladie ont néanmoins souhaité porter ces propositions à la connaissance de tous afin qu'elles puissent alimenter le débat public. Elles apparaissent en annexe du rapport.

POUR EN SAVOIR PLUS

Pour découvrir les options, qui sont des propositions soumises au débat public et qui n'ont pas fait l'objet d'un accord lors de leur présentation aux membres du Conseil de la Cnam, elles sont regroupées [de la page 237 à la page 245 du rapport](#).

Pour prendre connaissance des contributions des membres du Conseil de la Cnam, merci de vous rendre dans la partie du rapport à partir [de la page 246](#).

Pour consulter le récapitulatif de l'ensemble des propositions, merci de vous rendre dans la partie du rapport dédiée [en pages 5 et 6](#).



Le rapport Charges et Produits est disponible
via ce lien
ou
en scannant ce QR code :



Directeur de publication : Thomas Fatôme, directeur général
de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam)
50 avenue du Professeur André Lemierre, 75986 Paris cedex 20



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun