



ÉLYSÉE CONSEILS · PROJET 2027

La santé en France État des lieux 2026

Chiffres 2025, budget 2027

Dépenses, financement, soignants, hôpital, médicament, prévention, territoires et outre-mer



Réussir ensemble

Octobre 2026 · version publiée

Projet 2027 est la rédaction d'un programme pour la présidentielle 2027. Open source, ce programme est mis à disposition de tous les candidats à la présidentielle.

Sources principales : DREES (comptes de la santé 2025), Commission des comptes de la Sécurité sociale (mai 2026), Cour des comptes (RALFSS 2026), Assurance maladie (Charges et produits pour 2027), projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2027. Chaque chiffre est sourcé ; la bibliographie complète figure en fin de dossier.

Mode d'emploi

Ce dossier dresse l'état des lieux du système de santé français à partir des chiffres de l'année 2025, les plus récents publiés à l'automne 2026, et du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2027 déposé à l'Assemblée nationale le 1er octobre 2026. Il **décrit** : qui soigne, qui décide, qui paie, combien, avec quels résultats et quelles tensions. Il **ne propose pas** : les propositions du Projet 2027 feront l'objet d'un document distinct. Chacun des dix-neuf chapitres s'ouvre sur un graphique, se lit en deux ou trois pages et se termine par ses sources. Les annexes confrontent les chiffres des différents rapports, rassemblent les quinze chiffres à retenir, un lexique et la bibliographie complète ; douze fiches d'une page résument les grands sujets.

CHIFFRE CLÉ

353,2 Md€ : la dépense courante de santé de la France en 2025, soit 11,8 % de la richesse nationale (DREES, 2026).

À SAVOIR

Les encadrés « À savoir » signalent un point technique ou une précaution de lecture : un changement de méthode, un périmètre différent, un chiffre provisoire.

À RETENIR

Les encadrés « À retenir » résument en quelques phrases ce que les chiffres du chapitre établissent.

QUESTION OUVERTE · SOUMISE AU DÉBAT PARLEMENTAIRE

Les encadrés « Question ouverte » présentent les sujets sur lesquels les choix restent à faire et relèvent du débat parlementaire. Les arguments en présence y sont exposés, sans trancher.

RÈGLE DE MÉTHODE

Des sources primaires. Les chiffres viennent des publications institutionnelles : DREES (comptes de la santé), Commission des comptes de la Sécurité sociale, Cour des comptes, Assurance maladie, Parlement, OCDE. Les extraits de rapports reproduits portent leur source et leur page.

Constaté et prévu ne se mélangent pas. 2025 est l'année constatée ; 2026 et au-delà relèvent de prévisions, signalées comme telles (hachures sur les graphiques).

Quand deux sources divergent, les deux sont données. L'annexe A1 confronte les chiffres et explique les écarts (périmètres, dates, régimes). Les rares calculs propres à Élysée Conseils sont signalés.

Changement de base. Depuis l'édition 2026 de ses comptes, la DREES retient la dépense courante de santé au sens international (DCSi) comme agrégat central et y intègre l'hébergement en soins de longue durée : les niveaux ne sont pas comparables avec ceux publiés les années précédentes.

Sommaire

- 01 L'essentiel en une page
- 02 Carte d'identité du système de santé
- 03 Qui décide quoi
- 04 Qui paie quoi
- 05 Budget et trajectoire : le déficit installé
- 06 Qui soigne
- 07 Combien de soins
- 08 La ville et les portes d'entrée
- 09 L'hôpital
- 10 Le médicament et les produits de santé
- 11 Les transports de patients

- 12** La prévention
- 13** Les patients : âge, maladies chroniques, santé mentale
- 14** Le grand âge et l'autonomie
- 15** Les territoires
- 16** L'outre-mer
- 17** Ce que demandent les professionnels
- 18** Ce qui est en débat
- 19** Questions-pièges et chiffres à manier avec précaution
- A1** Chiffres confrontés : quand les sources divergent
- A2** Les quinze chiffres à retenir
- A3** Lexique des sigles
- A4** Bibliographie et sources
- F** Douze fiches pour l'essentiel

01 L'essentiel en une page

La santé en France : l'essentiel en huit chiffres

Chiffres 2025 constatés, sauf mention contraire. Sources détaillées sous le graphique et dans le dossier.



Source : DREES, Les dépenses de santé en 2025 (éd. 2026) ; CCSS, mai 2026 ; PLFSS 2027 (n° 3211) ; Assurance maladie, Charges et produits pour 2027 (cartographie 2024 ; résultat consolidé des hôpitaux publics, DGOS, relevé infra-annuel n° 2).

- **Une dépense parmi les plus élevées d'Europe.** La France a consacré 353,2 Md€ à la santé en 2025, soit 11,8 % de son PIB et environ 5 100 € par habitant. Elle se classe troisième de l'Union européenne, derrière l'Allemagne (12,7 %) et l'Autriche (11,9 %).
- **Une prise en charge publique élevée.** Les administrations publiques financent 77,4 % de la dépense, les complémentaires santé 12,3 % et les ménages 9,7 %, soit un reste à charge moyen de 495 € par habitant.
- **Un déficit installé.** La branche maladie a perdu 15,9 Md€ en 2025. Le projet de loi de financement pour 2027 prévoit 12,5 Md€ de déficit en 2026, 7,8 Md€ en 2027 et encore 6,3 Md€ en 2030.
- **Une dépense tirée par l'âge et les maladies chroniques.** Les 65 ans et plus absorbent 55 % de la dépense. Les 25,6 millions de personnes soignées pour une maladie chronique concentrent 63 % des remboursements ; les assurés en affection de longue durée (ALD) pourraient être 18 millions en 2035.
- **Un hôpital en déficit, une médecine de ville sous tension.** Les hôpitaux publics affichent un déficit de 2,7 Md€ en 2025 (estimation provisoire). En ville, 11,5 % des patients adultes n'avaient pas de médecin traitant fin 2024 et 29 % des habitants de l'Hexagone vivent dans une zone d'intervention prioritaire pour la médecine générale.
- **Un budget 2027 sous contrainte.** L'ONDAM proposé pour 2027 (278,7 Md€) progresse de 2,0 %, contre 3,4 % si rien n'était fait : 5,1 Md€ d'économies brutes sont affichées, dont 2,1 Md€ sur les produits de santé.

À RETENIR

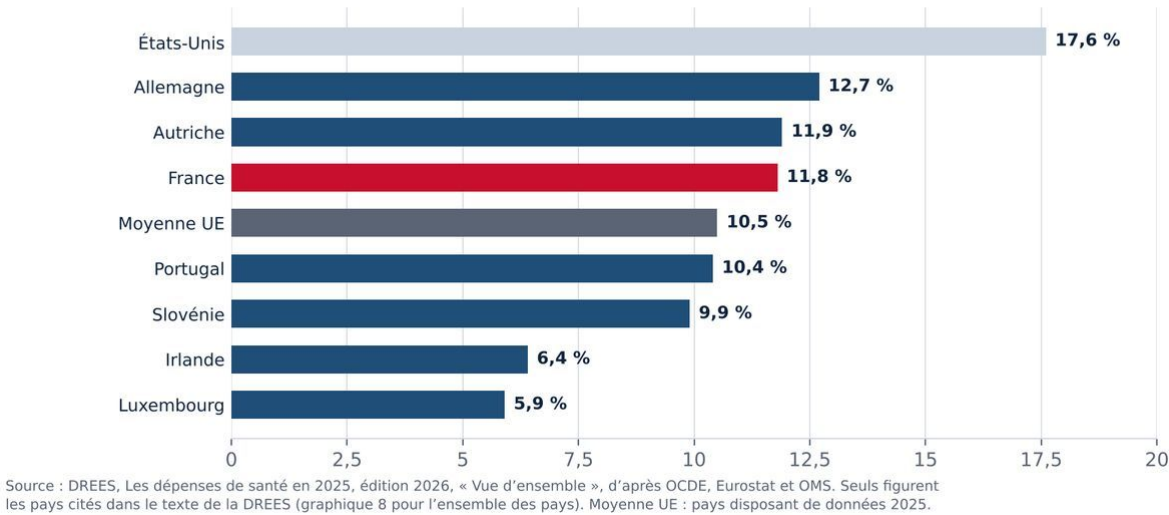
La France dépense beaucoup pour sa santé et en protège bien les ménages, mais elle finance une partie de cette dépense à crédit depuis 2020. Le vieillissement et les maladies chroniques poussent la dépense plus vite que la richesse nationale ; les leviers de régulation actuels ramènent le déficit vers 6 à 8 Md€ par an, sans le refermer.

Sources du chapitre. DREES, Les dépenses de santé en 2025, édition 2026 (vue d'ensemble, fiches 4 et 31) ; CCSS, mai 2026 ; PLFSS 2027 (n° 3211), rapport annexé ; Assurance maladie, Charges et produits pour 2027 (cartographie 2024, figures 3, 4, 50 et 51).

02 Carte d'identité du système de santé

La France dans le trio de tête européen

Dépense courante de santé au sens international (DCSi), en % du PIB, 2025.



Le système de santé français repose sur une **assurance maladie obligatoire universelle**, complétée par une **assurance complémentaire** qui couvre 96,6 % de la population. Il mêle un hôpital majoritairement public, une médecine de ville libérale payée à l'acte, un secteur médico-social financé à la fois par la Sécurité sociale et par les départements, et une industrie des produits de santé dont les prix sont administrés. Avec 11,8 % du PIB, la France fait partie du trio de tête européen ; la moyenne de l'Union est de 10,5 %.

Le système de santé en chiffres (2025, sauf mention contraire)

Indicateur	Valeur	Source
Dépense courante de santé (DCSi)	353,2 Md€	DREES 2026
Part dans le PIB · par habitant	11,8 % · ≈ 5 100 €	DREES 2026
Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)	256,5 Md€	DREES 2026
Évolution de la DCSi en 2025	+3,3 %	DREES 2026
Part financée par les administrations publiques	77,4 %	DREES 2026
Part des complémentaires santé · des ménages	12,3 % · 9,7 %	DREES 2026
ONDAM 2025 exécuté (objectif : 265,9 Md€)	265,4 Md€	CCSS mai 2026
Déficit de la branche maladie	15,9 Md€	CCSS mai 2026
Salariés des établissements de santé (fin 2025)	1,4 million	DREES 2026
Lits d'hospitalisation complète (fin 2024)	338 165	DREES 2026
Passages aux urgences (environ 700 structures)	21,5 millions	DREES 2026
Médecins généralistes hors hôpital (1er janvier)	83 100	DREES 2026
Personnes avec une maladie chronique (2024)	25,6 millions	Assurance maladie
Population couverte par une complémentaire (2023)	96,6 %	Assurance maladie

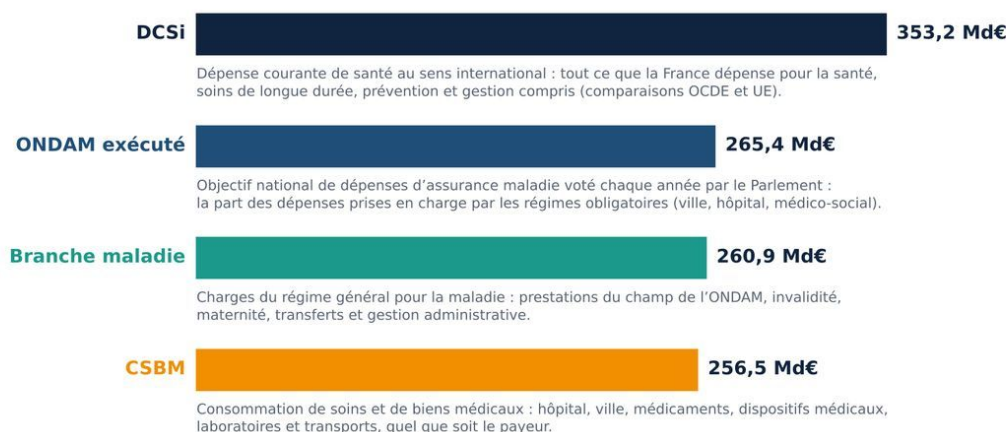
Source : DREES, Les dépenses de santé en 2025, édition 2026 ; CCSS, mai 2026 ; Assurance maladie, Charges et produits pour 2027.

Quatre chiffres pour une même dépense

Le débat public mélange souvent des agrégats qui n'ont pas le même périmètre. La **DCSi** mesure tout ce que la nation dépense pour la santé, y compris les soins de longue durée, la prévention et la gestion : c'est elle qui sert aux comparaisons internationales. La **CSBM**, agrégat historique français, se limite aux soins et biens médicaux. L'**ONDAM** est un objectif de dépenses voté par le Parlement pour les seules dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire. Les **charges de la branche maladie** incluent en outre l'invalidité, une partie de la maternité, des transferts et les frais de gestion.

Quatre chiffres pour une même dépense : ne pas les confondre

Montants 2025, en milliards d'euros. Chaque agrégat a son périmètre ; ils ne s'additionnent pas.



Source : DREES, Les dépenses de santé en 2025 (DCSi, CSBM) ; CCSS, mai 2026 (ONDAM 2025 exécuté ; tableau 2 CNAM-Maladie).

À SAVOIR

Les hausses ne se comparent pas davantage que les niveaux : en 2025, la DCSi progresse de 3,3 %, la CSBM de 2,7 % (2,0 % en volume et 0,7 % en prix) et l'ONDAM exécuté de 3,4 %. Chaque chiffre est juste dans son périmètre.

À RETENIR

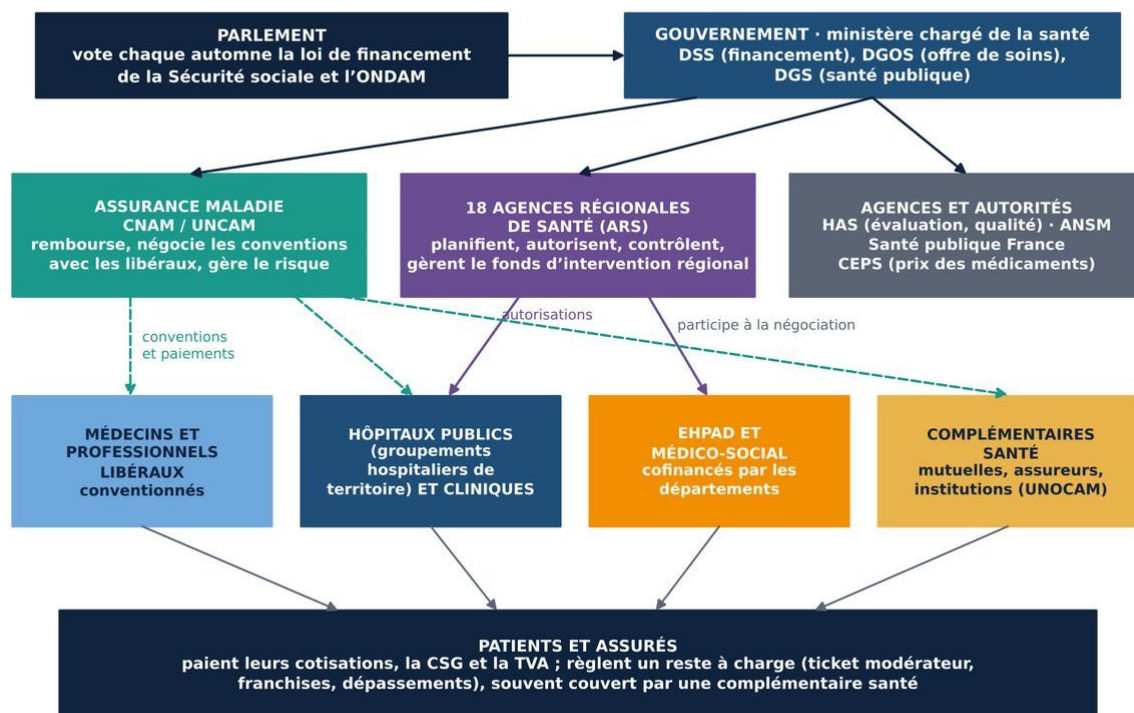
La France dépense pour sa santé nettement plus que la moyenne européenne (11,8 % du PIB contre 10,5 %), autant que l'Autriche et un peu moins que l'Allemagne. L'essentiel de cette dépense est public et passe par l'assurance maladie, dont l'ONDAM fixe chaque année la trajectoire.

Sources du chapitre. DREES, *Les dépenses de santé en 2025*, édition 2026, vue d'ensemble (graphique 8 et commentaire), fiches 2, 10 et 11 ; CCSS, mai 2026, fiche 2.2 (ONDAM 2025) ; Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027*, partie consacrée aux complémentaires santé.

03 Qui décide quoi

Qui décide quoi : un pilotage partagé entre l'État et l'Assurance maladie

Trait plein : tutelle ou décision ; pointillés : financement ou paiement. Schéma simplifié.



Source : Élysée Conseils, d'après le code de la Sécurité sociale et le code de la santé publique ; Sénat, rapport d'information n° 657 (2025-2026) sur les ARS.

Le pilotage de la santé est **partagé**. Le **Parlement** vote chaque automne la loi de financement de la Sécurité sociale, qui fixe l'ONDAM et ses sous-objectifs. Le **Gouvernement** prépare ce texte et pilote le système par trois directions du ministère chargé de la santé : la direction de la Sécurité sociale (financement), la direction générale de l'offre de soins (hôpitaux, professions) et la direction générale de la santé (santé publique).

L'**Assurance maladie** (Caisse nationale et Union nationale des caisses) rembourse les soins, négocie avec les syndicats de professionnels libéraux les conventions qui fixent leurs tarifs et leurs engagements, et gère le risque. Les **18 agences régionales de santé (ARS)** déclinent la politique nationale : elles planifient l'offre, délivrent les autorisations d'activité, contrôlent les établissements et répartissent le fonds d'intervention régional (le sous-objectif « FIR et soutien à l'investissement » atteint 6,1 Md€ dans l'ONDAM 2025). Des **agences nationales** complètent le dispositif : la Haute Autorité de santé (évaluation, qualité), l'Agence nationale de sécurité du médicament, Santé publique France, et le Comité économique des produits de santé, qui négocie les prix des médicaments.

Sur le terrain, l'offre se partage entre **hôpitaux publics**, regroupés en groupements hospitaliers de territoire, **cliniques privées**, **professionnels libéraux** conventionnés et **établissements médico-sociaux**, dont les EHPAD, cofinancés par les départements. Les **complémentaires santé** (mutuelles, assureurs, institutions de prévoyance) remboursent une part des dépenses et sont associées aux négociations conventionnelles par leur union (UNOCAM).

Les agences régionales de santé en débat

Les ARS, créées en 2010, concentrent les critiques sur la distance entre la décision et le terrain. La délégation aux collectivités territoriales du Sénat leur a consacré en mai 2026 un rapport d'information (n° 657) intitulé *Réforme des ARS : construire la proximité*. Elle relève que les délégations départementales ne regroupent que 48 % des effectifs des agences et formule trois recommandations : un échelon départemental renforcé, doté de compétences et de crédits propres ; un pouvoir de dérogation élargi aux règles de fond ; un socle de services minimal auquel chaque habitant peut prétendre. La Cour des comptes, de son côté, souligne dans son rapport d'avril 2026 sur la qualité des soins en établissement la dispersion des outils de pilotage de la qualité entre l'État, la Haute Autorité de santé et l'Assurance maladie.

À SAVOIR

Le partage des rôles évolue par petites touches : le projet de loi 2027 supprime l'Agence nationale du développement professionnel continu (article 33) et crée une « mission de solidarité territoriale » pour les médecins dans le cadre du réseau France Santé (article 21).

À RETENIR

Trois décideurs pèsent sur chaque euro : le Parlement fixe l'enveloppe, l'Assurance maladie négocie les tarifs de ville, l'État et ses agences régulent l'hôpital et les prix des produits de santé. Les ARS, à la charnière, sont au cœur des débats sur la proximité.

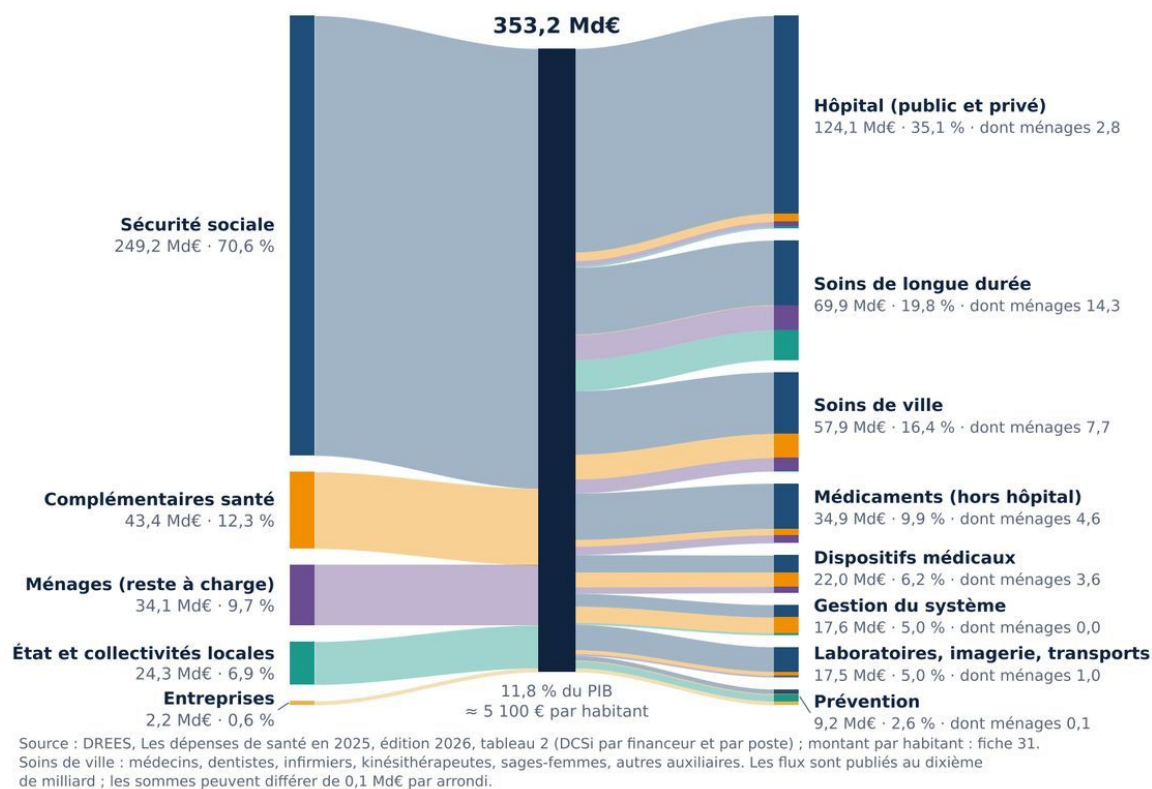
Sources du chapitre. Code de la Sécurité sociale et code de la santé publique ; Sénat, délégation aux collectivités territoriales, rapport d'information n° 657 (2025-2026), mai 2026 ; Cour des comptes, *La politique d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé*, avril 2026 ; CCSS, mai 2026, fiche 2.2 (ONDAM 2025 par sous-objectif) ; PLFSS 2027, articles 21 et 33.

04 Qui paie quoi

Qui paie, pour quoi : 353 milliards d'euros de dépenses de santé

Dépense courante de santé au sens international (DCSi), France, 2025, en milliards d'euros.

À gauche les financeurs, à droite les postes de dépense ; chaque flux de droite garde la couleur de ses financeurs.



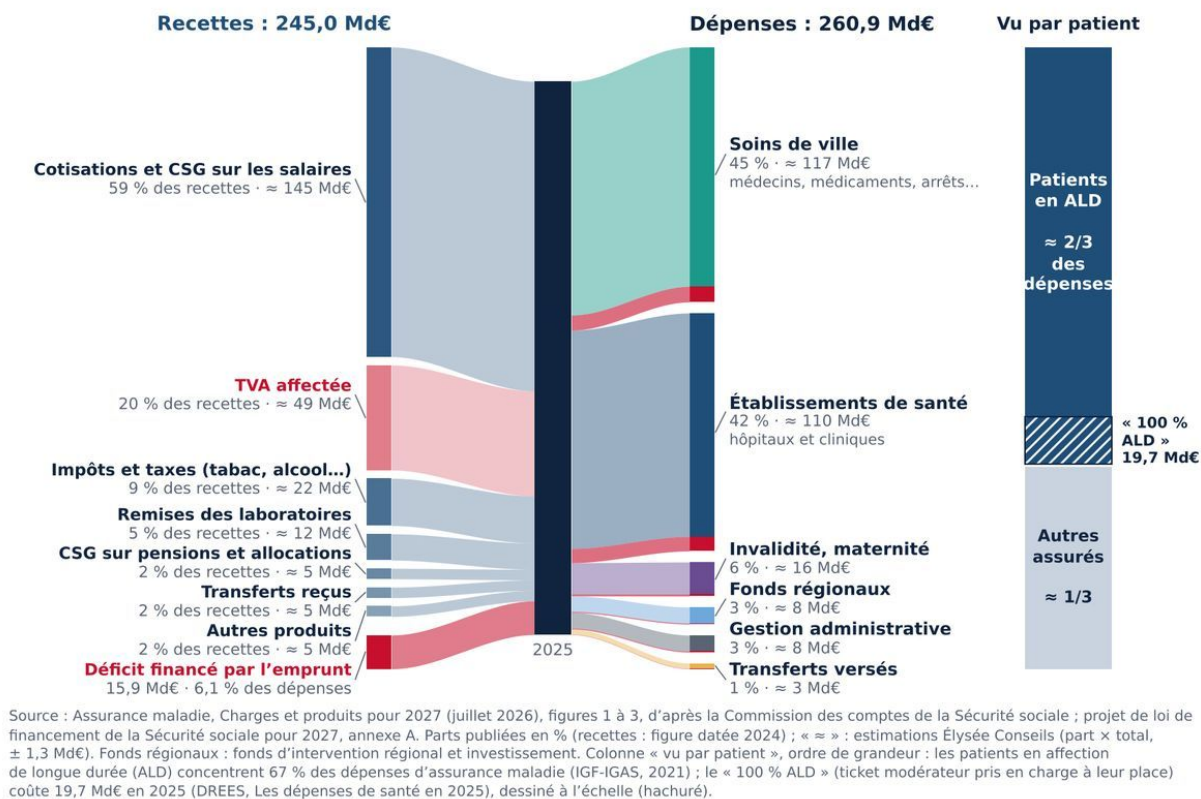
Sur les 353,2 Md€ dépensés en 2025, la **Sécurité sociale** finance 249,2 Md€, l'**État et les collectivités locales** 24,3 Md€ (dont 17,4 Md€ pour les départements, principalement au titre de la dépendance et du handicap), les **complémentaires santé** 43,4 Md€, les **ménages** 34,1 Md€ et les **entreprises** 2,2 Md€ pour la médecine du travail et la prévention des risques professionnels.

Les financeurs ne se répartissent pas de la même façon selon les postes. La Sécurité sociale paie l'essentiel de l'hôpital (115,3 Md€ sur 124,1). Les complémentaires sont surtout présentes là où l'assurance maladie rembourse peu : elles prennent en charge 69 % de l'optique, 48 % des audioprothèses et 46 % des soins dentaires, et supportent 52 % des frais de gestion du système, soit 9,2 Md€. Les ménages paient d'abord les soins de longue durée.

L'Assurance maladie : ce qui entre, ce qui sort

L'Assurance maladie dépense plus qu'elle ne reçoit

Branche maladie, 2025 : 245,0 Md€ de recettes + 15,9 Md€ de déficit = 260,9 Md€ de dépenses. Sur 100 € dépensés, environ 6 € sont empruntés (en rouge). À droite, les mêmes dépenses vues par patient : deux tiers pour les patients en ALD. Projet de loi 2027 (tous régimes de base) : déficit de 12,5 Md€ en 2026, 7,8 Md€ en 2027, 6,3 Md€ en 2030.



La branche maladie du régime général a encaissé 245,0 Md€ en 2025 et dépensé 260,9 Md€. Ses recettes reposent d'abord sur les revenus d'activité et de remplacement : 91,9 Md€ de **cotisations sociales**, acquittées pour l'essentiel par les employeurs (la cotisation maladie des salariés du privé a été supprimée en 2018 au profit d'une hausse de la CSG), et 57,3 Md€ de **CSG** (sur les revenus d'activité et de remplacement). Vient ensuite la **TVA affectée** (49,6 Md€), qui compense pour l'essentiel les allègements de cotisations patronales : en 2025, les exonérations de cotisations représentent 37,1 Md€ pour la seule branche maladie. Les **taxes sur le tabac** rapportent 13,0 Md€ et les **remises** versées par les laboratoires, avec la clause de sauvegarde, 12,8 Md€.

Côté dépenses, les soins de ville (111,2 Md€, dont 12,0 Md€ d'indemnités journalières maladie) et les établissements de santé (110,8 Md€) représentent 85 % du total. Le graphique, établi à partir des parts publiées par l'Assurance maladie, regroupe certains postes différemment : ses montants sont des ordres de grandeur. Le reste finance la maternité, l'invalidité, le fonds d'intervention régional et la gestion administrative (7,2 Md€, soit 2,8 % des charges).

CHIFFRE CLÉ

6 € sur 100 : la part des dépenses de la branche maladie financée par l'emprunt en 2025 (15,9 Md€ sur 260,9 Md€).

Tableau 2 • Charges et produits nets de la CNAM-Maladie

	En millions d'euros					
	2024	%	2025	%	2026(p)	%
CHARGES NETTES	251 361	3,7	260 866	3,8	270 020	3,5
PRESTATIONS SOCIALES NETTES	232 938	3,8	242 359	4,0	251 136	3,6
Prestations ONDAM nettes "maladie - maternité"	218 601	3,7	227 472	4,1	235 769	3,6
Prestations légales "maladie" nettes	213 702	3,8	221 983	3,9	230 161	3,7
Soins de ville	106 685	4,4	111 201	4,2	114 759	3,2
Prestations en nature	94 910	4,0	99 203	4,5	102 579	3,4
Indemnités journalières	11 775	7,5	11 998	1,9	12 180	1,5
Etablissements	107 017	3,2	110 783	3,5	115 402	4,2
Prestations légales "maternité" nettes	3 949	-5,4	4 603	16,6	4 712	2,4
Soins des Français à l'étranger	950	26,5	885	-6,8	896	1,2
Prestations hors ONDAM nettes "maladie - maternité"	14 338	4,9	14 887	3,8	15 367	3,2
IJ maternité	3 237	0,6	3 371	4,1	3 378	0,2
Prestations au titre du congé de naissance					300	
IJ paternité	617	3,4	625	1,3	634	1,5
Prestations invalidité	8 327	6,4	8 606	3,3	8 829	2,6
Soins des étrangers en France	1 084	3,1	1 178	8,7	1 183	0,5
Action sociale et actions de prévention	416	-10,8	385	-7,5	485	25,9
Autres prestations nettes	657	38,9	723	10,1	557	-22,9
TRANSFERTS NETS	10 845	0,5	10 651	-1,8	11 093	4,1
Transferts d'équilibrage et dotations spécifiques	746	-1,2	783	5,0	839	7,1
Prise en charge de cotisations des PAM	1 349	3,2	1 400	3,8	1 433	2,4
Financements de fonds et organismes du champ de l'ONDAM	7 555	-0,3	7 224	-4,4	7 304	1,1
Financement du FIR	5 283	9,5	5 362	1,5	5 486	2,3
FMIS (ex FMESPP)	894	-15,8	463	-48,2	341	-26,4
Santé publique France (SPF)	300	-	347	15,5	402	15,8
Autres participations et subventions ONDAM	1 078	-0,7	1 053	-2,4	1 075	2,1
Autres transferts (dont dépassement soins urgents, démocratie sanitaire)	96	14,0	59	-38,4	62	3,8
Transfert pour investissements des hôpitaux sur crédits versés par la CADES	1 083	2,9	1 170	8,0	1 441	23,2
Prise en charge de prestations (ASI notamment)	16	-17,4	15	-5,8	15	0,0
CHARGES DE GESTION COURANTE	7 035	3,5	7 213	2,5	7 070	-2,0
dont CNAM seule hors frais d'assiette et de recouvrement	5 945	4,1	6 131	3,1	6 023	-1,8
AUTRES CHARGES NETTES	542	++	642	18,5	721	12,2
PRODUITS NETS	237 538	2,7	244 985	3,1	256 219	4,6
COTISATIONS, IMPÔTS ET TAXES NETS	217 502	2,9	222 712	2,4	232 708	4,5
Cotisations sociales brutes des actifs	87 065	4,2	91 879	5,5	104 389	13,6
Cotisations sociales salariés	80 418	4,2	85 045	5,8	95 720	12,6
Cotisations sociales non salariés	5 078	3,2	5 213	2,7	6 894	32,2
Cotisations sociales des inactifs	966	1,1	971	0,6	992	2,1
Autres cotisations sociales (dont assurés volontaires)	603	12,7	650	7,7	784	20,7
Cotisations prises en charge par l'Etat	2 136	3,8	2 118	-0,8	2 167	2,3
CSG, autres contributions sociales, impôts et taxes	128 513	2,3	129 976	1,1	126 781	-2,5
CSG brute	55 866	3,5	57 285	2,5	57 458	0,3
CSG sur revenus d'activité	49 960	3,4	51 136	2,4	49 618	-3,0
CSG sur revenus de remplacement	5 363	4,0	5 572	3,9	7 233	29,8
Autres assiettes de CSG	542	7,5	577	6,5	607	5,1
Contributions sociales	378	16,6	393	3,9	692	++
dont hausse de la contribution des OC (mesure LFSS 2026)					1 000	
Impôts et taxes	72 269	1,4	72 298	0,0	67 631	-6,5
Taxes sur les tabacs	13 100	-3,8	13 036	-0,5	11 985	-8,1
TVA nette	49 435	2,1	49 588	0,3	44 978	-9,3
Taxes médicaments	1 174	7,7	1 032	-12,2	1 175	13,9
Taxe de solidarité additionnelle	2 680	14,6	2 790	4,1	2 830	1,4
Taxes alcools, boissons non alcoolisées	1 505	-1,5	1 857	23,4	1 826	-1,7
Taxe sur les saibaires	4 108	-3,2	3 720	-9,5	4 528	21,7
Taxe sur les véhicules de société	186		191	2,3	233	22,2
Autres taxes	80	++	85	5,9	76	-10,4
Majorations et pénalités nettes	140	7,7	90	-35,6	97	7,2
Charges nettes liées au non recouvrement	-352	++	-1 352	++	-727	-46,2
TRANSFERTS NETS	6 059	-12,5	5 692	-6,1	6 329	11,2
Compensations et transferts d'équilibrage	207	4,3	1	-	1	0,0
Autres transferts des régimes de base	3 853	-0,5	4 320	12,1	4 653	7,7
Transfert AT pour sous-déclaration des accidents du travail	1 200	0,0	1 600	33,3	1 600	0,0
Prises en charge des IJ maternité, adoption et accueil enfant	2 037	-1,9	2 094	2,8	2 119	1,2
Autres transferts (congé paternité, régime étudiants, contribution aux fonds ONDAM...)	616	3,2	626	1,5	634	1,4
Transfert au titre du congé de naissance					300	
Autres transferts	2 000	-29,9	1 371	-31,4	1 675	22,2
Transfert pour investissements des hôpitaux sur crédits versés par la CADES	1 083	2,9	1 170	8,0	1 441	23,2
Financement dans le cadre du PNRR	545	-	174	-	206	18,6
Autres transferts	372	++	28	-	28	0,0
AUTRES PRODUITS NETS	13 977	7,2	16 581	18,6	17 183	3,6
Dont remises conventionnelles et clause de sauvegarde	10 519		12 797	21,7	13 960	9,1
RESULTAT NET	-13 823		-15 880		-13 801	

Extrait reproduit : Commission des comptes de la Sécurité sociale, *Les comptes de la Sécurité sociale*, mai 2026, fiche 4.3, tableau 2 « Charges et produits nets de la CNAM-Maladie », p. 157 (source DSS/SDEPF/6A).

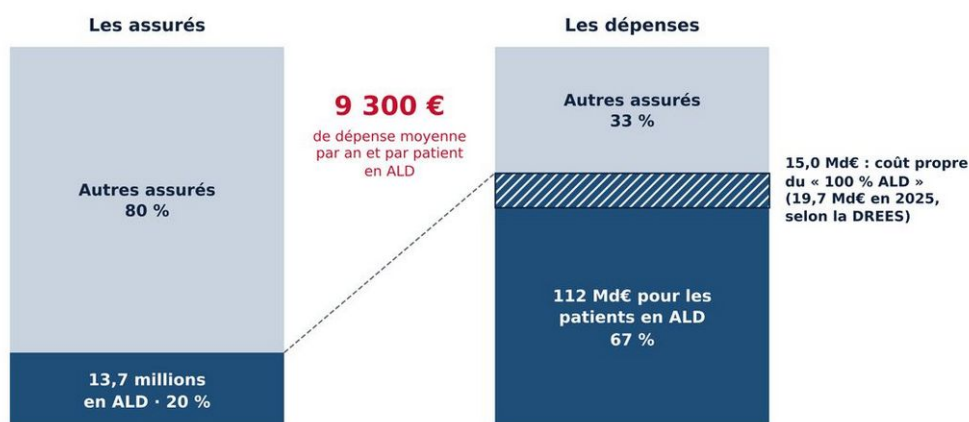
Les affections de longue durée au cœur des dépenses

Les **affections de longue durée** (ALD) ouvrent droit à la prise en charge à 100 % des soins liés à la maladie. Selon la revue de dépenses de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales, 13,7 millions de personnes, soit 20 % de la population, étaient en ALD en 2021 ; elles concentraient 112 Md€, soit **67 % des dépenses** de l'assurance maladie. Le coût propre de

l'exonération du ticket modérateur (le « 100 % ») était estimé à 15,0 Md€. La DREES l'évalue à 19,7 Md€ en 2025.

Affections de longue durée : 20 % des assurés, 67 % des dépenses

Assurés et dépenses d'assurance maladie en 2021. En hachuré : le coût propre de l'exonération du ticket modérateur (le « 100 % »), qui ne représente qu'une petite partie des dépenses des patients en ALD.



Source : IGF-IGAS, Revue de dépenses relative aux affections de longue durée, juin 2024 (erratum du 11 juillet 2025) : 13,7 millions de personnes en ALD, 112 Md€ de dépenses (67 %), 9 300 € par patient et par an, coût de l'exonération du ticket modérateur 15,0 Md€ (2021). DREES, Les dépenses de santé en 2025, édition 2026 : surcoût du « 100 % ALD » estimé à 19,7 Md€ en 2025 (méthode différente).

Le reste à charge des ménages

Le reste à charge pèse d'abord sur le grand âge

Reste à charge des ménages par habitant en 2025, en euros, et part de la dépense du poste restant à leur charge. Total : 495 € par habitant, soit 9,7 % de la dépense courante de santé.



Source : DREES, Les dépenses de santé en 2025, édition 2026, graphique 7 (vue d'ensemble). Hors prévention (quelques euros).

Le reste à charge des ménages atteint 34,1 Md€ en 2025, soit **495 € par habitant** et 9,7 % de la dépense, un taux quasi stable (9,8 % en 2024). Il se concentre sur les soins de longue durée (207 € par habitant, 20,4 % de la dépense du poste) et les dispositifs médicaux (16,3 %). Il est très faible à l'hôpital public (1,1 %). Sur le seul champ de la CSBM, il s'élève à 7,7 %. En 2024, la France faisait partie, avec la Croatie et le Luxembourg, des trois pays de l'Union européenne où le reste à charge rapporté à la dépense courante est le plus faible (9,8 %).

Il recouvre des réalités différentes : participations forfaitaires et franchises (2,8 Md€), forfait journalier hospitalier (1,5 Md€), part du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires non couverte par une complémentaire. Les dépassements atteignent au total 13,0 Md€ en 2025, dont 7,8 Md€ pour les soins dentaires et 3,9 Md€ pour les médecins spécialistes ; ils sont en grande partie remboursés par les complémentaires.

À SAVOIR

Le reste à charge moyen masque de fortes disparités. Les assurés en ALD paient en moyenne 78 € par an de franchises et participations, contre 41 € pour les autres (Cour des comptes, 2026). Selon l'IGF et l'IGAS, le reste à charge moyen d'un assuré en ALD atteignait 840 € par an en 2021.

À RETENIR

Le financement de la santé repose sur trois piliers inégaux : la Sécurité sociale (71 % de la dépense), les complémentaires (12 %) et les ménages (10 %). La branche maladie vit d'abord de prélèvements sur le travail et de TVA ; elle emprunte 6 € sur 100 qu'elle dépense.

Sources du chapitre. DREES, *Les dépenses de santé en 2025*, édition 2026, tableau 2 et graphiques 5 à 7 de la vue d'ensemble, fiches 4 et 5 ; CCSS, mai 2026, tableau 2 CNAM-Maladie (p. 157) et fiche sur les exonérations ; IGF-IGAS, *Revue de dépenses relative aux affections de longue durée*, juin 2024, erratum du 11 juillet 2025 ; Cour des comptes, RALFSS 2026, chapitre V.

05 Budget et trajectoire : le déficit installé

Le déficit de l'Assurance maladie ne se refermerait pas avant 2030

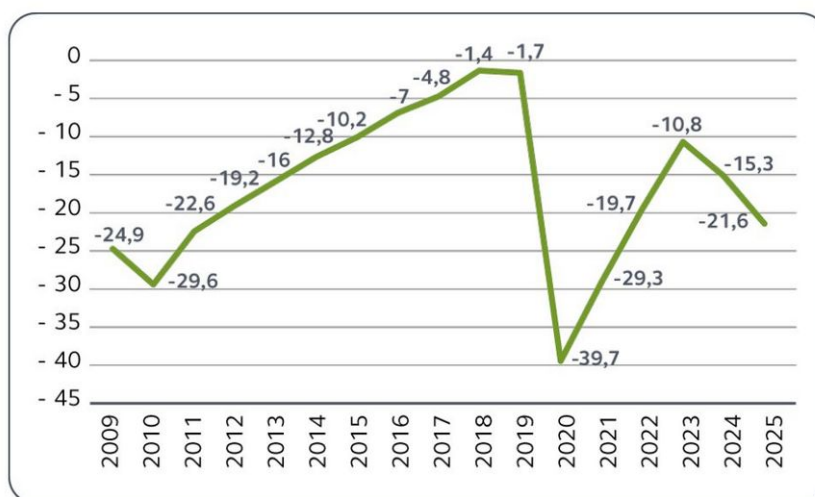
Solde de la branche maladie, en milliards d'euros. 2020-2025 constaté ; 2026 à 2030 : prévisions du projet de loi 2027 (hachuré).



Source : Assurance maladie, Charges et produits pour 2027, figure 3 (2020-2023) ; CCSS, mai 2026 (2024-2025) ; PLFSS 2027 (n° 3211), rapport annexé, tableau « Recettes, dépenses et soldes des régimes obligatoires de base » (2026-2030, tous régimes de base ; 2025 : -15,9 Md€ dans les deux champs). La CCSS de mai 2026 prévoyait -13,8 Md€ en 2026, avant les mesures du projet de loi.

Le déficit de la branche maladie a culminé à 30,4 Md€ en 2020 sous l'effet de la crise sanitaire, puis s'est réduit à 11,1 Md€ en 2023. Il s'est de nouveau creusé en 2024 (13,8 Md€) et en 2025 (15,9 Md€) : les dépenses ont progressé de 3,8 % en 2025, les recettes de 3,1 %, freinées par une masse salariale peu dynamique (+1,8 %) et une TVA atone. Pour l'ensemble des régimes de base et du fonds de solidarité vieillesse, le déficit atteint 21,6 Md€ en 2025 : selon la Cour des comptes, il a **doublé en deux ans**.

Graphique n° 1 : évolution du déficit agrégé des ROBSS et du FSV (2009-2025, en Md€)



Source : Cour des comptes d'après les comptes 2022 à 2025 des régimes de sécurité sociale et les tableaux d'équilibre approuvés par les lois de financement pour les années antérieures

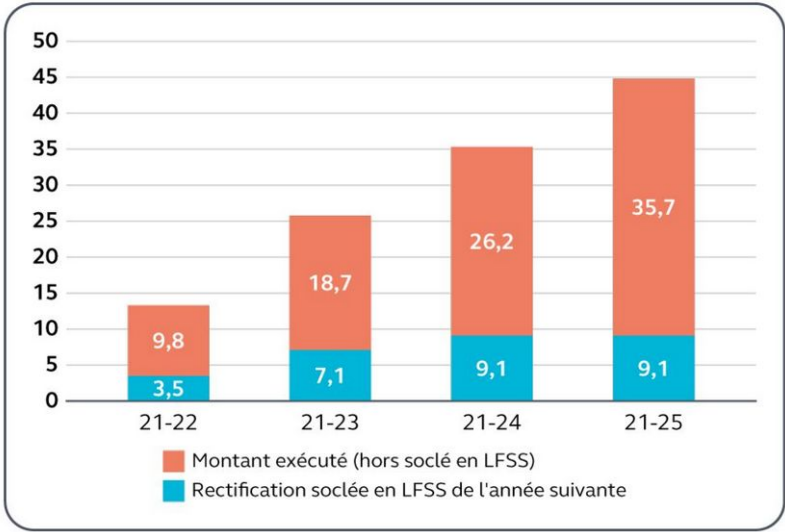
Extrait reproduit : Cour des comptes, La sécurité sociale 2026 (RALFSS), mai 2026, graphique n° 1, p. 34.

Un ONDAM qui croît plus vite que la richesse nationale

L'ONDAM 2025 a été tenu (265,4 Md€ pour un objectif de 265,9 Md€), grâce à la régulation en cours d'année. Mais sur longue période, la dépense d'assurance maladie progresse plus vite que le PIB : +4,7 % par an de 2019 à 2025 contre +3,3 % pour le PIB en valeur, selon la Cour des comptes. La Cour relève

à ce titre 12 Md€ de mesures pérennes du Ségur de la santé non financées, et 9,1 Md€ de dépassements des objectifs intégrés au socle des années suivantes (de 2022 à 2025).

Graphique n° 11 : progression cumulée de l'ONDAM exécuté par rapport à son niveau 2021, hors crise sanitaire* (en Md€)



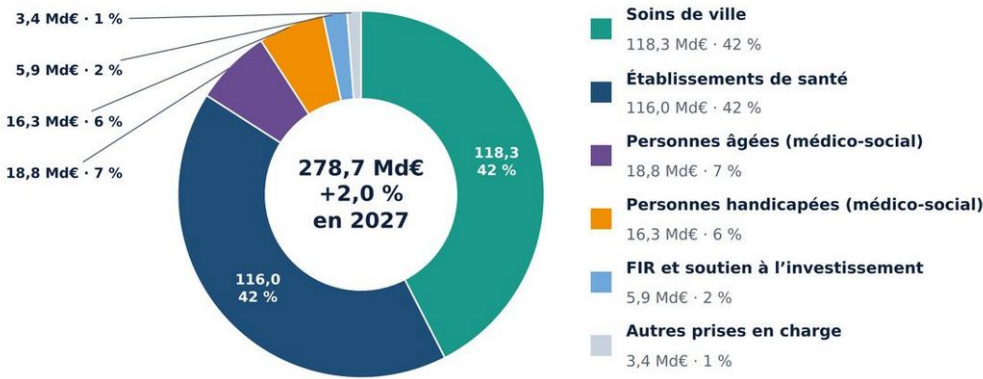
* Les dépenses de crise sanitaire covid ont été réintégrées depuis 2024. Pour 2025, l'exécution est arrêtée à son montant estimé en LFSS pour 2026.
Note de lecture : l'augmentation cumulée des dépenses d'ONDAM de 2021 à 2025 a pour sources 35,7 Md€ décidés en lois de financement initiales et 9,1 Md€ rectifiés en cours d'année et soclés les années suivantes.
Sources : PLFSS pour 2023, 2024, 2025 et 2026, annexe n°5.

Extrait reproduit : Cour des comptes, RALFSS 2026, graphique n° 11, p. 120.

La trajectoire du projet de loi 2027

ONDAM 2027 : 278,7 Md€ proposés, en hausse de 2,0 %

Objectif national de dépenses d'assurance maladie proposé pour 2027, par sous-objectif, en milliards d'euros.
Sans les mesures d'économies, la hausse tendancielle serait de 3,4 %.



Source : PLFSS 2027 (n° 3211), article 43 et exposé des motifs, p. 120-121 ; rapport annexé, p. 128 (évolution tendancielle).

Branche maladie, tous régimes de base (Md€)

	2025	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)	2030 (p)
Recettes	246,7	258,5	269,3	277,0	285,8	294,2
Dépenses	262,6	271,0	277,1	284,8	293,0	300,5
Solde	-15,9	-12,5	-7,8	-7,8	-7,2	-6,3
Évolution de l'ONDAM	+3,4 %	+2,8 %	+2,0 %	+2,9 %	+2,9 %	+2,9 %

Source : PLFSS 2027 (n° 3211), rapport annexé : prévisions de recettes, de dépenses et de soldes des régimes obligatoires de base, et hypothèses d'évolution de l'ONDAM. (p) : prévision.

Le Gouvernement prévoit de ramener le déficit de la branche à 7,8 Md€ en 2027 grâce à 3,9 Md€ d'économies nettes sur l'ONDAM, à la reconduction de la contribution des complémentaires santé (1,1 Md€), à une contribution sur les produits transformés sucrés (0,3 Md€) et à la prise en charge par la branche famille des indemnités journalières de maternité (1,3 Md€). Au-delà, le déficit ne se résorberait que lentement, jusqu'à 6,3 Md€ en 2030, avec un ONDAM supposé croître de 2,9 % par an et grâce à l'affectation à la branche maladie d'une fraction croissante de CSG aujourd'hui attribuée à la branche famille. Pour l'ensemble des régimes de base, le déficit remonterait de 12,7 Md€ en 2027 à 17,0 Md€ en 2030.

La Cour des comptes juge possible un retour à l'équilibre de l'ensemble des comptes de la Sécurité sociale (régimes de base et fonds de solidarité vieillesse) en 2030, au prix d'un effort supplémentaire d'environ 6 Md€ par an, en plus des 4 Md€ par an inscrits dans la trajectoire de la loi de financement pour 2026 ; une progression de l'ONDAM comprise entre 2 % et 2,5 % par an en serait l'une des composantes. L'Assurance maladie estime de son côté que stabiliser la part de l'ONDAM dans le PIB demanderait de l'ordre de 22,5 Md€ d'économies d'ici 2030.

La dette sociale coûte de nouveau

La dette sociale coûte de nouveau : 626 M€ de charges financières en 2025

Charges financières de la branche maladie, en millions d'euros, et encours de dette sociale fin 2025.



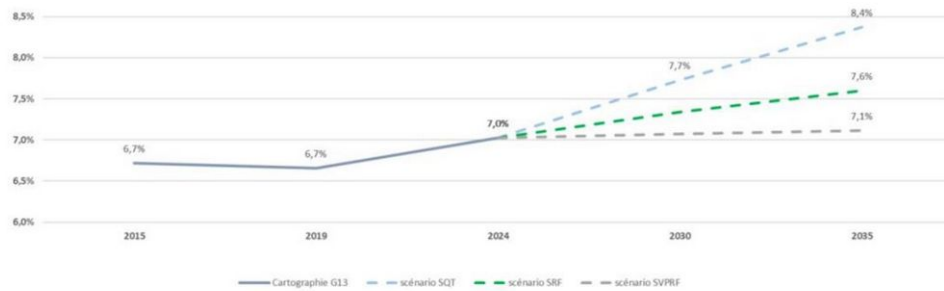
Source : Assurance maladie, Charges et produits pour 2027, p. 12 (charges financières brutes ; solde financier 2025 : -542 M€) ; CCSS, mai 2026 (CADES, ACOSS ; les 59,4 Md€ comprennent aussi 12,3 Md€ de déficits de la CNRACL).

La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a repris l'essentiel des déficits passés ; il lui restait 121,7 Md€ à amortir fin 2025, avec une extinction prévue fin 2033. Les déficits plus récents sont portés par l'Urssaf Caisse nationale (ACOSS), qui les finance à court terme sur les marchés : 59,4 Md€ fin 2025, dont 30,5 Md€ au titre de la maladie et 12,3 Md€ au titre de la caisse de retraite des agents des collectivités locales et des hôpitaux (CNRACL). La loi de financement pour 2026 a organisé un nouveau transfert à la CADES dans la limite de 15 Md€, dont 9,1 Md€ pour la branche maladie (décret du 30 mars 2026). Avec la remontée des taux, les charges financières de la branche maladie sont passées de 18 M€ en 2022 à 626 M€ en 2025.

À SAVOIR

Les perspectives de long terme de l'Assurance maladie montrent l'enjeu : à tendance inchangée, les dépenses remboursées passeraient de 206 Md€ en 2024 à 327,5 Md€ en 2035 et leur part dans le PIB de 7,0 % à 8,4 %. Un scénario combinant régulation forte et virage préventif limiterait la hausse à 278,3 Md€ (7,1 % du PIB).

Figure 16 : Part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut (PIB), entre 2015 et 2035



SQT : scénario quasi tendanciel ; SRF : scénario « Régulation forte » ; SVPRF : scénario « Virage préventif et régulation forte »

Sources : Projections établies à partir de données de la version de juillet 2026 de la cartographie (Cnam) et des projections de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Extrait reproduit : Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027*, juillet 2026, figure 16, p. 33.

À RETENIR

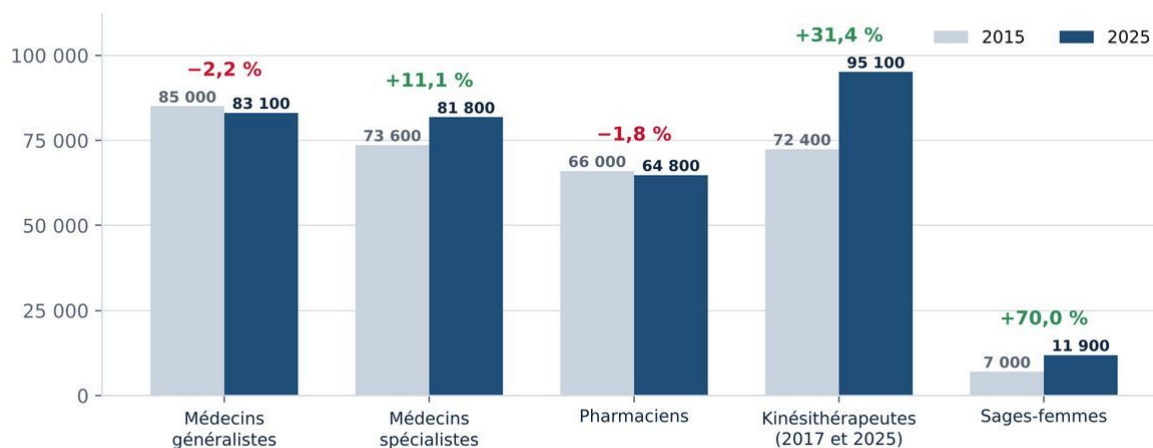
Le déficit de l'assurance maladie n'est plus conjoncturel. Avec un ONDAM ramené à 2 % en 2027 puis 2,9 % par an, le projet de loi prévoit encore 6 à 8 Md€ de déficit chaque année jusqu'en 2030, financés par une dette dont le coût augmente.

Sources du chapitre. Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027*, figures 3 et 16, p. 10 à 12 et 33, et p. 245 (effort de 22,5 Md€) ; CCSS, mai 2026 (CADES, ACOSS) ; Cour des comptes, RALFSS 2026, chapitres I à III (graphiques n° 1 et 11 ; trajectoire de retour à l'équilibre) ; PLFSS 2027 (n° 3211), rapport annexé.

06 Qui soigne

Moins de généralistes, bien plus de kinés et de sages-femmes

Effectifs au 1er janvier, hors salariés hospitaliers exclusifs, 2015 et 2025 (évolution sur dix ans en %).



Source : DREES, Les dépenses de santé en 2025, édition 2026, fiches 11, 12, 13, 16 et 21 (RPPS ; calculs DREES). Kinésithérapeutes : première année publiée 2017. Infirmières (607 600 en 2023, salariées hospitalières incluses) : champ différent, non représentées.

À l'hôpital, public et privé, travaillent **1,4 million de salariés** (fin 2025), soignants et non-soignants. En ville exercent 83 100 médecins généralistes, 81 800 médecins spécialistes, 64 800 pharmaciens, 95 100 masseurs-kinésithérapeutes, 47 100 chirurgiens-dentistes et 11 900 sages-femmes, hors salariés hospitaliers exclusifs. Les infirmières, comptées selon une autre méthode, sont 607 600 (2023), dont 98 900 libérales.

En dix ans, les évolutions divergent fortement. Le nombre de **médecins généralistes** a légèrement baissé (-2,2 % entre 2015 et 2025), alors que la population a augmenté et vieilli. Les **spécialistes** progressent (+11,1 %), de même que les **kinésithérapeutes** (+31,4 % depuis 2017) et surtout les **sages-femmes** de ville (+70 %), dont les compétences ont été élargies.

À SAVOIR

Les effectifs de la DREES sont comptés « hors salariés hospitaliers exclusifs » : un médecin qui exerce uniquement à l'hôpital n'y figure pas. Les infirmières relèvent d'une autre série (hospitalières incluses, données 2023, infirmières à activité mixte comptées deux fois) et ne se comparent pas aux autres professions.

Une profession médicale qui se féminise et se salarie

Au 1er janvier 2026, le tableau de l'Ordre des médecins compte **343 562 médecins inscrits**, dont **245 847 en activité** (retraités actifs et intermittents compris). Pour la première fois, les femmes sont majoritaires (50,5 %). L'âge moyen est de 49,9 ans. Le salariat progresse : 47,0 % des médecins en activité sont salariés, 45,7 % libéraux exclusifs et 7,3 % exercent les deux. Le nombre de médecins en activité a augmenté de 14,0 % depuis 2010, mais cette hausse profite surtout aux spécialités et aux territoires déjà attractifs (chapitre 15).

En médecine générale, le renouvellement est engagé mais lent : **34 % des généralistes libéraux ont 60 ans ou plus**, et 38 % ont moins de 45 ans. L'augmentation du nombre de places en études de médecine, depuis la suppression du numerus clausus en 2020, ne produira ses effets sur le nombre de médecins installés qu'au début des années 2030, compte tenu de la durée des études.

À l'hôpital : plus de médecins, moins de lits

Hôpitaux publics : personnels (équivalents temps plein) et capacités, 2017 et 2023

	2017	2023	Évolution
Médecins (hors internes)	56 153	61 965	+10 %
Internes	25 013	33 022	+32 %
Aides-soignants	107 488	111 819	+4,0 %
Infirmiers	150 259	154 781	+3,0 %
Lits et places	153 716	147 501	-4,0 %

Source : Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027*, tableau 28, p. 127 (554 hôpitaux publics étudiés, d'après la SAE et les données de la DREES).

Les effectifs médicaux hospitaliers ont nettement augmenté depuis 2017, en particulier les internes, tandis que les capacités d'accueil ont diminué. Le personnel représente 60 % des dépenses des hôpitaux publics. Les revalorisations du Ségur de la santé (2020) et la hausse de 3 points de la cotisation employeur à la caisse de retraite des agents hospitaliers (CNRACL) au 1er janvier 2025 pèsent sur leurs comptes (chapitre 09).

Le secteur 2 et les dépassements d'honoraires

Seuls **43 % des spécialistes libéraux exercent en secteur 1**, c'est-à-dire aux tarifs de l'Assurance maladie. Les autres peuvent pratiquer des dépassements, modérés s'ils adhèrent à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM). En 2025, les dépassements des spécialistes en ville atteignent **2,1 Md€, soit 19,0 % de leurs honoraires** : 21,3 % pour les signataires de l'OPTAM, 41,3 % pour les autres. S'y ajoutent 1,8 Md€ en clinique. Le secteur 2 représente désormais 57 % de la dépense de spécialistes, contre 52 % en 2021. Chez les généralistes, les dépassements restent marginaux (0,2 Md€, 1,8 % des honoraires).

Tableau 5 Part des dépassements dans les honoraires des médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes) par famille de spécialités en 2025

En %

	Centres de santé et cabinets libéraux secteur 1	Cabinets libéraux secteur 2 signataires de l'Optam	Cabinets libéraux secteur 2 hors Optam	Ensemble
Spécialités de « médecine »	1,6	18,7	41,9	15,7
Anesthésie, réanimation chirurgicale et réanimation médicale	3,0	26,9	36,4	24,7
Pathologie cardio-vasculaire et médecine vasculaire	1,1	15,0	35,7	8,7
Dermato-vénérologie	4,4	20,5	42,6	22,7
Gastro-entérologien et hépatologie	1,4	13,5	32,5	13,4
Pédiatrie et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1,7	21,5	47,4	20,4
Pneumologie	0,6	14,3	32,9	6,6
Rhumatologie	2,1	21,2	39,8	21,7
Psychiatrie et neuropsychiatrie	2,0	23,5	50,3	22,4
Neurologie	0,7	8,6	37,0	8,9
Néphrologie, oncologie médicale et médecine d'urgence	1,4	20,3	53,6	8,0
Endocrinologie et métabolisme	1,6	17,7	39,9	19,0
Autres spécialités de « médecine » ¹	1,0	21,3	42,5	17,1
Spécialités de « chirurgie »	3,7	23,3	41,6	28,6
Chirurgie générale et infantile	3,2	21,8	40,1	23,8
Neurochirurgie	3,3	26,8	45,3	35,1
Chirurgies urologique, viscérale et digestive	3,2	22,8	40,0	26,6
Chirurgie orthopédique et traumatologie	4,6	24,9	40,7	30,6
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	6,4	34,6	47,7	38,6
Chirurgies vasculaire, thoracique et cardio-vasculaire	0,9	11,2	34,0	11,8
Spécialités de « plateaux techniques »	0,0	3,8	18,0	1,1
Oncologie radiothérapeute et radiothérapie	0,0	3,8	18,0	1,1
Spécialités « médico-chirurgicales »	2,2	26,9	40,9	26,7
Oto-rhino-laryngologie	2,1	20,2	34,7	21,2
Ophthalmologie	1,9	28,7	39,7	26,5
Gynécologie obstétrique et médicale	3,2	27,0	48,3	30,2
Ensemble des médecins spécialistes (hors médecins généralistes)	1,4	21,3	41,3	19,0

1. Les autres spécialités de « médecine » regroupent la médecine interne, la médecine physique et de réadaptation, la médecine génétique, la médecine des maladies infectieuses et tropicales, la gériatrie, l'hématologie et l'allergologie.

Source > Drees, comptes de la santé.

Extrait reproduit : DREES, *Les dépenses de santé en 2025*, édition 2026, fiche 12, tableau 5, p. 100.

De nouvelles rémunérations et de nouveaux métiers

Le paiement à l'acte reste la règle en ville, mais les forfaits progressent : ils représentent près de **20 % des honoraires des médecins** selon le Gouvernement. En 2025, les généralistes ont perçu 2,2 Md€ de rémunérations hors actes (18,3 % de la consommation de soins de généralistes), dont 1,0 Md€ de forfait médecin traitant, 190 M€ pour la permanence des soins, 109 M€ d'aide à l'embauche d'assistants médicaux, 66 M€ pour l'exercice coordonné et 39 M€ pour le service d'accès aux soins. De nouveaux métiers se développent : assistants médicaux, infirmiers en pratique avancée, coordinateurs de parcours.

À RETENIR

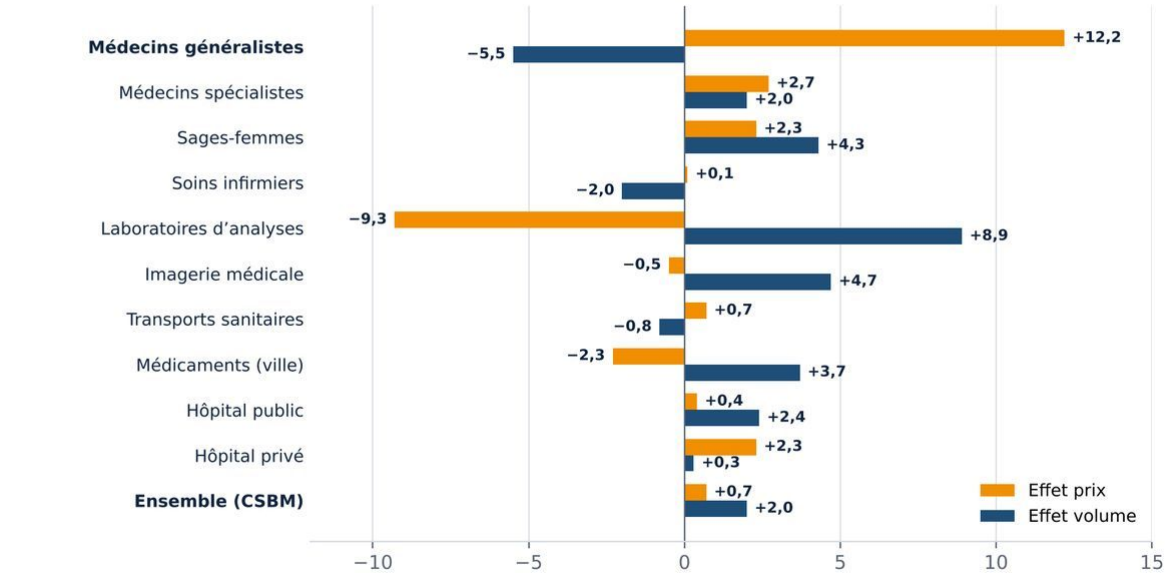
Les soignants n'ont jamais été aussi nombreux, mais la médecine générale stagne et vieillit, l'hôpital emploie davantage de médecins pour moins de lits, et l'accès aux spécialistes passe de plus en plus par le secteur 2. Les nouvelles professions et les forfaits modifient lentement l'organisation des soins.

Sources du chapitre. DREES, *Les dépenses de santé en 2025*, édition 2026, fiches 10 à 16 et 21 ; Conseil national de l'Ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France*, situation au 1er janvier 2026 ; Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027*, p. 127, 136 et 141 ; PLFSS 2027, exposé des motifs de l'article 22.

07 Combien de soins

Généralistes : moins d’actes, mais plus chers

Évolution 2025 de la consommation de soins, en %, décomposée en effet prix et effet volume.
Les deux effets combinés donnent l'évolution en valeur.



Source : DREES, Les dépenses de santé en 2025, édition 2026, tableaux détaillés 3 (prix) et 4 (volume). Prix des généralistes : effet de la consultation à 30 € (convention médicale 2024-2029) ; prix des laboratoires : baisses tarifaires négociées.

En 2025, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) atteint 256,5 Md€, en hausse de 2,7 % : **2,0 % de plus en volume** (davantage de soins) et **0,7 % de hausse des prix**. Cette moyenne recouvre des mouvements opposés. Chez les généralistes, le prix des soins bondit de 12,2 % avec le passage de la consultation de 26,50 € à 30 € le 22 décembre 2024, tandis que le volume baisse de 5,5 % (−5,4 % en cabinet, −8,0 % en centre de santé). Dans les laboratoires, c’est l’inverse : les prix baissent de 9,3 % sous l’effet des baisses tarifaires négociées, le volume augmente de 8,9 %.

À SAVOIR

L’« effet volume » mesuré par la DREES ne compte pas directement les consultations : il rapporte la dépense à un indice de prix. Pour les généralistes, sa baisse traduit à la fois moins d’actes, des actes différents et des changements de nomenclature.

L’activité en 2025, en quelques chiffres

Activité de soins en 2025

Indicateur	Valeur	Évolution / commentaire
Patients hospitalisés	13,9 millions	+2,2 %
Séjours en médecine, chirurgie, obstétrique	—	+4,0 % (ambulatoire +6,7 %)
Hospitalisation à domicile (séjours)	—	+11,2 %
Journées en psychiatrie	—	−2,3 %
Passages aux urgences	21,5 millions	+0,8 % ; 98 % du niveau de 2019
Séances de kinésithérapie (2015 → 2025)	239 → 327 millions	12,9 millions de patients
Chirurgie ambulatoire (2024)	64,5 % des interventions	cible : 83,2 %

Source : DREES, Les dépenses de santé en 2025, fiche 10 ; Assurance maladie, Charges et produits pour 2027, p. 207 ; Cour des comptes, La sécurité sociale 2026 (RALFSS), p. 270.

La pertinence des soins

Tous les soins ne sont pas utiles. La Cour des comptes, dans son évaluation d'avril 2026 sur la qualité des soins en établissement, chiffre à **22 Md€** le coût des soins inutiles ou à faible valeur à l'hôpital et à plus de 11 Md€ celui des préjudices évitables, en appliquant des ratios de l'OCDE aux dépenses hospitalières : ce sont des ordres de grandeur, non des mesures. L'Assurance maladie documente des constats plus précis : chez les patients n'ayant eu qu'un dosage dans l'année, plus de 90 % des dosages de ferritine sont réalisés le même jour qu'un hémogramme (mésusage estimé entre 70 et 80 M€), et environ 80 M€ de séances de kinésithérapie dépassent les seuils de la Haute Autorité de santé. Selon l'Assurance maladie, citée par la Cour des comptes, 1,28 million d'interventions chirurgicales pourraient encore passer en ambulatoire.

La Cour relève aussi des dynamiques difficiles à expliquer par les seuls besoins : les actes de prothèse dentaire ont augmenté de 63 % de 2018 à 2024 ; les transports de patients ont crû près de deux fois plus vite que l'ONDAM entre 2019 et 2024 (chapitre 11).

À RETENIR

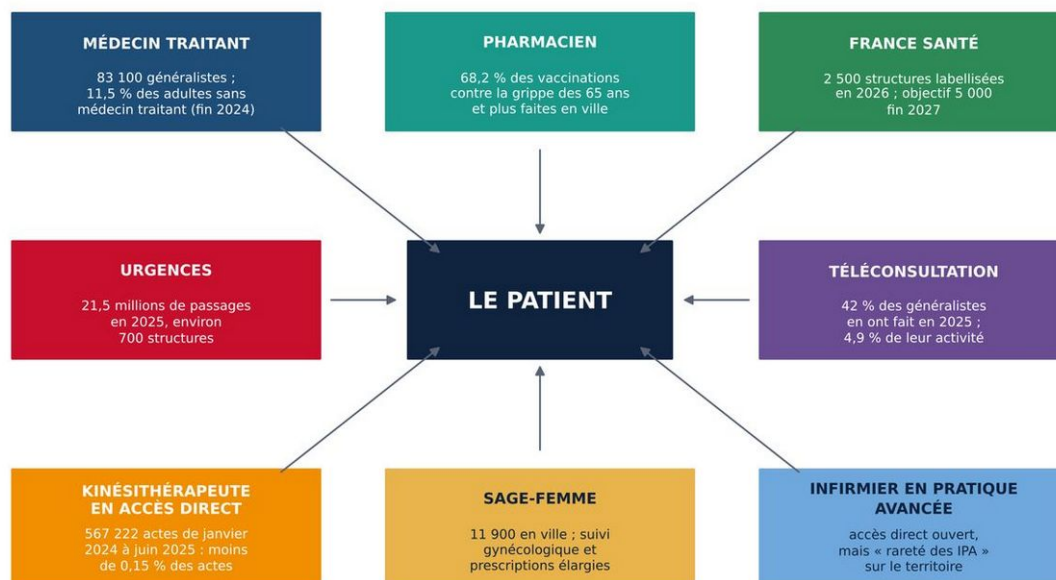
La dépense de soins progresse d'abord par les volumes, portés par le vieillissement et les maladies chroniques. Les prix sont régulés et parfois en baisse, sauf lorsque des revalorisations conventionnelles interviennent, comme en médecine générale en 2025. La pertinence des actes est un gisement réel, mais mal mesuré.

Sources du chapitre. DREES, *Les dépenses de santé en 2025*, édition 2026, fiches 3, 10, 11 et 18 (tableaux détaillés 3 et 4) ; Cour des comptes, *La politique d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé*, avril 2026, synthèse ; Cour des comptes, RALFSS 2026, chapitres VI à VIII (p. 208, 231, 270) ; Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027*, p. 207, 226-228.

08 La ville et les portes d'entrée

Les portes d'entrée dans le système de soins

Où le patient entre-t-il ? Huit portes, avec un chiffre repère pour chacune (2024-2026).

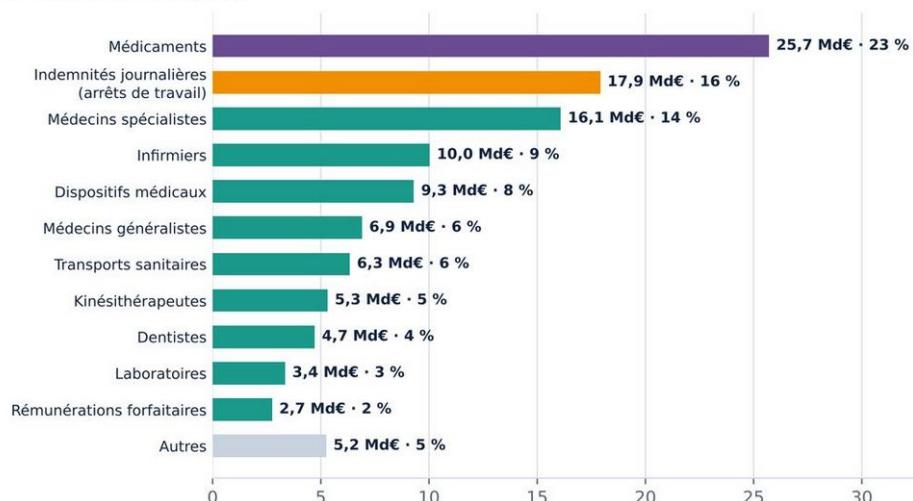


Source : Assurance maladie, Charges et produits pour 2027 (figure 51, p. 105, 136, 145, 221, 62) ; DREES, Les dépenses de santé en 2025 (fiches 10, 11 et 13) ; PLFSS 2027, exposé des motifs de l'article 21. IPA : infirmier en pratique avancée.

Les **soins de ville** regroupent tout ce qui est payé hors de l'hôpital : honoraires des médecins libéraux et des centres de santé, soins infirmiers, kinésithérapie, médicaments et dispositifs délivrés en pharmacie, analyses, transports, mais aussi les **indemnités journalières** versées pendant les arrêts de travail. Dans le champ de l'ONDAM, ils atteignent **113,7 Md€ en 2025 (+3,5 %)**.

Soins de ville : 113,7 Md€, dont 17,9 Md€ d'arrêts de travail

Dépenses de soins de ville du champ de l'ONDAM, constat 2025, en milliards d'euros (médicaments nets des remises et de la clause de sauvegarde).



Source : CCSS, Les comptes de la Sécurité sociale, mai 2026, tableau 3 « Détail sur les dépenses de soins de ville en 2025 » (DSS), p. 81.
Autres : calcul par différence (Élysée Conseils) : autres honoraires médicaux, dentaires et paramédicaux, prise en charge de cotisations, divers.

Le médecin traitant, porte d'entrée en tension

Depuis 2004, le parcours de soins repose sur le **médecin traitant**, déclaré par chaque assuré de 16 ans et plus. Fin 2024, **11,5 % des patients de 17 ans et plus** ayant consulté en ville n'en avaient pas, et 4,3 % des patients en affection de longue durée. Les écarts territoriaux sont forts : 15 % en Martinique, 17 % en Guadeloupe, et 57 % des adultes recourant au secteur libéral à Mayotte (2025).

Les difficultés d'accès sont ressenties par la population. Selon le troisième baromètre de la Fédération hospitalière de France réalisé par Ipsos (mars 2026), **73 % des Français déclarent avoir renoncé à au moins un acte de soin au cours des cinq dernières années**, dix points de plus qu'en 2024. Les délais sont cités dans plus de la moitié des cas : environ deux semaines pour un généraliste (quatre jours en 2019), trois mois pour un cardiologue, quatre mois pour un dermatologue. La mesure statistique du renoncement pour raisons financières est bien plus basse : 3,2 % des 20 % les plus modestes ont renoncé en 2023 à des examens ou traitements médicaux hors dentaire, selon la Cour des comptes.

À SAVOIR

Un baromètre d'opinion et une statistique publique ne mesurent pas la même chose. Le premier recueille un ressenti sur cinq ans auprès d'un échantillon de la population ; la seconde provient d'une enquête de la statistique publique dont la définition est stable d'une année sur l'autre. Les deux sont utiles ; il ne faut pas les comparer terme à terme.

De nouvelles portes d'entrée

Pour soulager les médecins, la loi du 19 mai 2023 a ouvert l'**accès direct**, sans prescription médicale, à certains professionnels. Le bilan est encore modeste : 567 222 actes de kinésithérapie en accès direct de janvier 2024 à juin 2025, soit moins de 0,15 % des actes, réalisés par 6,4 % des kinésithérapeutes. Les **pharmaciens** sont devenus des acteurs de la vaccination (68,2 % des vaccinations contre la grippe des 65 ans et plus faites en ville) et réalisent des tests rapides d'angine, encore peu nombreux (370 000 de janvier à octobre 2024, pour neuf millions d'angines par an, selon la Cour des comptes). Les **sages-femmes** et les **infirmiers en pratique avancée** voient leurs compétences élargies ; l'Assurance maladie souligne toutefois la « rareté des IPA » sur le territoire.

France Santé : un réseau de proximité

Lancé en 2026, le réseau **France Santé** labellise des maisons et centres de santé, des pharmacies ou des structures existantes qui s'engagent à offrir une solution de soins à moins de 30 minutes et un rendez-vous sous 48 heures. 150 M€ y ont été consacrés en 2026, plus de 2 500 structures ont été labellisées et l'objectif est de 5 000 fin 2027. Les avenants conventionnels du 5 juin 2026 prévoient un financement complémentaire pouvant atteindre en moyenne 50 000 € par an et par structure. L'article 21 du projet de loi 2027 crée une **mission de solidarité territoriale** : des médecins libéraux, salariés, retraités ou remplaçants pourront exercer quelques jours dans les zones très sous-denses, au tarif conventionnel, avec une indemnité.

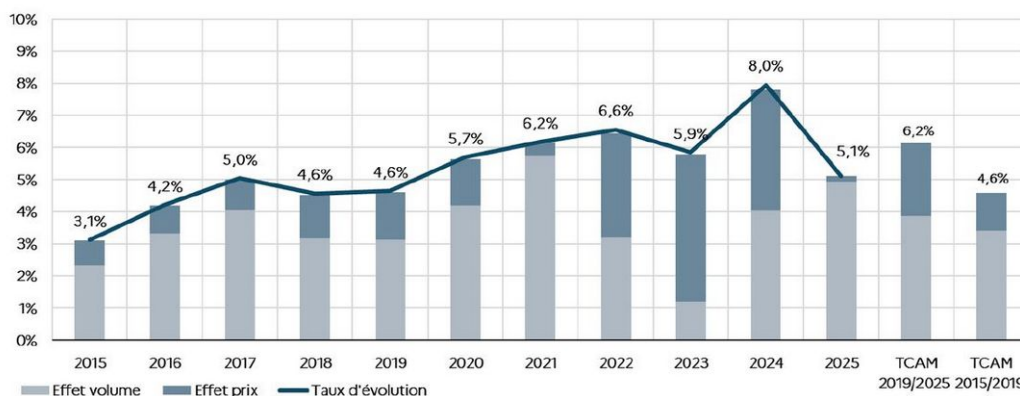
La téléconsultation

Généralisée pendant la crise sanitaire, la téléconsultation s'est installée sans devenir dominante : en 2025, **42 % des généralistes libéraux** en ont réalisé au moins une ; elle représente 4,9 % de leur activité dans l'Hexagone. Elle concerne surtout les jeunes adultes (24 % des 25-34 ans) et la médecine générale (77 % des téléconsultations). Entre 7 et 8 % des patients qui téléconsultent n'ont eu aucune consultation physique dans l'année. À Mayotte et en Guyane, plus de huit téléconsultations sur dix sont réalisées avec un médecin installé dans l'Hexagone. Les sociétés de téléconsultation, soumises à agrément depuis la loi de financement pour 2023, pèsent dans l'activité des centres de santé (28 % de leurs soins de généralistes en 2024, contre 12 % sans elles).

Le cadre se resserre : un arrêt de travail prescrit en téléconsultation est limité à trois jours, sauf s'il l'est par le médecin traitant ou la sage-femme référente (loi de financement pour 2023). Le projet de loi 2027 permet de restreindre par arrêté la prescription d'antibiotiques en télémedecine (article 28), soumet les sociétés de téléconsultation aux règles de télétransmission (article 32) et finance l'assistance d'un infirmier lors d'une téléconsultation au domicile du patient (article 23).

Les arrêts de travail

Graphique 1 • Décomposition de la croissance des indemnités journalières



Source : calcul DSS, données CNAM. - Champ : Régime général + anciens affiliés RSI, France entière, CVS-CJO hors IJ exceptionnelles liées au Covid.

Note : Le champ des indemnités journalières ne comprend pas les IJ grippe et les IJ des professions libérales.

Extrait reproduit : Commission des comptes de la Sécurité sociale, *Les comptes de la Sécurité sociale*, mai 2026, fiche 2.3, graphique 1, p. 95.

Pour le régime général, les indemnités journalières (IJ) ont progressé de 5,1 % en 2025 (données corrigées des jours ouvrés), presque uniquement par l'effet du volume. Les arrêts courts (moins de trois mois) baissent de 1,6 % après l'abaissement, au 1er avril 2025, du plafond de salaire pris en compte de 1,8 à 1,4 Smic ; les arrêts de plus de trois mois augmentent de 7,2 % et les arrêts pour accident du travail ou maladie professionnelle de 11,5 %. Le budget 2027 prévoit 1 Md€ d'économies sur les IJ. Une durée maximale de prescription de douze mois pour les arrêts longs hors ALD a été fixée par voie réglementaire en 2026 ; le projet de loi crée une concertation entre médecin traitant, médecin du travail et médecin-conseil au-delà de 30 jours d'arrêt (article 20) et affecte à la Sécurité sociale le rendement de la fiscalisation partielle des IJ versées au titre des ALD.

À RETENIR

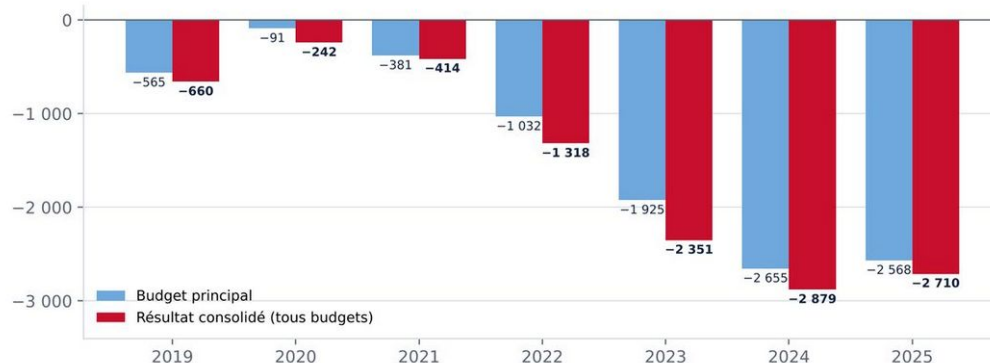
La ville est la porte d'entrée du système, mais elle se fragmente : moins de médecins traitants disponibles, des portes nouvelles encore peu utilisées, une téléconsultation qui complète sans remplacer. Les arrêts de travail, deuxième poste des soins de ville, sont la principale cible d'économies du budget 2027 après les produits de santé.

Sources du chapitre. CCSS, mai 2026, fiches 2.2 et 2.3 (tableau 3, p. 81 ; graphique 1, p. 95) ; Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027*, figure 51 p. 136, p. 62, 87, 105, 142-145, 221-222 ; FHF-Ipsos, 3e baromètre de l'accès aux soins, 17 mars 2026 ; Cour des comptes, RALFSS 2026, p. 191, et *Le bon usage des produits de santé*, septembre 2025 ; DREES, *Les dépenses de santé en 2025*, fiche 11 ; PLFSS 2027, articles 20, 21, 23, 28 et 32, rapport annexé p. 128-129.

09 L'hôpital

Hôpitaux publics : un déficit multiplié par quatre depuis 2019

Résultat net des hôpitaux publics, en millions d'euros. 2025 : estimation provisoire (relevé infra-annuel n° 2).



Source : Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour le comité d'alerte de l'ONDAM, reproduit dans Assurance maladie, Charges et produits pour 2027, figure 4. La Cour des comptes (RALFSS 2026) retient 2,6 Md€ pour le budget principal 2025.

La France compte **2 965 établissements de santé** (1 330 publics, 978 privés à but lucratif, 657 privés à but non lucratif) ; 13,9 millions de patients y ont été hospitalisés en 2025. Fin 2024, ils disposaient de **338 165 lits** d'hospitalisation complète, de 90 986 places d'hospitalisation partielle et de 25 427 places d'hospitalisation à domicile. Les soins hospitaliers représentent **124,1 Md€ en 2025** (35 % de la dépense de santé) : 96,2 Md€ dans le secteur public et 27,9 Md€ dans le privé.

Des comptes dans le rouge

Le déficit des hôpitaux publics, contenu à 0,7 Md€ en 2019 (résultat consolidé), a atteint **2,9 Md€ en 2024**, soit 2,7 % de leurs recettes, une proportion inédite depuis 2005, puis environ **2,7 Md€ en 2025** selon les premiers relevés. Les causes sont connues : la hausse des charges de personnel (revalorisations du Ségur, cotisations de retraite), l'inflation des achats, et une activité qui n'a retrouvé que progressivement son niveau d'avant la crise. Les tensions de trésorerie s'accroissent : les délais de paiement des fournisseurs atteignent 71 jours en moyenne et les dettes fiscales et sociales échues 2,2 Md€ fin février 2026. L'investissement fléchit (5,5 Md€ en 2024, environ 5,4 Md€ en 2025). Côté privé, 36 % des cliniques étaient déficitaires en 2024.

À SAVOIR

Trois chiffres circulent pour le déficit 2025 des hôpitaux publics : 2,7 Md€ (résultat consolidé, tous budgets, Direction générale de l'offre de soins), 2,6 Md€ (budget principal seul, Cour des comptes) et 2,3 Md€ (première estimation de la DREES, sur un champ un peu différent). Ils sont provisoires ; ils ne se contredisent pas.

Le financement : de la tarification à l'activité aux dotations

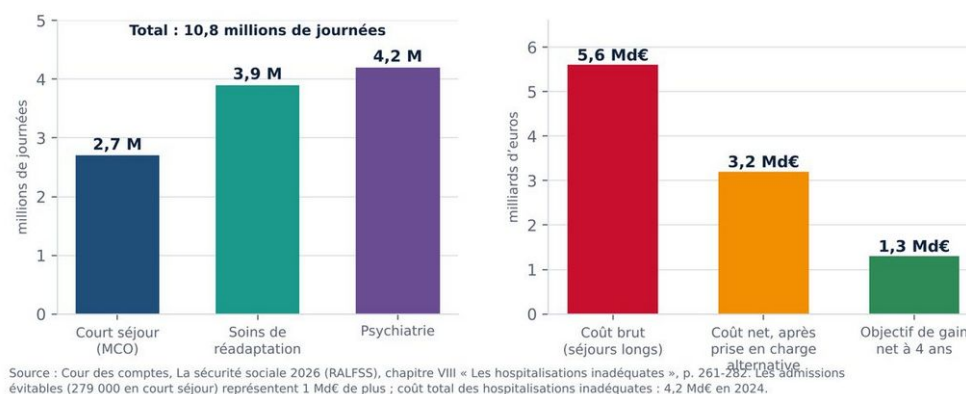
Depuis 2004, l'essentiel de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique est payé au séjour, selon des tarifs par groupe homogène de séjours : c'est la **tarification à l'activité (T2A)**. Elle a été complétée par des dotations (urgences, missions d'intérêt général, qualité, psychiatrie, soins médicaux et de réadaptation), qui atteignent 34,9 Md€ en 2025. L'ONDAM « établissements de santé » s'élève à 109,4 Md€ en 2025, sous-exécuté de 0,3 Md€ au total ; mais l'activité de court séjour des établissements publics et privés non lucratifs a progressé plus vite que prévu (+3,5 % contre +1,9 %), d'où un dépassement de 0,6 Md€ sur le financement à l'activité. Les réformes en cours mêlent activité et dotations : modèle mixte en soins de réadaptation, forfaits par épisode en radiothérapie au 1er janvier

2027 (article 31 du projet de loi), intéressement à l'efficience à partir de 2027. Le Ségur de la santé représente pour l'assurance maladie (hôpital et médico-social) une charge pérenne de 12 Md€ par an, dont 10,9 Md€ de revalorisations salariales.

Les hospitalisations inadéquates

30 000 patients hospitalisés chaque jour au-delà du nécessaire

Séjours anormalement longs en 2024 : journées en trop, par type de soins (à gauche), et enjeu financier (à droite).



Chaque jour, près de **30 000 patients** occupent un lit d'hôpital alors que leur état ne le justifie plus : faute de place en aval (soins de réadaptation, EHPAD, domicile adapté), ils restent hospitalisés. La Cour des comptes estime à 10,8 millions le nombre de journées inadéquates en 2024, surtout en psychiatrie et en soins de réadaptation. Avec les 279 000 admissions évitables, le coût net de ces hospitalisations atteint **4,2 Md€**. Les personnes âgées sont les premières concernées, et le suivi en ville joue un rôle clé : le risque d'hospitalisation évitable est multiplié par 5,5 chez les patients qui n'ont pas consulté leur médecin traitant dans l'année.

Qualité et sécurité des soins

Entre 160 000 et 375 000 événements indésirables graves associés aux soins surviendraient chaque année lors de séjours hospitaliers, mais moins de 7 200 ont été déclarés en 2024. Les infections contractées à l'hôpital causent environ **4 000 décès directs par an**, davantage que la route. La Cour des comptes porte une appréciation « très réservée » sur la capacité de la politique actuelle à améliorer effectivement la qualité des soins.

Les urgences

Les quelque 700 services d'urgence ont enregistré **21,5 millions de passages** en 2025, à peine moins qu'avant la crise sanitaire. Selon le baromètre de la FHF, un Français sur deux déclare s'être déjà rendu aux urgences sans être en situation d'urgence ; le service d'accès aux soins (SAS) organise une régulation commune entre l'hôpital et la ville.

À RETENIR

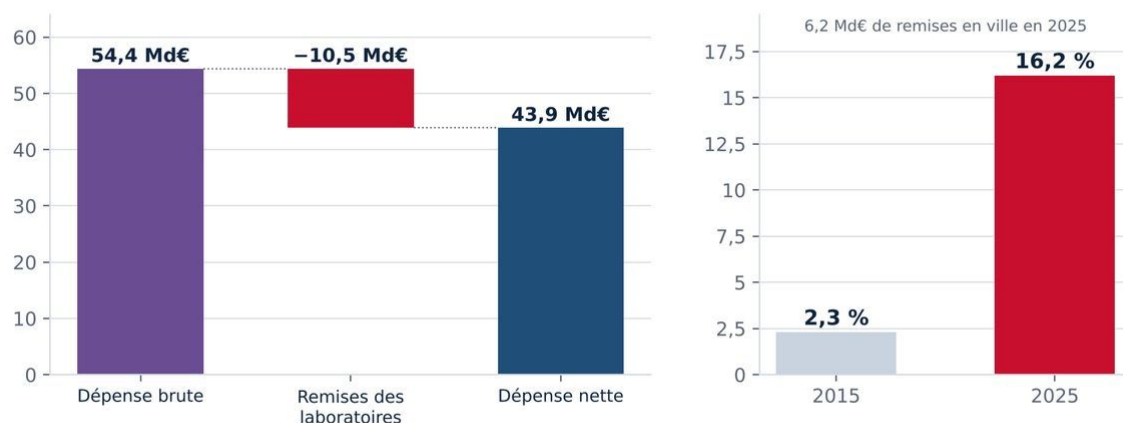
L'hôpital concentre plus d'un tiers de la dépense de santé, emploie davantage de médecins qu'en 2017 et accumule pourtant des déficits record. Une partie de ses difficultés vient de l'extérieur : faute de solutions en ville et dans le médico-social, il garde des patients qui n'ont plus besoin d'y être.

Sources du chapitre. DREES, *Les dépenses de santé en 2025*, fiches 8 à 10 ; Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027*, figure 4 p. 11 ; CCSS, mai 2026, p. 24 et 83 ; Cour des comptes, RALFSS 2026, chapitre II (p. 101-104), chapitre III (p. 117) et chapitre VIII (p. 261-286) ; Cour des comptes, *La politique d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé*, avril 2026 ; PLFSS 2027, article 31.

10 Le médicament et les produits de santé

Médicaments : 10,5 Md€ de remises, un prix affiché qui n'est pas le prix payé

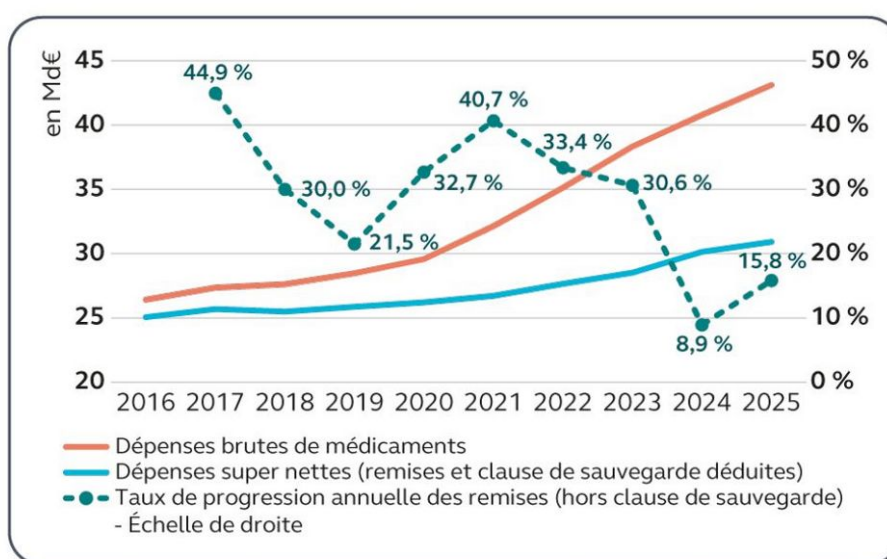
Consommation de médicaments en 2025 (ville, hôpital, vaccins), en milliards d'euros (à gauche) ; part des remises dans les dépenses brutes de médicaments vendus en ville (à droite).



Source : DREES, Les dépenses de santé en 2025, édition 2026, fiche 21 (tableau 2, p. 143 ; texte p. 141). Remises conventionnelles et d'accès dérogatoire, hors clause de sauvegarde, versées par les laboratoires à l'Assurance maladie ; leur montant par produit est confidentiel.

Les médicaments délivrés en ville représentent **34,9 Md€ en 2025**, soit 9,9 % de la dépense de santé (+1,3 %). En ajoutant l'hôpital et les vaccins, la consommation de médicaments atteint 54,4 Md€ au prix affiché, mais seulement **43,9 Md€ après remises** : les laboratoires reversent à l'Assurance maladie 10,5 Md€ de remises conventionnelles et d'accès dérogatoire, auxquelles s'ajoute la clause de sauvegarde (1,8 Md€ en 2025, chiffre provisoire). Ce mécanisme permet d'afficher un prix public élevé, qui sert de référence internationale, tout en payant un prix net confidentiel plus bas. La part des remises dans les dépenses brutes de médicaments en ville est passée de 2,3 % en 2015 à **16,2 % en 2025**.

Graphique n° 8 : évolution des dépenses de médicaments et des remises associées de 2016 à 2025 (en Md€)



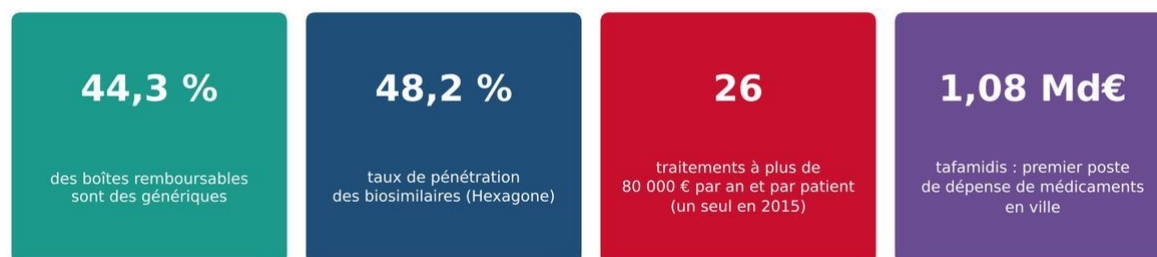
Source : données DSS, mise en forme Cour des comptes

Extrait reproduit : Cour des comptes, La sécurité sociale 2026 (RALFSS), mai 2026, graphique n° 8, p. 99 (données DSS).

Une dépense tirée par l'innovation

Génériques, biosimilaires, innovations : les ordres de grandeur

Médicaments remboursables vendus en ville et médicaments innovants, 2025.



Source : DREES, Les dépenses de santé en 2025, fiche 22 ; Assurance maladie, Charges et produits pour 2027, p. 178 et 241 ; Cour des comptes, La sécurité sociale 2026 (RALFSS), chapitre II, p. 98.

La dépense brute de médicaments progresse rapidement (+5,5 % en 2025), portée par les traitements innovants : **26 traitements coûtent plus de 80 000 € par an et par patient**, contre un seul en 2015. Les anticancéreux représentent 7,1 Md€ nets en 2024, soit 25 % de la dépense nette de médicaments (19 % en 2019). Le tafamidis, traitement d'une cardiopathie longtemps considérée à tort comme rare, est le premier poste de dépense de médicaments en ville pour la troisième année (1,08 Md€ de dépense brute remboursée) : environ 15 500 patients le reçoivent, pour une population cible évaluée par la Haute Autorité de santé à 5 000. À l'inverse, les génériques représentent 44,3 % des boîtes remboursables et les biosimilaires progressent (48,2 % de pénétration dans l'Hexagone, mais 5,5 % en Guyane).

Qui paie le médicament

La Sécurité sociale finance 75,2 % des médicaments de ville, les complémentaires 11,0 % et les ménages 13,2 % (4,6 Md€), notamment par les franchises (1,0 Md€ en 2025). Les médicaments remboursés en théorie à 65 % le sont en moyenne à 86 %, du fait des exonérations, en particulier de l'ALD. 740 médicaments sont remboursés en moyenne moins d'un euro par boîte.

Bon usage, gaspillage et pénuries

Dans son rapport de septembre 2025 sur le bon usage des produits de santé, la Cour des comptes relève que les prescriptions hospitalières exécutées en ville augmentent de 10,6 % par an (11,7 Md€ en 2023 selon le texte du rapport), contre 2,6 % pour celles des médecins libéraux. Elle estime la valeur des **médicaments jetés en ville entre 561 M€ et 1,7 Md€ par an**. La France reste le quatrième pays de l'OCDE pour la consommation d'antibiotiques. Les ruptures et tensions d'approvisionnement ont presque doublé : près de **5 000 signalements** à l'Agence nationale de sécurité du médicament en 2023, contre 2 760 en 2021. Les produits de santé représentent enfin la moitié de l'empreinte carbone du système de santé, lui-même responsable de 8 à 10 % des émissions nationales.

Ce que prévoit le budget 2027

- **2,1 Md€ d'économies** sur les produits de santé, principalement par des baisses de prix et des mesures de bon usage (rapport annexé).
- **Régulation macroéconomique** (article 11) : montant M de la clause de sauvegarde fixé à 22,44 Md€ pour 2027 et contribution supplémentaire sur le chiffre d'affaires, créée en 2026, d'un rendement attendu de 1,7 Md€ ; nouvelle contribution de 3,6 % sur les dispositifs médicaux (article 9).
- **Adapter le remboursement aux progrès scientifiques** (article 30) : réévaluation annuelle de médicaments identifiés par la Haute Autorité de santé, avis sur la pertinence médico-économique,

pénalité jusqu'à 10 % du chiffre d'affaires, et passage de certains médicaments en prescription facultative.

- **Antibiotiques** (article 28) : statut propre, délivrance à l'unité possible par arrêté. **Groupements de pharmacies** encadrés (article 10).

À SAVOIR

Le montant des remises varie selon les sources et les périmètres : 6,2 Md€ (médicaments vendus en ville, DREES), 10,5 Md€ (tous médicaments, hors clause de sauvegarde, DREES), 10,7 Md€ (rendement 2025 des remises, Cour des comptes), 12,8 Md€ (remises et clause de sauvegarde encaissées par la CNAM, CCSS). Il faut toujours préciser lequel est utilisé.

À RETENIR

Le prix affiché du médicament n'est pas le prix payé : en ville, un euro sur six revient à l'Assurance maladie sous forme de remises, près d'un sur cinq tous médicaments confondus. La dépense est désormais tirée par quelques traitements innovants très coûteux, tandis que le gaspillage, la surconsommation d'antibiotiques et les pénuries restent des sujets ouverts.

Sources du chapitre. DREES, *Les dépenses de santé en 2025*, fiches 21 et 22 ; Cour des comptes, RALFSS 2026, chapitre II (p. 98-101) et chapitre V (p. 178) ; Cour des comptes, *Le bon usage des produits de santé*, septembre 2025, synthèse et recommandations ; Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027*, p. 159-160, 178, 241 ; CCSS, mai 2026, tableaux 6 et 10 (p. 86-89) et p. 99 ; PLFSS 2027, articles 9, 10, 11, 28 et 30, rapport annexé p. 129.

11 Les transports de patients

Transports de patients : 6,9 Md€, et une croissance plus rapide que l'ONDAM

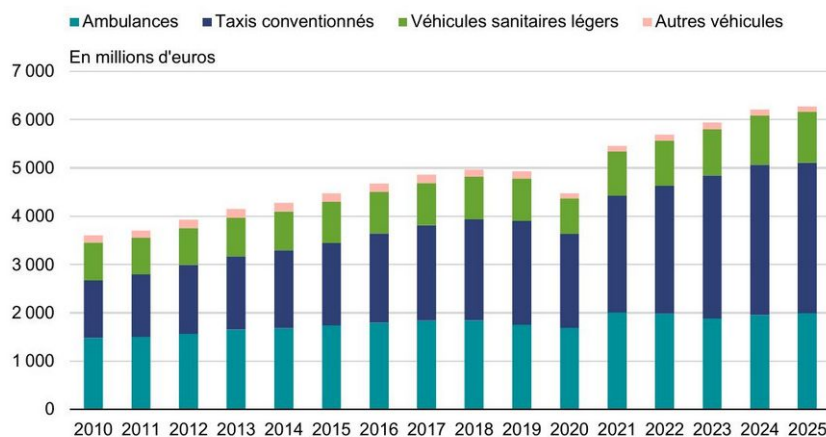
Transports sanitaires de ville (ambulances, véhicules sanitaires légers, taxis conventionnés).



Source : DREES, Les dépenses de santé en 2025, fiche 20 (6,9 Md€ ; taxis 50 %) ; Cour des comptes, La sécurité sociale 2026 (RALFSS), chapitre VII, p. 232-243 (croissance 2019-2024, ALD, trajets, transport partagé).

L'Assurance maladie prend en charge les transports de patients prescrits par un médecin : ambulances, véhicules sanitaires légers (VSL) et taxis conventionnés. En 2025, leur consommation atteint **6,9 Md€** (6 267 M€ de trajets et 600 M€ de contrats, essentiellement des indemnités de garde ambulancière), financés à 93 % par la Sécurité sociale. La dépense est stable en 2025, après une décennie de forte hausse (+4,4 % par an de 2015 à 2024). Elle se déplace vers les **taxis**, qui représentent désormais la moitié des dépenses de trajets, contre 38 % dix ans plus tôt.

Graphique 2 Consommation de transports sanitaires (hors contrats et assimilés) par mode de transport



Source > Drees, comptes de la santé.

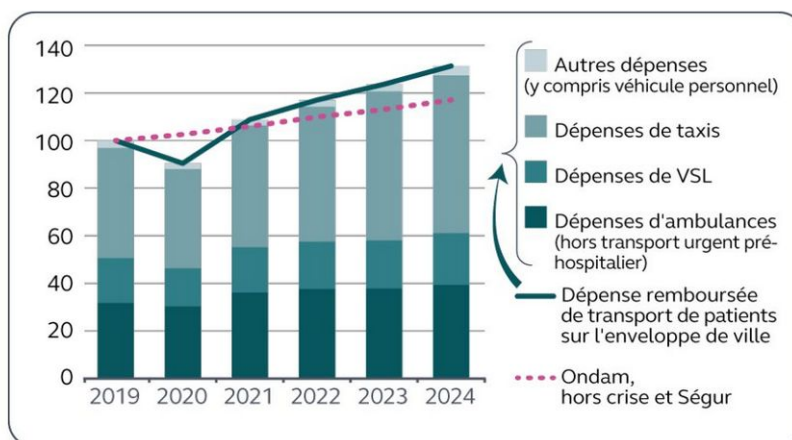
Extrait reproduit : DREES, Les dépenses de santé en 2025, édition 2026, fiche 20, graphique 2, p. 137.

Une dépense concentrée sur quelques patients

Selon la Cour des comptes, qui y consacre un chapitre de son rapport de mai 2026, 6,52 millions de patients ont effectué 89 millions de trajets en 2024. Les patients en affection de longue durée concentrent **90 % de la dépense** (contre 67 % pour l'ensemble des dépenses de santé) ; quatre pathologies nécessitant des soins répétés en représentent les deux tiers : cancers (19 %), insuffisance rénale (16 %), maladies cardio-vasculaires (15 %) et maladies psychiatriques (13 %). Les hôpitaux prescrivent les deux tiers de la dépense, soit 3,7 Md€ sur les 5,8 Md€ imputés aux soins de ville, sans en assurer la charge. De

2019 à 2024, la dépense a progressé de 31 %, contre 17 % pour l'ONDAM. Le parc compte 68 297 véhicules, dont 39 112 taxis conventionnés.

Graphique n° 21 : évolution de la dépense de transport de patients de ville et de l'ONDAM (en base 100)



Source : CNAM pour les dépenses de transport et annexe 5 du PLFSS 2026 pour l'ONDAM

Extrait reproduit : Cour des comptes, La sécurité sociale 2026 (RALFSS), mai 2026, chapitre VII, graphique n° 21, p. 235.

Les leviers engagés

- **Transport partagé** : sa part est passée de 13,3 % à 21,7 % des trajets en VSL entre 2015 et 2024, mais reste d'environ 5 % en taxi. Depuis 2025, le patient qui refuse un transport partagé perd le tiers payant ; le décret du 28 février 2025 fixe un détour maximal de 10 km et une attente maximale de 45 minutes.
- **Tarification des taxis** : la nouvelle convention-cadre fixe un forfait de prise en charge de 13 € (28 € dans les grandes agglomérations) et un tarif kilométrique de 1,07 à 1,27 €. Les économies attendues (41 M€ en 2026, 124 M€ en 2027) restent en deçà de la cible de 150 M€.
- **Contrôles** : la Cour relève 640 M€ d'anomalies de facturation (16 % du total) et 42 M€ de fraudes détectées en 2024. La facturation électronique et la géolocalisation deviennent obligatoires en 2027 ; l'article 32 du projet de loi 2027 étend les obligations de facturation aux transporteurs et aux taxis.
- **Participation des patients** : le ticket modérateur est passé de 35 à 45 % en 2023 et la franchise par trajet de 2 à 4 € en 2024.

À SAVOIR

Quatre montants coexistent pour la même dépense : 6,9 Md€ (consommation de ville tous financeurs, garde ambulancière comprise, DREES 2025) ; 6,3 Md€ (remboursements du champ de l'ONDAM, CCSS 2025) ; 6,15 Md€ (dépense tous régimes hors transport urgent, y compris 0,35 Md€ de transports hospitaliers, Cour des comptes 2024) ; 5,9 Md€ (régime général seul, CCSS 2025).

À RETENIR

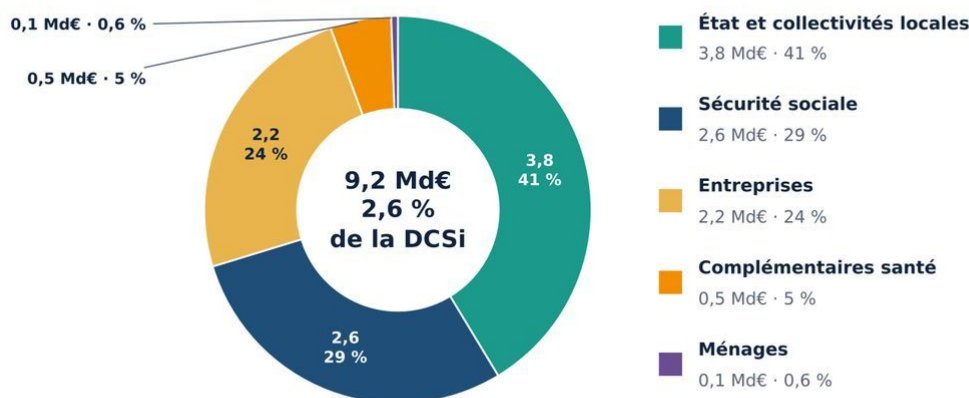
Le transport de patients est une dépense de malades chroniques, prescrite pour une large part par l'hôpital et de plus en plus assurée par des taxis. Les outils de régulation existent (transport partagé, tarifs, contrôles) ; leurs effets restent inférieurs aux objectifs affichés.

Sources du chapitre. DREES, *Les dépenses de santé en 2025*, fiche 20, p. 135-138 ; Cour des comptes, RALFSS 2026, chapitre VII « Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie », p. 231-258, recommandations 16 à 20 ; CCSS, mai 2026, tableau 3 et fiche 2.3 ; PLFSS 2027, article 32 et rapport annexé.

12 La prévention

Prévention : 9,2 Md€, soit 2,6 % de la dépense de santé

Dépense de prévention (institutionnelle et individuelle) en 2025, par financeur, en milliards d'euros.
Les entreprises financent la médecine du travail ; l'État et les collectivités, les campagnes et la PMI.



Source : DREES, Les dépenses de santé en 2025, édition 2026, tableau 2 (DCSi par financeur et par poste) ; prévention : +6,8 % en 2025.

La France consacre **9,2 Md€** à la prévention en 2025 (prévention institutionnelle et prévention individuelle médicalisée), soit **2,6 % de la dépense de santé**. Dans les comparaisons internationales (2024), elle y consacre 3 % de sa dépense, comme la moyenne de l'Union européenne, contre 5 % au Royaume-Uni et 6 % au Canada. La dépense progresse de 6,8 % en 2025, tirée par la vaccination (1 984 M€ hors Covid, +62,9 %). Elle est financée d'abord par l'État et les collectivités locales (41 %), puis par la Sécurité sociale (29 %) et les entreprises au titre de la médecine du travail (24 %). Les pharmacies réalisent 90 % des dépenses de vaccination.

À SAVOIR

Le périmètre de la prévention des comptes de la santé se limite aux actions identifiées comme telles : prévention institutionnelle (campagnes, dépistages organisés, médecine du travail et scolaire, protection maternelle et infantile) et actes de prévention individuelle (examens de santé, vaccinations, bilans bucco-dentaires). Les conseils de prévention donnés lors des consultations ordinaires n'y figurent pas.

Le tabac

Tabac : une recette de santé publique qui s'érode

Recettes des taxes sur le tabac et part du tabac consommé qui échappe à la fiscalité française.



Source : CCSS, mai 2026, tableau 2 CNAM-Maladie (taxes sur les tabacs, 13 036 M€) ; Direction générale des douanes et droits indirects et MILDECA, étude TAFE 2025 (octobre 2025), C. Ben Lakhdar et S. Massin ; fourchette de la part non taxée : 12,3 à 22,4 %.

Le tabagisme quotidien a reculé de 29,4 % en 2016 à 17,4 % en 2024, mais la France reste au **quatrième rang de l'Union européenne** pour la part de fumeurs quotidiens (données OCDE 2023). Le prix moyen du paquet est passé de 10,95 € en 2023 à 12,54 € en 2025 ; les ventes de cigarettes ont baissé de 20 % sur la même période. Les taxes sur le tabac affectées à l'Assurance maladie ont rapporté 13,0 Md€ en 2025, dont 656 M€ de règlement non récurrent ; elles sont attendues à 12,0 Md€ en 2026.

Une part croissante du tabac échappe à la fiscalité. L'étude TAFE, publiée par la Direction générale des douanes et droits indirects et la MILDECA en octobre 2025, estime que **17,7 %** du tabac consommé en 2023 n'a pas été acheté chez un buraliste en France (fourchette de 12,3 à 22,4 %), soit **4,3 Md€** de recettes fiscales perdues (de 2,8 à 5,8 Md€). L'essentiel provient d'achats transfrontaliers (environ 85 % des volumes non taxés) ; la vente de rue ne représente que 0,8 % de la consommation. Le tabac est responsable de 80 % des cas de bronchopneumopathie chronique obstructive, maladie qui cause environ 16 000 décès par an et dont le coût, pertes de productivité comprises, est estimé à 3,5 Md€ par an.

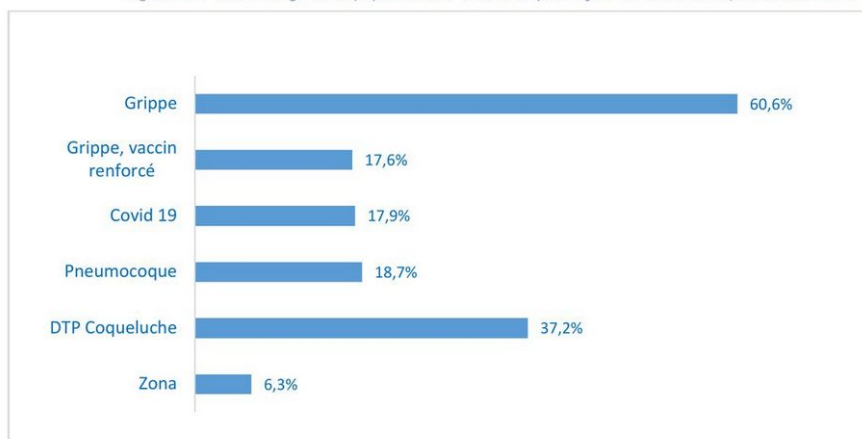
Le Royaume-Uni a adopté le 21 avril 2026 une loi qui interdit la vente de tabac aux personnes nées après le 1er janvier 2009, à compter du 1er janvier 2027. L'Assurance maladie propose de transposer cette « génération sans tabac » en France (proposition n° 2 de son rapport pour 2027).

Le sucre et l'alcool

Les taxes sur les alcools et les boissons sucrées ou édulcorées ont rapporté 5,1 Md€ en 2025. Réformée en 2025 sur le modèle britannique à trois paliers, qui a réduit de 46 % le sucre contenu dans les boissons au Royaume-Uni entre 2015 et 2020, la taxe sur les boissons sucrées serait étendue par l'article 8 du projet de loi 2027 aux produits solides sucrés et transformés (biscuits, céréales, confiseries), pour un rendement de 0,3 Md€. Le Gouvernement rappelle que le coût social de la surcharge pondérale avoisinait 20 Md€ (1 % du PIB) en 2012. L'Assurance maladie propose de rendre le Nutri-Score obligatoire (proposition n° 1).

Vaccination et dépistage

Figure 39 : Pourcentage de la population de 65 ans et plus à jour de ses vaccins, fin février 2026



DTP : diphtérie, tétanos, poliomyélite

Remarque : Les vaccins achetés par les établissements de santé et administrés aux patients hospitalisés ou consultant ne sont pas repérables dans le SNDS.

Champ : Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus à jour de leur vaccin à fin février 2026 parmi les consommateurs de la cartographie de 2023, résident en France et non décédés en 2024 ; tous régimes – France entière (sauf pour la grippe : France hors Réunion).

Source : Cnam (SNDS).

Extrait reproduit : Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027*, juillet 2026, figure 39, p. 105.

Fin février 2026, **60,6 % des 65 ans et plus** étaient vaccinés contre la grippe ; en 2024, la France se classait au 22e rang de l'OCDE. Les couvertures contre le pneumocoque (18,7 %) ou le zona (6,3 %) restent faibles. La vaccination contre les papillomavirus progresse mais reste très inégale (73 % des filles en Bretagne, 18 % en Martinique), pour un objectif de 80 % en 2030. Les dépistages organisés des cancers plafonnent : 33,1 % de participation pour le cancer colorectal (objectif européen : 65 %) ; pour le

régime général, l'indicateur de l'Assurance maladie atteint 60 % pour le cancer du sein. Le projet de loi 2027 facilite la vaccination en établissement et en EHPAD (article 27) et permet d'imposer aux professionnels, par décret, de participer aux programmes de dépistage lorsque l'accès de la population est insuffisant (article 29). En 2025, 137 000 assurés de 60 à 65 ans et de 70 à 75 ans ont réalisé leur rendez-vous « Mon bilan prévention ».

À RETENIR

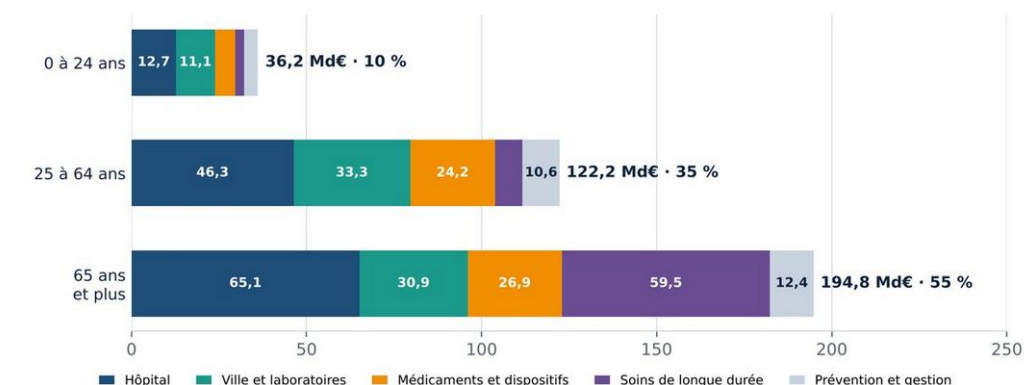
La prévention reste la part congrue de la dépense de santé. Les résultats sont réels quand les instruments sont puissants, comme la fiscalité du tabac, mais s'érodent quand ils sont contournés. La vaccination des personnes âgées et le dépistage des cancers sont nettement en deçà des objectifs.

Sources du chapitre. DREES, *Les dépenses de santé en 2025*, fiche 27 et tableau 2 (p. 173-177, 190) ; CCSS, mai 2026, encadré 2 et tableau 2 (p. 57-59) ; DGDDI et MILDECA, *Tabac acheté hors du réseau des buralistes et non taxé en France (TAFE)*, octobre 2025 ; Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027*, p. 35-42, 57-59, 76, 84, 104-109 ; PLFSS 2027, articles 8, 27 et 29, exposé des motifs p. 22-23 et rapport annexé p. 129.

13 Les patients : âge, maladies chroniques, santé mentale

Plus de la moitié de la dépense de santé va aux 65 ans et plus

Dépense courante de santé 2025 par classe d'âge et par poste, en milliards d'euros.

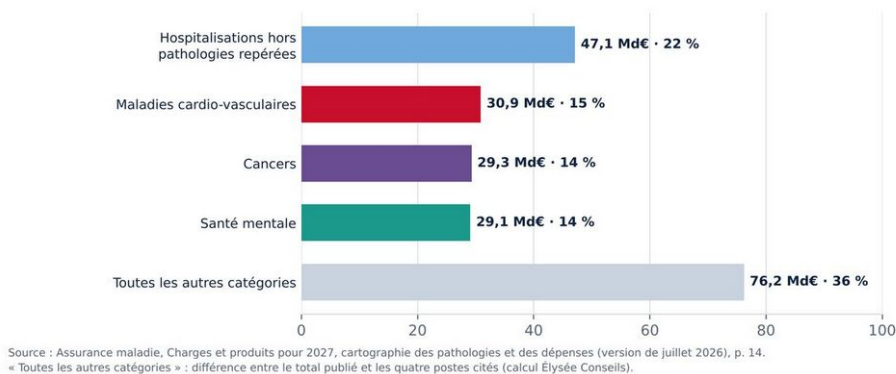


Les **65 ans et plus**, qui représentent 22 % de la population (Insee, repris par l'Assurance maladie), concentrent **55 % de la dépense de santé** (194,8 Md€ en 2025). La dépense par habitant atteint 7 900 € la première année de vie, retombe à 1 400 € dès un an, puis augmente continûment avec l'âge jusqu'à dépasser 45 000 € à 95 ans et plus. En moyenne, elle s'établit à 5 100 € par habitant (5 500 € pour les femmes, 4 700 € pour les hommes).

Les maladies chroniques au cœur de la dépense

Quatre postes font près des deux tiers des remboursements

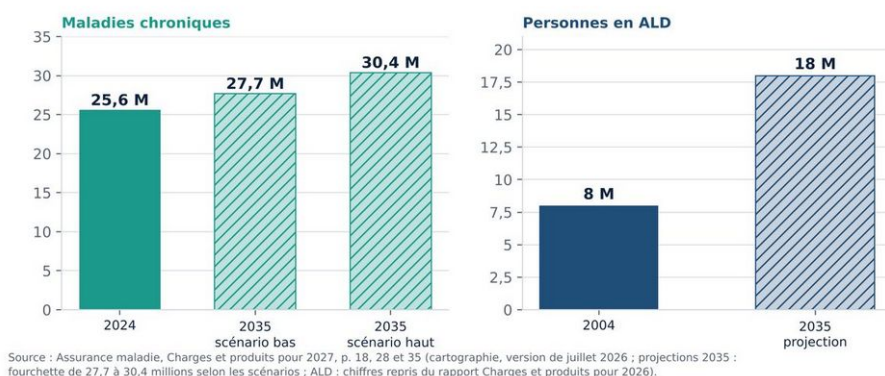
Dépenses remboursées par l'Assurance maladie affectées aux pathologies en 2024, en milliards d'euros (total : 212,6 Md€).



La cartographie de l'Assurance maladie affecte chaque euro remboursé à une pathologie. En 2024, sur 212,6 Md€ remboursés à 67,6 millions de personnes, les **pathologies chroniques représentent 63 % de la dépense** (environ 134 Md€) et touchent 25,6 millions de personnes, soit 38 % de la population. Chez les adultes, 4,4 millions sont traités pour un diabète, 3,6 millions pour un cancer, 5,9 millions pour un trouble de santé mentale, 0,9 million pour une insuffisance cardiaque et 0,7 million pour une démence. 10,2 millions d'adultes cumulent plusieurs pathologies.

Maladies chroniques : jusqu'à 30,4 millions de patients en 2035

Patients atteints d'une maladie chronique (cartographie de l'Assurance maladie) et personnes en affection de longue durée, en millions. Hachuré : projections.



Le nombre de malades chroniques pourrait atteindre 27,7 à 30,4 millions en 2035 selon les scénarios. Les personnes en affection de longue durée, 8 millions en 2004, pourraient être 18 millions, soit plus d'un quart de la population. À tendance inchangée, la dépense remboursée hors soins courants passerait de 206 Md€ en 2024 à 327,5 Md€ en 2035, dont 70 % pour les maladies chroniques.

Les affections de longue durée

Le dispositif des ALD exonère du ticket modérateur les soins liés aux affections d'une liste de 29 maladies, dite « ALD 30 » (cancers, diabète, insuffisance cardiaque, maladies psychiatriques...), ainsi qu'à des affections hors liste et aux polyopathologies. Selon l'IGF et l'IGAS, il concernait 13,7 millions de personnes en 2021, dont la dépense moyenne atteignait 9 300 € par an et le reste à charge moyen 840 €. Selon la revue de dépenses citée par la Cour des comptes, l'Assurance maladie couvre 91 % des dépenses de soins des patients en ALD, contre 66 % pour les autres assurés. La DREES évalue le surcoût spécifique du dispositif à **19,7 Md€ en 2025**. Les patients en ALD paient en moyenne 78 € par an de franchises et participations forfaitaires, contre 41 € pour les autres (chapitre 04).

La santé mentale

La santé mentale représente **29,1 Md€** de dépenses remboursées en 2024 (14 % du total) : 20,3 Md€ pour les maladies psychiatriques et 8,8 Md€ pour les traitements chroniques par psychotropes sans pathologie psychiatrique repérée. La consommation de soins de psychologues atteint 1,5 Md€ en 2025, financée à 7 % seulement par des fonds publics, même si le dispositif « Mon soutien psy » s'étend (environ 7 900 psychologues conventionnés ; les 3-25 ans représentent 31,6 % des bénéficiaires). Chez les 12-25 ans, 1,04 million de patients ont reçu un psychotrope en 2025, contre 792 000 en 2019 ; le nombre de jeunes sous psychostimulants progresse de 23,7 % par an. Près d'un quart des 65 ans et plus sont remboursés de benzodiazépines.

Inégalités et non-recours. 3,2 % des 20 % les plus modestes déclarent avoir renoncé en 2023, pour raisons financières, à des examens ou traitements médicaux hors dentaire, 1,4 point de plus que l'ensemble de la population. Selon une estimation de 2021, 31 % des personnes éligibles à la complémentaire santé solidaire gratuite, et 66 % pour sa version avec participation, ne la demandaient pas.

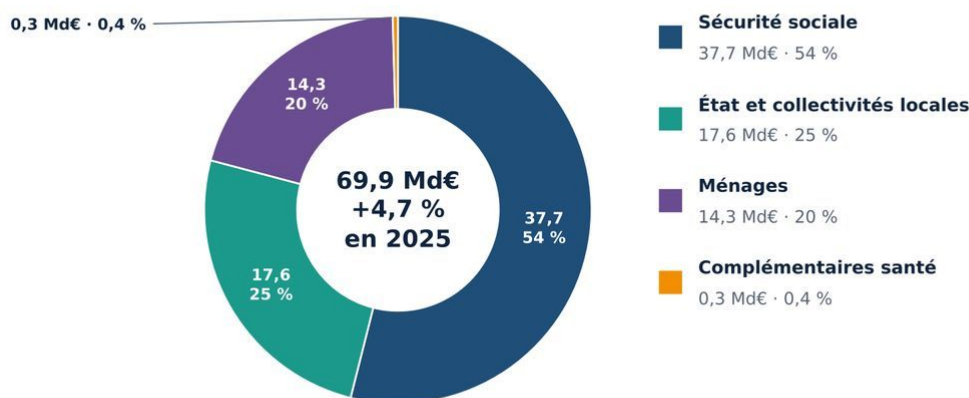
À RETENIR

Le système de santé est désormais d'abord un système de prise en charge des maladies chroniques et du grand âge. Le nombre de patients concernés va continuer de croître pendant au moins dix ans ; la santé mentale des jeunes émerge comme une préoccupation nouvelle.

14 Le grand âge et l'autonomie

Soins de longue durée : un euro sur cinq payé par les familles

Financement des soins de longue durée en 2025 (EHPAD, unités de soins de longue durée, services à domicile, établissements pour personnes handicapées), en milliards d'euros.



Source : DREES, Les dépenses de santé en 2025, édition 2026, tableau 2. Ménages : 207 € par habitant, premier poste du reste à charge.

Les **soins de longue durée** — EHPAD, unités de soins de longue durée, services de soins infirmiers à domicile, aides à la vie quotidienne, établissements pour personnes handicapées — atteignent **69,9 Md€ en 2025** (+4,7 %), soit près de 20 % de la dépense de santé. Les personnes âgées en représentent 46,8 Md€, les personnes handicapées 22,1 Md€. C'est le poste où les ménages paient le plus : **14,3 Md€**, dont 13,4 Md€ d'hébergement en EHPAD ; au total, 207 € par habitant et 20,4 % de la dépense du poste. La part des ménages diminue toutefois depuis 2020.

Grand âge : des besoins en hausse, des établissements fragiles

Perte d'autonomie, établissements et financement public, derniers chiffres publiés.



Source : Insee-DREES, « 700 000 seniors en perte d'autonomie supplémentaires d'ici 2050 », 22 octobre 2025 ; Assurance maladie, Charges et produits pour 2027, p. 116 ; Cour des comptes, RALFSS 2026, p. 104 ; PLFSS 2027, article 48.

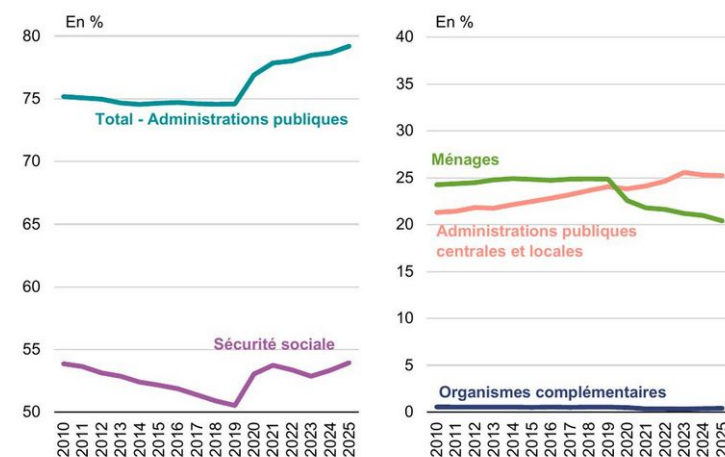
Les EHPAD

Environ **7 200 EHPAD** ont accueilli 687 000 résidents au cours de l'année 2023, âgés de 87 ans en moyenne, à 72 % des femmes. Près de 80 % sont atteints de plusieurs pathologies et 43 % ont connu au moins une hospitalisation en médecine, chirurgie ou obstétrique en 2023-2024 ; 28,9 % sont passés par les urgences sans être hospitalisés. Le coût public d'une journée en EHPAD est de 72 €, contre 263 € en hospitalisation à domicile. La situation financière des établissements reste dégradée : 51 % étaient déficitaires en 2024 (58 % en 2023), et les plans de soutien engagés depuis 2023 ne sont pas reconduits en 2026.

Tableau 3 Le financement des soins de longue durée en 2025

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	37 718	53,9
Administrations publiques centrales et locales	17 646	25,2
Organismes complémentaires	285	0,4
Ménages	14 271	20,4
Ensemble	69 919	100,0

Source > Drees, comptes de la santé.

Graphique 2 Évolution du financement des soins de longue durée depuis 2010

Source > Drees, comptes de la santé.

Extrait reproduit : DREES, *Les dépenses de santé en 2025*, édition 2026, fiche 26, tableau 3 et graphique 2, p. 172.

La branche autonomie

Créée en 2020, la cinquième branche de la Sécurité sociale, gérée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, a dépensé 41,8 Md€ en 2025 pour un léger excédent (0,1 Md€). Elle redevient déficitaire en 2026 (de 0,3 à 0,4 Md€ selon les sources). Le projet de loi 2027 fixe son objectif de dépenses à 44,4 Md€ (+2,5 %) et prévoit un déficit de 1,6 Md€ en 2030. Il affecte directement 0,3 Md€ de CSG aux départements pour l'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap (article 13), prolonge l'expérimentation de fusion des sections de financement des EHPAD (article 38) et crée un intéressement à l'efficacité des EHPAD et des services à domicile (article 39).

La démographie

Les 80 ans et plus représentent 6,3 % de la population en 2025 et en représenteront 8,9 % en 2035 (Insee, repris par l'Assurance maladie). Selon l'Insee et la DREES (octobre 2025), le nombre de seniors en perte d'autonomie, 2,0 millions en 2021 dont un tiers en perte d'autonomie sévère, approcherait 2,8 millions vers 2050 ; la hausse serait la plus forte jusqu'au début des années 2030.

À SAVOIR

Le grand âge, les aidants et le financement de la dépendance font l'objet d'un dossier distinct du Projet 2027. Ce chapitre se limite aux soins de longue durée et à leur poids dans la dépense de santé.

À RETENIR

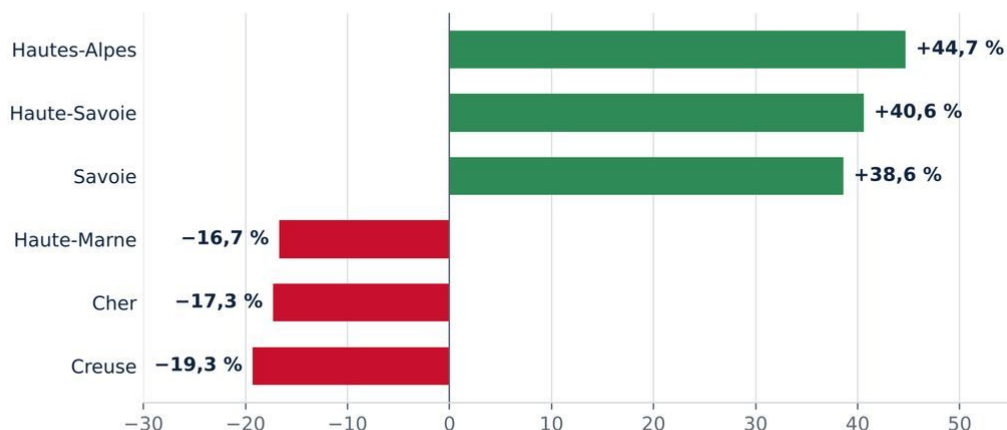
Le grand âge est l'un des postes de santé les plus dynamiques sur dix ans et celui où les familles paient le plus. Les besoins vont augmenter fortement jusqu'au début des années 2030, alors que les EHPAD sont majoritairement déficitaires et que la branche autonomie redevient déficitaire.

Sources du chapitre. DREES, *Les dépenses de santé en 2025*, fiche 26 (p. 168-172) ; Insee-DREES, « 700 000 seniors en perte d'autonomie supplémentaires d'ici 2050 », 22 octobre 2025 ; Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027*, p. 27, 103, 116-123 ; Cour des comptes, RALFSS 2026, p. 104-105 et 267 ; CCSS, mai 2026, tableau 14 ; PLFSS 2027, articles 13, 38, 39 et 48.

15 Les territoires

Ce n'est pas seulement une pénurie, c'est une répartition

Évolution du nombre de médecins en activité de 2010 à 2026, en % : les trois plus fortes baisses et les trois plus fortes hausses parmi les départements de l'Hexagone. Ensemble de la France : +14,0 %.



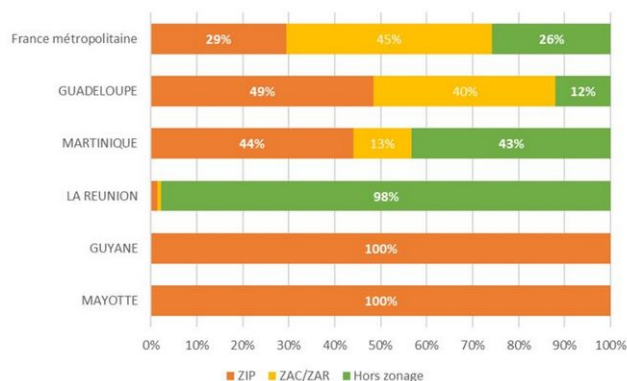
Source : Conseil national de l'Ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2026, tome 1.
Outre-mer : +300,0 % à Mayotte, +94,7 % en Guyane et +65,1 % à La Réunion, à partir de niveaux très bas.

La France n'a jamais compté autant de médecins, mais ils sont inégalement répartis. Entre 2010 et 2026, la Creuse a perdu 19,3 % de ses médecins en activité, le Cher 17,3 % et la Haute-Marne 16,7 %, quand les Hautes-Alpes en gagnaient 44,7 % et la Haute-Savoie 40,6 %. Les médecins s'installent là où la population croît et où le cadre de vie attire ; les territoires ruraux en déclin démographique et certaines banlieues perdent leurs praticiens.

Les zones sous-dotées

Les agences régionales de santé classent les communes selon leur niveau d'accès aux soins. Pour la médecine générale, **29 % des habitants de l'Hexagone** vivent en zone d'intervention prioritaire (ZIP), la catégorie la plus fragile ; c'est le cas de près de la moitié des habitants en Guadeloupe, de 44 % en Martinique et de toute la population en Guyane et à Mayotte. Au total, plus de 85 % des communes sont classées en zone prioritaire ou complémentaire, un maillage que la Cour des comptes juge trop dispersé.

Figure 50 : Répartition de la population selon le zonage médecins généralistes de la commune d'habitation, en 2025



ZIP : zone d'intervention prioritaire ; ZAC : zone d'action complémentaire ; ZAR : zone d'accompagnement régional

Champ : Population : recensements par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) (2017 pour Mayotte, 2023 pour la France métropolitaine et les autres Drom). Zonage publié par les agences régionales de santé (ARS) arrêté au 31 décembre 2025.

Sources : Insee, ARS.

Les taux de patients adultes sans médecin traitant sont plus importants dans les Antilles par rapport à l'Hexagone, avec des niveaux néanmoins relativement proches pour les patients en ALD (Figure 51). La Réunion affiche des taux très proches, mais meilleurs que l'Hexagone pour ces indicateurs.

Figure 51 : Taux de patients sans médecin traitant (MT) au 31 décembre 2024



ALD : affection longue durée

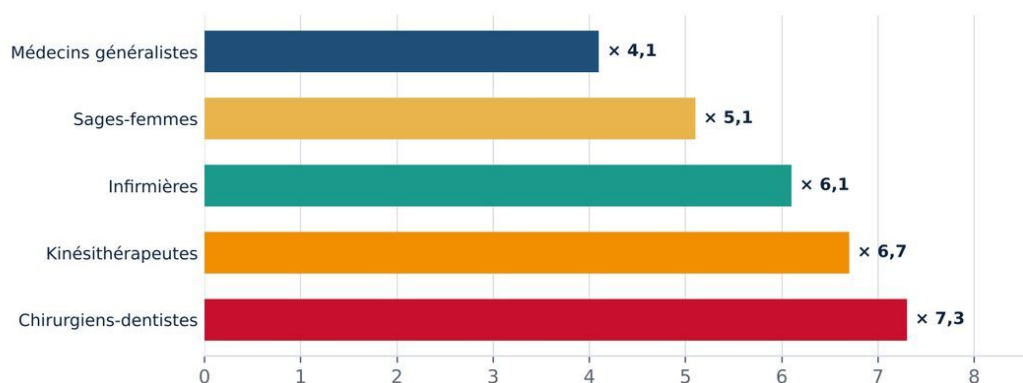
Champ : Tous régimes. Patients âgés de 17 ans et plus ayant eu au moins une consommation de soins de ville en 2024. Source : Cnam.

Extrait reproduit : Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027*, juillet 2026, figures 50 et 51, p. 136.

Des écarts encore plus forts pour les autres professions

Les écarts territoriaux sont plus forts pour les autres soignants

Rapport entre l'accessibilité des 10 % de la population les mieux dotés et celle des 10 % les moins bien dotés, par profession, 2023 (indicateur d'accessibilité potentielle localisée, APL).



Source : Cour des comptes, La sécurité sociale 2026 (RALFSS), chapitre VI « Les soins dentaires », p. 210, d'après la DREES (APL 2023).

L'accessibilité aux généralistes est 4,1 fois plus élevée pour les 10 % de la population les mieux dotés que pour les 10 % les moins bien dotés. L'écart atteint 6,7 pour les kinésithérapeutes et 7,3 pour les chirurgiens-dentistes. Les aides financières à l'installation n'ont pas corrigé ces déséquilibres : pour les dentistes, la Cour des comptes les juge « globalement inefficaces ». Dans sa communication de

novembre 2025 au Sénat, elle recense une quinzaine d'aides nationales et conventionnelles à l'installation des médecins, pour 205 M€ en 2023. Des régulations existent déjà pour certaines professions : les infirmiers, les kinésithérapeutes (avenant de 2023) et les chirurgiens-dentistes ne peuvent s'installer en zone surdotée qu'en remplacement d'un départ.

L'hôpital de proximité et les collectivités

Les 631 hôpitaux publics de médecine, chirurgie et obstétrique comprennent 79 centres hospitaliers universitaires, 427 centres hospitaliers et 125 anciens hôpitaux locaux ; l'activité des plus petits a reculé de 12,6 % entre 2017 et 2023. Face aux départs de médecins, les communes, intercommunalités, départements et régions financent des maisons et centres de santé, salarient des médecins ou organisent des dispositifs mobiles. Plus de 600 contrats locaux de santé, actifs ou en négociation, couvraient plus de 60 % de la population en 2023, contre 40 % en 2019. Le Sénat propose de renforcer l'échelon départemental des ARS et d'élargir leur pouvoir de dérogation (chapitre 03).

QUESTION OUVERTE · SOUMISE AU DÉBAT PARLEMENTAIRE

Faut-il réguler l'installation des médecins ? Le débat oppose deux logiques. Les partisans d'une régulation, qui existe déjà pour d'autres professions, estiment que les incitations financières ont montré leurs limites et qu'un conventionnement conditionné à l'installation en zone sous-dotée, ou au remplacement d'un départ en zone surdotée, rééquilibrerait l'offre. Ses opposants font valoir que la pénurie est générale, que la contrainte risque de détourner les jeunes médecins de l'exercice libéral et que les déterminants de l'installation sont d'abord le conjoint, l'équipe et le cadre de vie (chapitre 17). Deux propositions de loi ont été adoptées en première lecture en 2025, l'une à l'Assemblée nationale sur la régulation, l'autre au Sénat sur l'accès aux soins dans les territoires. Le projet de loi 2027 retient une mission de solidarité territoriale fondée sur le volontariat (article 21).

À RETENIR

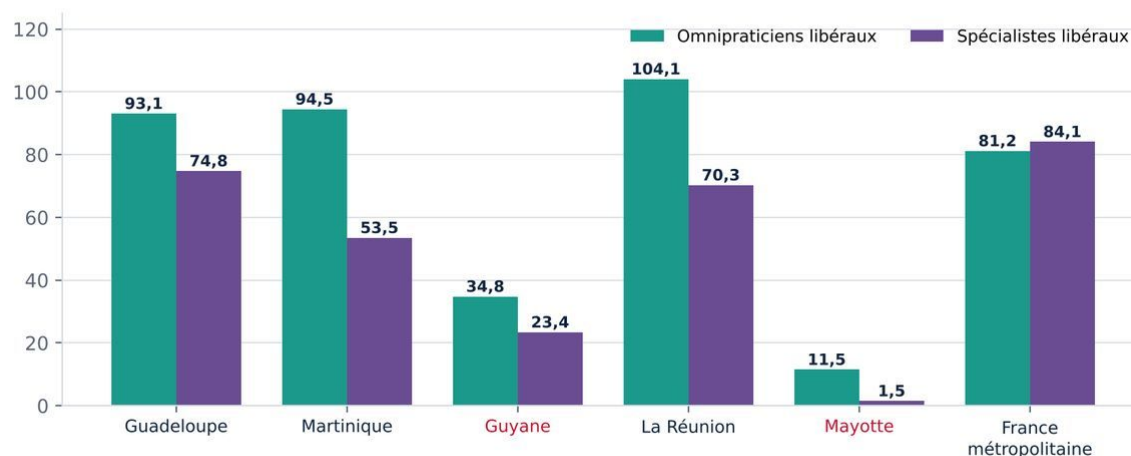
Le problème territorial n'est pas seulement une question de nombre : il tient à la répartition des professionnels, plus inégale encore pour les dentistes, les kinésithérapeutes et les infirmières que pour les généralistes. Les aides à l'installation, nombreuses et dispersées, ont peu corrigé ces écarts.

Sources du chapitre. Conseil national de l'Ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France*, 1er janvier 2026, tome 1 ; Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027*, p. 126, 134-141, 206-221 ; Cour des comptes, RALFSS 2026, chapitre VI, p. 210-211 ; Sénat, délégation aux collectivités territoriales, rapport d'information n° 657 (2025-2026), mai 2026 ; Cour des comptes, *Les aides à l'installation des médecins libéraux*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, novembre 2025 (citée par le Sénat) ; PLFSS 2027, article 21.

16 L'outre-mer

Outre-mer : Guyane et Mayotte décrochent

Densité de médecins libéraux pour 100 000 habitants en 2025.



Source : Assurance maladie, Charges et produits pour 2027, tableau 32 (densités de professionnels de santé libéraux et hospitaliers, 2025).
Spécialistes hospitaliers : 106 à 108 pour 100 000 habitants en Martinique, en Guyane et à La Réunion, 89,1 en Guadeloupe, 29,5 à Mayotte (80,3 en métropole).

Les comptes de la santé de la DREES ne publient pas de série par territoire ultramarin : leur édition 2026 ne mentionne les départements et régions d'outre-mer (DROM) qu'à quelques reprises (urgences en Guadeloupe, remises sur les médicaments, exclusion de Mayotte de certaines données). Le rapport de l'Assurance maladie pour 2027 comble en partie ce manque, avec un chapitre consacré aux DROM. Ses constats dessinent **deux situations très différentes** : les Antilles et La Réunion disposent d'une offre de médecine générale comparable ou supérieure à l'Hexagone, mais affrontent une forte prévalence des maladies chroniques ; la Guyane et Mayotte cumulent pénurie de soignants et indicateurs de santé dégradés.

Une offre de soins très inégale

La densité de généralistes libéraux atteint 104,1 pour 100 000 habitants à La Réunion, 93 à 95 aux Antilles, contre 81,2 en métropole. Elle tombe à 34,8 en Guyane et à **11,5 à Mayotte**, où l'on compte 1,5 spécialiste libéral pour 100 000 habitants. Toute la population de Guyane et de Mayotte vit en zone d'intervention prioritaire. 57 % des adultes de Mayotte qui recourent au secteur libéral n'avaient pas de médecin traitant en 2025, et 38,2 % des patients en ALD. Les hôpitaux compensent en partie, avec 106 à 108 spécialistes hospitaliers pour 100 000 habitants en Martinique, en Guyane et à La Réunion, mais seulement 29,5 à Mayotte. En psychiatrie, Mayotte dispose de 3 lits et places pour 100 000 habitants, contre 129 en métropole.

Tableau 32 : Densités de professionnels de santé libéraux et hospitaliers pour 100 000 habitants, en 2025

Spécialité	Densité de professionnels de santé pour 100 000 habitants						
		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Omnipraticiens	Libéraux	93,1	94,5	34,8	104,1	11,5	81,2
	Hospitaliers	42,3	34,9	50,3	29,9	24,6	24,3
Médecins spécialistes libéraux	Libéraux	74,8	53,5	23,4	70,3	1,5	84,1
	Hospitaliers	89,1	106,9	108,1	106,8	29,5	80,3
Sages-femmes	Libérales	80,0	107,4	66,3	81,2	41,5	57,2
	Hospitalières	137,5	121,4	161,4	136,1	105,3	93,6
Dentistes	Libéraux	78,4	65,8	22,4	68,1	3,5	58,3
	Hospitaliers	0,3	1,1	1,4	0,5	2,1	0,8
Infirmiers	Libéraux	306,9	287,3	112,9	205,8	43,2	141,2
	Hospitaliers	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Masseurs-kinésithérapeutes	Libéraux	221,6	223,5	35,5	193,9	18,6	121,2
	Hospitaliers (2024)	19,5	27,6	8,4	29,8	2,5	18,3
Orthophonistes	Libéraux	31,4	30,7	6,7	52,3	0,0	32,4
	Hospitaliers (2024)	2,7	2,9	1,3	3,0	1,0	2,5
Podologues	Libéraux	17,0	17,8	4,7	9,1	0,6	20,1
	Hospitaliers	0,0	0,6	0,3	0,1	NC	0,1
Orthoptistes	Libéraux	3,4	3,1	1,3	10,9	0,6	5,0
	Hospitaliers (2024)	0,3	0,9	1,0	0,5	0,0	1,1

Champ : Densités de libéraux : professionnels en exercice libéral intégral ou mixte. La densité pour 100 000 habitants est calculée en rapportant nombre de professionnels au 31 décembre de l'année N à la population au 1^{er} janvier de l'année N + 1 estimée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Les densités sont exprimées pour 100 000 habitants à l'exception des sage-femmes pour qui la densité est exprimée pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans.
Densités hospitalières : professionnels salariés hospitaliers exclusifs d'après les données du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS). Densités pour 100 000 habitants calculées en rapportant le nombre de professionnels au 1^{er} janvier de l'année N à la population au 1^{er} janvier de l'année N estimée par l'Insee.
Source : Densités libérales : Cnam (SNDS) ; densités hospitalières : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), population : estimations de l'Insee.

Extrait reproduit : Assurance maladie, Charges et produits pour 2027, juillet 2026, tableau 32, p. 135.

Des besoins de santé plus lourds

Indicateurs de santé dans les DROM

Indicateur	DROM	Hexagone
Diabète traité (prévalence brute, 2024)	Guadeloupe 12,0 % ; Martinique 11,2 % ; La Réunion 9,9 %	6,4 %
Obésité (étude 2024)	22,4 % des habitants	moyenne nationale : 4,3 points de moins
Mortalité infantile	8,0 ‰ (Guyane 9,7 ‰ ; Mayotte 9,2 ‰)	deux fois moins
Mortalité maternelle (2013-2015)	32 pour 100 000 naissances	9,5
État de santé perçu mauvais ou très mauvais	14 % (Antilles, Guyane) ; 21 % (Mayotte)	8 %
Population sous le seuil de pauvreté	environ 34,6 %	15,4 %
Dépistage organisé du cancer colorectal (2025)	Mayotte 1,6 % ; Guyane 3,4 %	36,1 % (régime général)
Contamination au chlordécone	plus de 80 % de la population (Guadeloupe, Martinique)	—

Source : Assurance maladie, Charges et produits pour 2027, p. 66, 70, 73, 76, 81, 134, 147-152 (d'après Insee, Santé publique France, OFEO et SNDS). Prévalences brutes : à âge comparable (standardisées), elles restent de 9,6 à 11,7 % aux Antilles et à La Réunion.

Les dépenses remboursées par personne soignée sont plus élevées aux Antilles (3 868 € en Guadeloupe, contre 3 110 € dans l'Hexagone), notamment parce que les tarifs de consultation y sont majorés de 20 %. Elles sont beaucoup plus faibles en Guyane (2 370 €) et à Mayotte (1 524 €) ; l'Assurance maladie juge toutefois ces comparaisons délicates, l'activité des dispensaires n'y étant pas comptée. Plus de huit téléconsultations sur dix réalisées à Mayotte et en Guyane le sont avec un médecin installé dans l'Hexagone.

Les réponses en cours

- L'Assurance maladie consacre dix de ses quarante-deux propositions pour 2027 aux DROM : dépistages, alignement de la teneur en sucre des produits sur celle de l'Hexagone, prévention chez l'enfant, santé sexuelle, plan diabète inspiré de La Réunion, accès à « Mon soutien psy », téléconsultation assistée et télécabines, diagnostic des maladies vectorielles, distribution des médicaments onéreux et biosimilaires.
- La loi de financement pour 2026 a prévu 0,1 Md€ pour les politiques de soins dans les DROM, via le fonds d'intervention régional ; le projet de loi 2027 ajoute 20 M€ d'investissements outre-mer au fonds de modernisation (article 3).
- Le plan chlordécone IV est doté de 130 M€. Mayotte bénéficie de reports d'échéances sociales après le cyclone Chido (article 4 du projet de loi 2027) ; ses 217 000 assurés sont aujourd'hui exemptés de franchises, une exemption que la Cour des comptes propose de réexaminer.

À RETENIR

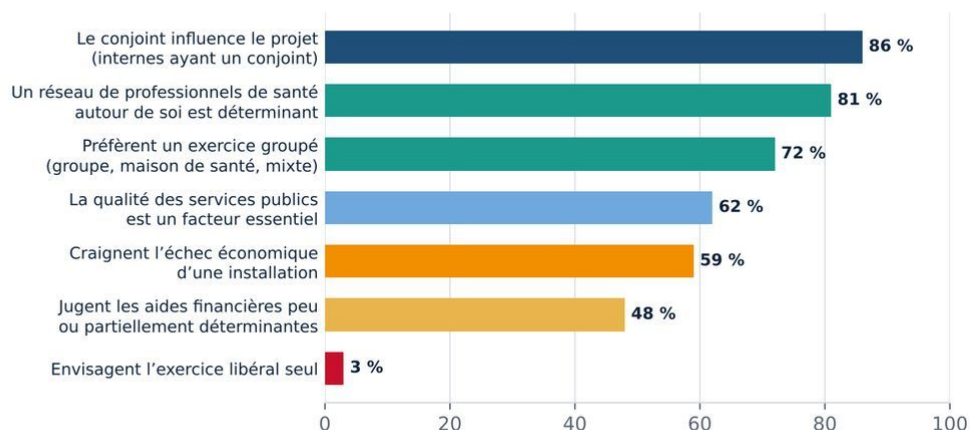
L'outre-mer n'est pas un territoire mais cinq. Les Antilles et La Réunion font face à une forte prévalence de maladies chroniques liées à l'alimentation ; la Guyane et Mayotte cumulent pauvreté, pénurie de soignants et indicateurs de santé dégradés. La statistique nationale des dépenses de santé, elle, reste presque muette sur ces territoires.

Sources du chapitre. Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027*, chapitres 2.2 et 3.4, propositions 7 à 10, 19 à 22, 29 et 30 ; DREES, *Les dépenses de santé en 2025* (absence de série par DROM) ; CCSS, mai 2026, p. 87 ; Cour des comptes, RALFSS 2026, p. 180 et 193 ; PLFSS 2027, articles 3 et 4.

17 Ce que demandent les professionnels

Ce qui décide une installation : le conjoint et l'équipe avant l'argent

Réponses des internes à l'enquête de l'Ordre des médecins et des structures de jeunes médecins (2019, plus de 15 300 répondants), en % des internes concernés.



Source : Conseil national de l'Ordre des médecins et organisations de jeunes médecins, Enquête sur les déterminants de l'installation, communiqué du 11 avril 2019. Qualité des services publics : 62 % des internes, 57 % des remplaçants.

Ce chapitre rassemble les attentes exprimées par les soignants eux-mêmes, à travers les enquêtes de leurs instances et les accords qu'ils ont signés. Il ne préjuge pas des réponses à y apporter.

Les médecins : du temps, une équipe, de la simplicité

L'enquête menée par l'Ordre des médecins avec les organisations de jeunes médecins (2019, plus de 15 300 répondants) reste la référence sur les déterminants de l'installation. Elle montre que **le conjoint et l'équipe pèsent davantage que l'argent** : 86 % des internes en couple disent que leur conjoint influence leur projet, 81 % jugent déterminante la présence d'autres professionnels, 72 % préfèrent un exercice groupé et seulement 3 % envisagent de s'installer seuls. 59 % redoutent l'échec économique d'une installation, et près de la moitié jugent les aides financières peu ou partiellement déterminantes.

Les médecins installés réclament d'abord du **temps médical**. Selon la DREES (août 2026), les généralistes libéraux travaillent en moyenne 46 heures par semaine. Leurs syndicats demandent une simplification administrative (certificats, formulaires, logiciels non interopérables), le développement des assistants médicaux et un soutien à l'exercice coordonné. La convention médicale 2024-2029 a porté la consultation de base à 30 € fin 2024 et créé, au 1er janvier 2026, une consultation longue de déprescription pour les patients de plus de 80 ans prenant au moins dix médicaments.

Les infirmiers, les kinésithérapeutes, les pharmaciens

- **Infirmiers** : reconnaissance de leurs compétences (pratique avancée, accès direct, prescription), revalorisation et effectifs suffisants à l'hôpital. L'avenant conventionnel n° 11 signé au printemps 2026 prévoit 500 M€ sur 2026-2029 pour les infirmiers libéraux. La loi du 29 janvier 2025 impose un nombre minimal de soignants par lit ouvert dans les hôpitaux publics, fixé par décret après avis de la Haute Autorité de santé, à partir du 1er janvier 2027.
- **Kinésithérapeutes** : revalorisation d'honoraires dont la progression a été faible (revenus déclarés en hausse de 0,3 % entre 2015 et 2023), extension de l'accès direct. L'avenant n° 7 a relevé les lettres-clés de 3 % et encadré l'installation en zone surdotée.

- **Pharmaciens** : rémunération des nouvelles missions (vaccination, tests rapides, bilans de médication), régulation des groupements et pérennité du réseau officinal. La convention pharmaceutique est prolongée jusqu'au 9 mai 2028 par le projet de loi 2027 (article 10).
- **Soignants hospitaliers** : stabilité des équipes (la Cour des comptes relève l'instabilité liée à l'intérim et à la précarité des praticiens à diplôme étranger), charge de travail soutenable, rattrapage des carrières après le Ségur de la santé.

Les points de tension

Ce que demandent les professionnels, ce qui existe, ce qui reste discuté

Demande	Ce qui existe ou est prévu	Ce qui reste discuté
Plus de temps médical	Assistants médicaux (109 M€ d'aides en 2025) ; délégations de tâches	Ampleur des délégations ; charge administrative
Rémunération	Consultation à 30 € ; forfaits (près de 20 % des honoraires des médecins)	Calendrier des revalorisations : la Cour des comptes recommande de les échelonner systématiquement
Liberté d'installation	Incitations ; régulation pour d'autres professions ; mission de solidarité territoriale (art. 21)	Régulation de l'installation des médecins (chapitre 15)
Effectifs à l'hôpital	Loi sur les ratios (2025), application en 2027	Contenu des ratios et financement
Simplification	Facturation Sesam-Vitale obligatoire (art. 32), suppression de l'ANDPC (art. 33)	Interopérabilité des logiciels ; place de l'intelligence artificielle

Source : DREES, *Les dépenses de santé en 2025*, fiche 11 ; Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027*, p. 110, 183, 213-221 ; Cour des comptes, RALFSS 2026, recommandation n° 3 ; Cour des comptes, rapport sur la qualité des soins, avril 2026 ; loi n° 2025-74 du 29 janvier 2025 ; PLFSS 2027, articles 10, 21, 22, 32 et 33.

À RETENIR

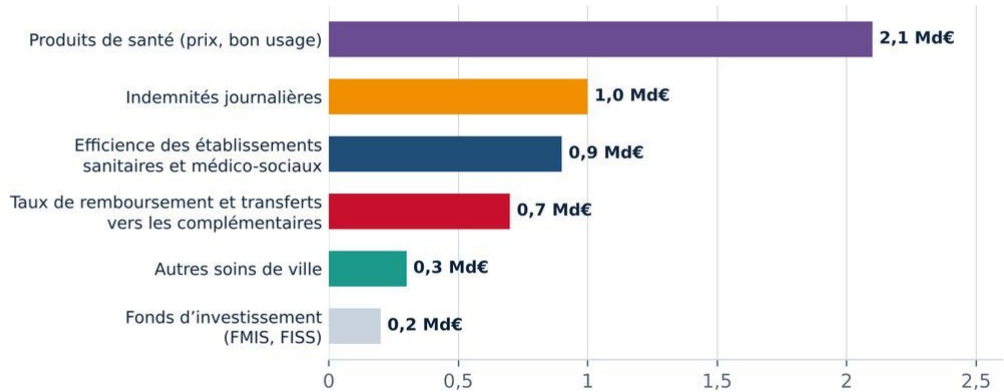
Les attentes exprimées par les soignants portent autant sur l'organisation du travail — moins de contraintes administratives, plus de travail en équipe, la reconnaissance des compétences — que sur la rémunération. Elles rejoignent sur plusieurs points celles des patients : du temps, de la proximité, de la coordination.

Sources du chapitre. Conseil national de l'Ordre des médecins, *Enquête sur les déterminants de l'installation*, 11 avril 2019 ; DREES, Études et résultats n° 1381, août 2026 ; Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027* ; loi n° 2025-74 du 29 janvier 2025 ; PLFSS 2027.

18 Ce qui est en débat

PLFSS 2027 : 5,1 Md€ d'économies, dont 2,1 sur les produits de santé

Mesures d'économies sur l'ONDAM 2027 présentées par le Gouvernement, en milliards d'euros.
Elles financent 1,2 Md€ de mesures nouvelles : la dépense baisse de 3,9 Md€ par rapport à sa tendance.



Source : PLFSS 2027 (n° 3211), rapport annexé et exposé des motifs de l'article fixant l'ONDAM (p. 120-129). Montants arrondis par le Gouvernement ; leur somme ne correspond pas exactement au total publié. S'y ajoutent les hausses de tickets modérateurs décidées en 2026 (1,2 Md€).

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2027 propose un ONDAM en hausse de 2,0 %, grâce à 5,1 Md€ d'économies qui financent aussi 1,2 Md€ de mesures nouvelles (soit 3,9 Md€ de moins que la tendance). L'Assurance maladie a présenté 42 propositions et un plan d'économies de 3,9 Md€ pour 2027. Les questions ci-dessous relèvent du débat parlementaire. Pour chacune, les arguments en présence sont exposés sans être tranchés.

Tableau 60 : Proposition d'économies pour l'année 2027

Thématiques	Rendement 2027	
Organisation et parcours de soins en ville et à l'hôpital	200	
Produits de santé : pertinence de la tarification	1 300	
Régulation sectorielle	300	
Amélioration de l'efficience et de la pertinence des soins	800	
Articulation des financeurs	600	
Indemnités journalières	250	
Lutte contre les fraudes	450	
Total	3 900	

- Maintien d'un quantum d'économies conforme à la trajectoire proposée dans C&P 2026 à hauteur de **3,9 Md€**
- Proposition d'inclure **1,3 Md€ de régulation des prix sur le champ des médicaments** au regard des dynamiques présentées, en particulier sur le champ de l'innovation
- En s'appuyant sur la mise en œuvre des mesures suite aux analyses des performances économiques, proposition d'inclure **~300 M€ d'économies de régulation sectorielle**
- Un objectif de **250 M€ d'économies sur les indemnités journalières** du fait de la montée en puissance des mesures de régulation proposée dans C&P 2026 (cf. slides suivantes)

Extrait reproduit : Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027*, juillet 2026, tableau 60, p. 246.

QUESTION OUVERTE N° 1 · QUEL RYTHME POUR LA DÉPENSE D'ASSURANCE MALADIE ?

La dépense progresserait spontanément de 3,4 % en 2027. Le Gouvernement propose 2,0 % en 2027 puis 2,9 % par an ; la Cour des comptes estime possible un retour à l'équilibre de l'ensemble des comptes de la Sécurité sociale en 2030, moyennant un effort supplémentaire d'environ 6 Md€ par an dont une progression de l'ONDAM comprise entre 2 et 2,5 % par an. La mission indépendante sur la transparence des finances publiques (juillet 2026) retient, à politique inchangée, un ONDAM tendanciel d'environ 3,5 % par an, pour une croissance potentielle de l'ordre de 2,7 % en valeur. Les uns jugent cette trajectoire indispensable pour cesser de financer les soins par la dette ; les autres craignent qu'elle se traduise par des reports de soins, des fermetures de lits et une dégradation des conditions de travail.

QUESTION OUVERTE N° 2 · QUELLE PART POUR LE PATIENT ?

Les plafonds annuels des franchises et participations forfaitaires passent de 50 € à 70 € en 2026, et des tickets modérateurs ont été relevés (1,2 Md€ en 2027). La Cour des comptes suggère un plafond unique de 150 € et un meilleur recouvrement. Les partisans y voient une responsabilisation modeste face à un reste à charge parmi les plus bas de l'OCDE ; les opposants soulignent que, selon la DREES, une hausse des plafonds pèse davantage sur les personnes âgées et malades qu'une hausse des montants unitaires, et que les patients en ALD paient déjà près de deux fois plus de franchises que les autres (Cour des comptes).

QUESTION OUVERTE N° 3 · FAUT-IL RÉFORMER LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE ?

L'IGF et l'IGAS ont étudié plusieurs pistes : recentrer les critères (360 M€ à moyen terme), supprimer certaines exonérations, instaurer un ticket modérateur en ALD (0,3 à 1,3 Md€) ou remplacer le dispositif par un « bouclier sanitaire » plafonnant le reste à charge à 1 000 € par an. Ce bouclier ferait économiser 1,9 Md€, mais 88 % des patients en ALD verraient leur reste à charge augmenter, selon l'actualisation de la DREES. Pour les uns, le dispositif actuel protège mal les malades lourds hors ALD ; pour les autres, il reste le socle de la protection des malades chroniques.

QUESTION OUVERTE N° 4 · COMMENT FINANCER L'HÔPITAL ?

La tarification à l'activité incite à produire des séjours ; les dotations récompensent les missions, pas l'efficacité. Les réformes en cours mêlent les deux. Le débat porte sur la place de la qualité et de la pertinence dans le financement, sur les ratios de soignants à appliquer à partir de 2027, et sur la responsabilité de l'hôpital dans les dépenses qu'il prescrit en ville (transports, médicaments).

QUESTION OUVERTE N° 5 · QUEL RÔLE POUR LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ ?

Les complémentaires financent 12,3 % de la dépense et supportent 52 % des frais de gestion du système (9,2 Md€). Le projet de loi reconduit leur contribution exceptionnelle (1,1 Md€), et le budget 2027 prévoit 0,7 Md€ de baisses de taux de remboursement et de transferts vers elles. L'Assurance maladie propose un contrat « strictement responsable », limité aux garanties minimales du contrat responsable, et ouvre une réflexion sur la prise en charge de nouveaux postes. Les uns y voient une meilleure articulation des financeurs ; les autres craignent une hausse des cotisations, payées par les ménages et les entreprises.

QUESTION OUVERTE N° 6 · QUELLE POLITIQUE DU MÉDICAMENT ?

Les remises confidentielles permettent de payer un prix net inférieur au prix affiché ; leurs critiques estiment qu'elles réduisent la lisibilité de la dépense et le contrôle parlementaire. Le projet de loi 2027 prévoit une réévaluation annuelle du remboursement de médicaments identifiés. Le débat oppose la maîtrise de la dépense, la transparence des prix, l'accès rapide aux innovations et la sécurité d'approvisionnement.

QUESTION OUVERTE N° 7 · QUELLE GOUVERNANCE TERRITORIALE ?

Le Sénat propose de renforcer l'échelon départemental des agences régionales de santé, d'élargir leur pouvoir de dérogation et de garantir un socle de services minimal. Les collectivités financent déjà maisons et centres de santé sans compétence formelle. Le débat porte sur le bon niveau de décision, le rôle des élus et la place des professionnels dans la gouvernance.

QUESTION OUVERTE N° 8 · JUSQU'OÙ ALLER CONTRE LE TABAC ?

L'Assurance maladie propose une « génération sans tabac », comme au Royaume-Uni. La hausse des prix a fait reculer le tabagisme mais nourrit les achats hors du réseau des buralistes (17,7 % de la consommation). Le débat oppose l'efficacité sanitaire de la fiscalité et de l'interdiction progressive, et le risque de contournement aux frontières.

Les principaux articles santé du projet de loi 2027

PLFSS 2027 (n° 3211) : articles relatifs à l'assurance maladie et à la santé

Art.	Objet	Chiffrage annoncé
8	Extension de la taxe sur les boissons sucrées aux produits solides sucrés et transformés	0,3 Md€
9	Contribution de 3,6 % sur les dispositifs médicaux remboursés	non chiffré
10	Groupements de pharmacies ; convention des pharmaciens prolongée	non chiffré
11	Régulation des produits de santé (montant M 22,44 Md€, contribution supplémentaire créée en 2026)	1,7 Md€
12	Contribution des complémentaires santé prorogée pour 2027	1,1 Md€
14	Indemnités journalières maternité prises en charge par la branche famille	1,3 Md€ pour la branche maladie
20	Concertation médecin traitant, médecin du travail, médecin-conseil (arrêts longs)	—
21	Mission de solidarité territoriale (réseau France Santé)	—
22	Forfait par patient en centre de santé ; structures participatives	—
23	Assistance infirmière à la téléconsultation	—
27 à 29	Vaccination, antibiotiques, participation des professionnels aux dépistages	—
30	Adapter le remboursement aux progrès scientifiques ; prescription facultative	—
31	Forfaits en radiothérapie	—
32	Facturation Sesam-Vitale obligatoire, sociétés de téléconsultation et taxis	—
33	Suppression de l'Agence nationale du développement professionnel continu	—
38-39	EHPAD : fusion des sections, intéressement	—
43	ONDAM 2027 : 278,7 Md€ (+2,0 %)	5,1 Md€ d'économies

Source : PLFSS 2027 (n° 3211), déposé à l'Assemblée nationale le 1er octobre 2026, articles et exposés des motifs ; rapport annexé, p. 128-131. — : aucun chiffrage dans l'exposé des motifs.

À RETENIR

Les choix à faire portent moins sur l'existence d'efforts que sur leur répartition : entre patients, complémentaires, professionnels, industriels et contribuables. Chacune des huit questions ci-dessus engage cette répartition.

Sources du chapitre. PLFSS 2027 (n° 3211) ; Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027*, p. 7-8 et 245-246 ; Cour des comptes, RALFSS 2026, chapitres I, III et V ; IGF-IGAS, *Revue de dépenses relative aux affections de longue durée*, juin 2024, erratum du 11 juillet 2025 ; DREES, Les Dossiers n° 135 ; Sénat, rapport d'information n° 657 (2025-2026) ; X. Jaravel, X. Ragot, J.-L. Tavernier, N. Valla, *Mission sur la transparence des finances publiques*, juillet 2026.

19 Questions-pièges et chiffres à manier avec précaution

Certains chiffres circulent largement dans le débat public alors qu'ils sont anciens, mal interprétés ou issus de sources fragiles. Ce chapitre recense les plus fréquents, avec la réponse que permettent les sources officielles.

1. « La France dépense plus que tous ses voisins pour sa santé. »

Non. Avec 11,8 % du PIB en 2025, elle est troisième de l'Union européenne, derrière l'Allemagne (12,7 %) et l'Autriche (11,9 %). Elle se distingue surtout par la part publique de sa dépense et par un reste à charge des ménages parmi les plus bas.

2. « La dépense de santé représente 11,4 % du PIB. »

C'était le chiffre de l'ancienne base. Depuis l'édition 2026 des comptes de la santé, qui intègre l'hébergement en soins de longue durée, la DREES publie 11,8 % pour 2025. Les séries ont été révisées : il ne faut pas comparer des chiffres de bases différentes.

3. « Les ALD coûtent 112 Md€. »

C'est la dépense totale des patients en ALD en 2021 (67 % des dépenses d'assurance maladie), pas le coût du dispositif. Le coût propre de l'exonération du ticket modérateur était de 15,0 Md€ en 2021 selon l'IGF et l'IGAS ; la DREES l'estime à 19,7 Md€ en 2025.

4. « Un acte médical sur trois est inutile. »

Ce chiffre, repris depuis plus de dix ans, provient d'un sondage d'opinion réalisé auprès de médecins pour la FHF en 2012 ; ce n'est pas une mesure. La Cour des comptes évalue les soins inutiles ou à faible valeur à l'hôpital à 22 Md€ en appliquant des ratios de l'OCDE, en le présentant comme un ordre de grandeur.

5. « Six millions de Français n'ont pas de médecin traitant. »

L'ordre de grandeur circule, mais sa définition varie. Le chiffre officiel le plus récent est un taux : 11,5 % des patients de 17 ans et plus ayant consulté en ville fin 2024, et 4,3 % des patients en ALD (Assurance maladie, figure 51).

6. « 87 % du territoire est un désert médical. »

Plus de 85 % des communes sont classées en zone d'intervention prioritaire ou en zone d'action complémentaire. Ce zonage déclenche des aides ; il ne mesure pas l'absence de médecin. La catégorie la plus fragile (ZIP) concerne 29 % des habitants de l'Hexagone.

7. « La contrebande de tabac coûte plus de 10 Md€. »

Les estimations élevées proviennent d'études financées par l'industrie du tabac. L'étude publique TAFE (douanes et MILDECA, octobre 2025) retient 17,7 % de consommation non taxée en 2023 et 4,3 Md€ de recettes perdues, avec une fourchette de 2,8 à 5,8 Md€. Ces 4,3 Md€ représentent environ un quart des recettes qu'aurait procurées la taxation de tout le tabac consommé en 2023 (calcul Élysée Conseils) ; il ne faut pas les rapporter aux recettes d'une autre année.

8. « Le déficit des hôpitaux est de X Md€. »

Trois chiffres provisoires coexistent pour 2025 : 2,7 Md€ (tous budgets), 2,6 Md€ (budget principal) et 2,3 Md€ (DREES). Il faut citer la source et le périmètre.

9. « Les laboratoires reversent 1,7 Md€ au titre de la clause de sauvegarde. »

Non. La clause de sauvegarde aurait rapporté 1,8 Md€ en 2025 (chiffre provisoire). Les 1,7 Md€ attendus en 2027 correspondent à la contribution supplémentaire sur le chiffre d'affaires, créée en 2026 et reconduite par l'article 11 du projet de loi. Les remises, elles, dépassent 10 Md€.

10. « Le plafond des franchises double, de 100 à 200 €. »

Le projet de loi 2027 mentionne une hausse des plafonds des franchises et des participations forfaitaires de 50 € à 70 €, décidée par voie réglementaire en 2026. Le doublement des plafonds évoqué avant le dépôt du texte n'est pas ce que celui-ci retient.

11. « Les 65 ans et plus représentent 44 % de la population. »

Ce chiffre figure dans une fiche de la DREES, mais il s'agit vraisemblablement d'une erreur : les 65 ans et plus représentent environ 22 % de la population selon l'Insee, repris par l'Assurance maladie. Ils concentrent 55 % de la dépense de santé.

12. « Le reste à charge des Français est de 292 € par an. »

C'était le chiffre 2024 de l'ancienne édition, sur le champ des soins et biens médicaux. En 2025, la DREES publie 286 € sur ce champ dans son graphique (288 € dans son texte) et 495 € sur l'ensemble de la dépense, soins de longue durée compris.

À RETENIR

Un chiffre de santé n'a de sens qu'avec son périmètre (DCSi, CSBM, ONDAM, branche maladie, régime général), son année et sa source. La plupart des contradictions apparentes du débat public tiennent à la confusion de ces trois éléments.

Sources du chapitre. DREES, *Les dépenses de santé en 2025*, édition 2026 ; IGF-IGAS, revue de dépenses ALD (2024, erratum 2025) ; Cour des comptes, rapport sur la qualité des soins, avril 2026 ; Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027* ; DGDDI-MILDECA, étude TAFE, octobre 2025 ; PLFSS 2027 ; Sénat, rapport n° 657 (citant la Cour des comptes, 2023).

A1 Chiffres confrontés : quand les sources divergent

Les rapports utilisés pour ce dossier ne donnent pas toujours le même chiffre pour la même réalité apparente. Dans la grande majorité des cas, l'écart s'explique par le périmètre (régime général ou tous régimes, ville ou ensemble, brut ou net), l'année ou la date de publication. Le tableau ci-dessous recense les écarts rencontrés et indique le chiffre retenu dans le dossier.

Écarts entre sources et chiffres retenus

Sujet	Source A	Source B (et autres)	Explication · chiffre retenu
Dépense de santé / PIB	11,4 % (DREES, édition 2025, année 2024)	11,8 % (DREES, édition 2026, année 2025)	Changement de base : l'hébergement en soins de longue durée est désormais intégré. Retenu : 11,8 %.
Reste à charge par habitant	292 € (CNS édition 2025, année 2024, champ CSBM)	286 € (CSBM 2025, graphique ; 288 € dans le texte) ; 495 € (DCSi 2025)	Deux champs : CSBM ou dépense courante. Retenu : 495 € (DCSi), 286 € (CSBM) précisé.
Financement Sécurité sociale	249,2 Md€ (DREES, DCSi)	260,9 Md€ (charges CNAM-Maladie) ; 262,6 Md€ (branche, tous régimes)	La DCSi exclut les indemnités journalières et l'invalidité ; la branche les inclut. Les trois sont justes.
Recettes de la branche maladie	245,0 Md€ (régime général)	246,7 Md€ (tous régimes de base)	Périmètre. Déficit identique : 15,9 Md€.
Déficit des hôpitaux publics 2025	2,7 Md€ (DGOS, tous budgets)	2,6 Md€ (Cour des comptes, budget principal) ; 2,3 Md€ (DREES)	Données provisoires, champs différents. Retenu : 2,7 Md€ avec mention des autres.
Transports de patients	6,9 Md€ (DREES 2025)	6,3 Md€ (CCSS, ONDAM) ; 6,15 Md€ (Cour, 2024) ; 5,9 Md€ (régime général)	Tous financeurs ou Assurance maladie seule ; avec ou sans garde ambulancière et transport urgent.
Remises des laboratoires	6,2 Md€ (DREES, médicaments de ville)	10,5 Md€ (DREES, tous médicaments, hors clause) ; 10,7 Md€ (Cour) ; 12,8 Md€ (CCSS, avec clause)	Périmètres successifs. Toujours préciser lequel.
Clause de sauvegarde	1,8 Md€ (rendement 2025, provisoire)	1,7 Md€ (contribution supplémentaire, art. 11)	Deux instruments distincts.
Franchises et participations	2,8 Md€ (DREES, à la charge des ménages)	2,5 Md€ (Cour, rendement tous régimes)	Méthodes différentes (dépense ou recouvrement).
Plafonds des franchises	50 € → 70 € (PLFSS 2027, mesure réglementaire 2026)	doublement des plafonds (annonces antérieures au dépôt du texte)	Le texte déposé fait foi : 50 € → 70 €.
Coût du « 100 % ALD »	15,0 Md€ (IGF-IGAS, 2021, après erratum ; 11,3 Md€ avant)	19,7 Md€ (DREES, 2025)	Années et méthodes différentes.
Maladies chroniques	63 % de 212,6 Md€ (soins courants inclus)	65,1 % de 206,2 Md€ (hors soins courants)	Dénominateur différent. Retenu : 63 %.
Part des 65 ans et plus dans la population	44 % (DREES, fiche 31)	22 % (Insee, repris par l'Assurance maladie)	Erreur probable de la DREES. Retenu : 22 %.
Généralistes à Mayotte	9,7 pour 100 000 (CNAM, texte p. 134)	11,5 (CNAM, tableau 32)	Incohérence interne. Retenu : tableau 32.

Sujet	Source A	Source B (et autres)	Explication · chiffre retenu
Consultation à 30 €	22 décembre 2024 (DREES, CCSS)	« fin 2025 » (CNAM, p. 10)	Erreur probable de la CNAM. Retenu : 22 décembre 2024.
Kinésithérapeutes	95 100 (DREES, hors salariés hospitaliers)	84 528 (CNAM, libéraux facturant)	Champs différents.
ONDAM tendanciel	3,4 % (PLFSS 2027)	≈ 3,5 % par an (mission sur la transparence des finances publiques)	Hypothèses différentes ; ordre de grandeur concordant.
Prévention / DCSi	2,6 % (DREES, tableau)	« 3 % » (DREES, texte arrondi)	Arrondi. Retenu : 2,6 %.
Tabac non taxé	4,3 Md€ de recettes perdues (2023)	rapporté à tort aux taxes d'une autre année	Rapporter aux recettes potentielles de 2023 (≈ un quart, calcul Élysée Conseils).

Source : Sources détaillées dans les chapitres et en annexe A4.

Corrections apportées à nos publications antérieures

- La part de la dépense de santé dans le PIB, publiée à **11,4 %** dans nos documents de constat de l'été 2026 (base ancienne, année 2024), est désormais de **11,8 %** pour 2025 dans la nouvelle base de la DREES.
- Le relèvement du plafond des franchises, présenté dans nos documents de l'été 2026 comme un passage **de 100 à 200 €**, est décrit dans le projet de loi 2027 comme une hausse des plafonds **de 50 € à 70 €**.
- Les chiffres de reste à charge par habitant (292 €) et de consommation de soins (255 Md€) issus de l'édition 2025 des comptes de la santé sont remplacés par ceux de l'édition 2026.

A2 Les quinze chiffres à retenir

Chiffre	Ce qu'il mesure	Source
353,2 Md€	Dépense courante de santé en 2025, soit 11,8 % du PIB et environ 5 100 € par habitant	DREES, 2026
3e	Rang de la France dans l'Union européenne pour la dépense de santé rapportée au PIB	DREES, 2026
15,9 Md€	Déficit de la branche maladie en 2025 ; 6 € sur 100 dépensés sont empruntés	CCSS, mai 2026
278,7 Md€	ONDAM proposé pour 2027 (+2,0 %), avec 5,1 Md€ d'économies	PLFSS 2027
626 M€	Charges financières de la branche maladie en 2025 (18 M€ en 2022)	Assurance maladie
495 €	Reste à charge moyen par habitant en 2025 (9,7 % de la dépense)	DREES, 2026
55 %	Part de la dépense de santé consacrée aux 65 ans et plus	DREES, 2026
25,6 millions	Personnes soignées pour une maladie chronique en 2024 (63 % des remboursements)	Assurance maladie
19,7 Md€	Surcoût du dispositif des affections de longue durée en 2025	DREES, 2026
11,5 %	Patients adultes sans médecin traitant fin 2024	Assurance maladie
2,7 Md€	Déficit des hôpitaux publics en 2025 (provisoire, tous budgets)	DGOS, via Assurance maladie
30 000	Patients hospitalisés chaque jour sans nécessité médicale (coût net : 4,2 Md€)	Cour des comptes, 2026
16,2 %	Part des remises dans la dépense brute de médicaments en ville (2,3 % en 2015)	DREES, 2026
2,6 %	Part de la prévention dans la dépense de santé (9,2 Md€)	DREES, 2026
× 7,3	Écart d'accessibilité aux dentistes entre les 10 % les mieux et les moins bien dotés (× 4,1 pour les généralistes)	Cour des comptes, 2026

Source : Voir les chapitres correspondants pour le détail des sources et des périmètres.

A3 Lexique des sigles

Sigle	Signification
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale, devenue Urssaf Caisse nationale
ALD	Affection de longue durée (prise en charge à 100 % des soins liés à la maladie)
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APL	Accessibilité potentielle localisée (indicateur d'accès aux soignants)
ARS	Agence régionale de santé
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CCSS	Commission des comptes de la Sécurité sociale
CEPS	Comité économique des produits de santé (négocie le prix des médicaments)
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNRACL	Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (dont agents hospitaliers)
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSBM	Consommation de soins et de biens médicaux
CSG	Contribution sociale généralisée
DCSi	Dépense courante de santé au sens international
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DROM	Départements et régions d'outre-mer
DSS	Direction de la Sécurité sociale
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FIR	Fonds d'intervention régional
FMIS	Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS	Haute Autorité de santé
IGAS / IGF	Inspection générale des affaires sociales / Inspection générale des finances
IJ	Indemnités journalières (arrêts de travail)
IPA	Infirmier en pratique avancée
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique (court séjour hospitalier)
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OPTAM	Option de pratique tarifaire maîtrisée (secteur 2)
PDSA	Permanence des soins ambulatoires (gardes)
PLFSS / LFSS	(Projet de) loi de financement de la Sécurité sociale
RALFSS	Rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale

Sigle	Signification
ROBSS	Régimes obligatoires de base de la Sécurité sociale
SAS	Service d'accès aux soins
SLD	Soins de longue durée
SMR	Soins médicaux et de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
TAFE	Étude sur le tabac échappant à la fiscalité (douanes et MILDECA)
VSL	Véhicule sanitaire léger
ZIP	Zone d'intervention prioritaire (zonage des ARS)

A4 Bibliographie et sources

Les sources sont classées par nature. La première partie recense les documents cités dans le dossier ; la seconde, les documents consultés pendant les travaux préparatoires du chapitre santé du Projet 2027 (juin à octobre 2026), y compris ceux qui n'ont finalement pas été retenus, avec la raison de leur mise à l'écart. Les adresses électroniques sont données lorsqu'elles ont été vérifiées.

1. Sources citées

Statistique publique

DREES, *Les dépenses de santé en 2025 — Résultats des comptes de la santé*, édition 2026, collection Panoramas de la DREES (265 p.) : vue d'ensemble, tableaux 1 et 2, fiches 2 à 31. drees.solidarites-sante.gouv.fr

DREES, *Les dépenses de santé en 2024*, édition 2025 : fiche 21 « Le reste à charge des ménages » et infographie (données antérieures au changement de base, utilisées pour les comparaisons).

DREES, A. Fauchon et O. Bonnet, *Dérembourser des soins pour maîtriser la dépense de santé : qui paie ?*, Les Dossiers de la DREES n° 135, février 2026.

DREES, J.-É. Thomas, « Les médecins généralistes libéraux travaillent en moyenne 46 heures par semaine en 2025 », *Études et résultats* n° 1381, août 2026.

Insee et DREES, « 700 000 seniors en perte d'autonomie supplémentaires d'ici 2050 », 22 octobre 2025. drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/700-000-seniors-en-perte-dautonomie-supplementaires-dici-2050

Sécurité sociale et lois de financement

Commission des comptes de la Sécurité sociale, *Les comptes de la Sécurité sociale — Résultats 2025, prévisions 2026*, mai 2026 (256 p.) : fiches 2.2, 2.3 et 4.3 (tableau 2 « Charges et produits nets de la CNAM-Maladie », p. 157).

Assemblée nationale, *Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2027*, n° 3211, déposé le 1er octobre 2026 : articles 1 à 48, exposés des motifs et rapport annexé (138 p.).

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025, annexe 3, tableau 9 (impôts et taxes affectés à la Sécurité sociale).

Loi n° 2025-74 du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé.

Assurance maladie, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses — Propositions de l'Assurance maladie pour 2027* (« Charges et produits pour 2027 »), juillet 2026 (341 p.).

Cour des comptes et inspections

Cour des comptes, *La sécurité sociale 2026 — Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale*, mai 2026 (381 p.) : chapitres I à III, V (franchises), VI (soins dentaires), VII (transports de patients), VIII (hospitalisations inadéquates). [ccomptes.fr](https://c.ccomptes.fr)

Cour des comptes, *La politique d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé*, rapport public thématique, évaluation de politique publique, avril 2026.

Cour des comptes, *Le bon usage des produits de santé*, rapport public thématique, septembre 2025.

IGF et IGAS, *Revue de dépenses relative aux affections de longue durée — Pour un dispositif plus efficient et équitable*, juin 2024 (n° 2023-M-109-03 et 2023-126R), erratum du 11 juillet 2025. [igas.gouv.fr/sites/igas/files/2025-07/Rapport%20Igas-IGF%20affections%20longue%20dur%C3%A9e%20\(revue%20de%20d%C3%A9penses\).pdf](https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/2025-07/Rapport%20Igas-IGF%20affections%20longue%20dur%C3%A9e%20(revue%20de%20d%C3%A9penses).pdf)

X. Jaravel, X. Ragot, J.-L. Tavernier, N. Valla, *Mission sur la transparence des finances publiques — Situation tendancielle des finances publiques à horizon 2030*, juillet 2026.

Parlement

Sénat, délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation, rapport d'information n° 657 (2025-2026), *Réforme des ARS : construire la proximité*, mai 2026 (rapport intégral et synthèse).

Autres organismes

Direction générale des douanes et droits indirects et MILDECA, C. Ben Lakhdar et S. Massin, étude TAFE sur le tabac acheté hors du réseau des buralistes et non taxé, octobre 2025.

Conseil national de l'Ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France — Situation au 1er janvier 2026*, tome 1. conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/CNOM-ATLAS-DEMOGRAPHIE-2026-TOME-1.pdf

Conseil national de l'Ordre des médecins et organisations de jeunes médecins (ANEMF, ISNAR-IMG, ISNI, ReAGJIR, SNJMG), *Enquête sur les déterminants de l'installation*, communiqué du 11 avril 2019. isnar-img.com/wp-content/uploads/CNOM_CP-INSTALLATION-JEUNES-MEDECINS_110419.pdf

Fédération hospitalière de France et Ipsos BVA, *3e baromètre de l'accès aux soins*, 17 mars 2026. fhf.fr/sites/default/files/2026-03/202603_FHF_CP_17mars.pdf

OCDE, *Health at a Glance 2025* et statistiques de la santé (cités par la DREES et l'Assurance maladie).

Royaume-Uni, *Tobacco and Vapes Act 2026*, 21 avril 2026 (cité par l'Assurance maladie).

2. Sources consultées lors des travaux préparatoires

Cour des comptes, *L'accès aux études de santé — Quatre ans après la réforme, une simplification indispensable*, 11 décembre 2024 (formation et répartition des futurs médecins).

Cour des comptes, *Les aides à l'installation des médecins libéraux*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, novembre 2025 (citée par le Sénat : une quinzaine d'aides pour 205 M€ en 2023).

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, avis de 2018 sur l'organisation des soins de proximité (cité par le Sénat).

Assemblée nationale, proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane, adoptée en première lecture en mai 2025 ; Sénat, proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires, adoptée le 13 mai 2025.

Assemblée nationale, proposition de loi transpartisane visant à instaurer une « génération sans tabac », novembre 2025.

BVA pour l'Alliance contre le tabac, enquête d'opinion sur l'interdiction progressive de la vente de tabac, novembre 2024 (sondage d'opinion, non utilisé comme donnée).

DREES, enquête EpiCov et travaux sur la santé mentale des jeunes adultes.

DREES, *Les retraités et les retraites*, édition 2025 ; Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, travaux sur les besoins en places et en personnels (utilisés pour le dossier Grand âge).

France Stratégie et Haut-commissariat à la stratégie et au plan, travaux sur la transition écologique (approche « Une seule santé » et notion d'exposome).

The Shift Project, plan pour une économie française robuste « Réussir dans l'incertitude » (PREF), avril 2026, et présentation « Transition robuste » du 14 avril 2026 (cadre général).

Conseil économique, social et environnemental, *Cannabis : sortir du statu quo, vers une légalisation encadrée*, avis du 24 janvier 2023 (hors du champ de ce dossier).

FIPECO, fiche « La charge d'intérêts de la dette publique », mai 2026 (contexte de la dette sociale).

3. Sources écartées

Estimations du marché parallèle du tabac réalisées par un cabinet de conseil pour un fabricant de tabac (part de consommation non taxée et pertes fiscales nettement supérieures) : écartées au profit de l'étude publique TAFE.

Sondage de 2012 réalisé pour la FHF auprès de médecins sur la proportion d'actes « injustifiés » : opinion, et non mesure ; non retenu comme chiffre.

Chiffres de presse sur le projet de loi 2027 antérieurs au dépôt du texte (ONDAM à +2,1 %, 2,15 Md€ d'économies) : remplacés par le texte officiel (+2,0 %, 5,1 Md€).

F Douze fiches pour l'essentiel

Chaque fiche résume un sujet en une page : quatre chiffres sourcés, ce qu'il faut savoir, et la question qui fait débat. Elles renvoient aux chapitres du dossier pour le détail et peuvent être utilisées séparément.

Liste des fiches

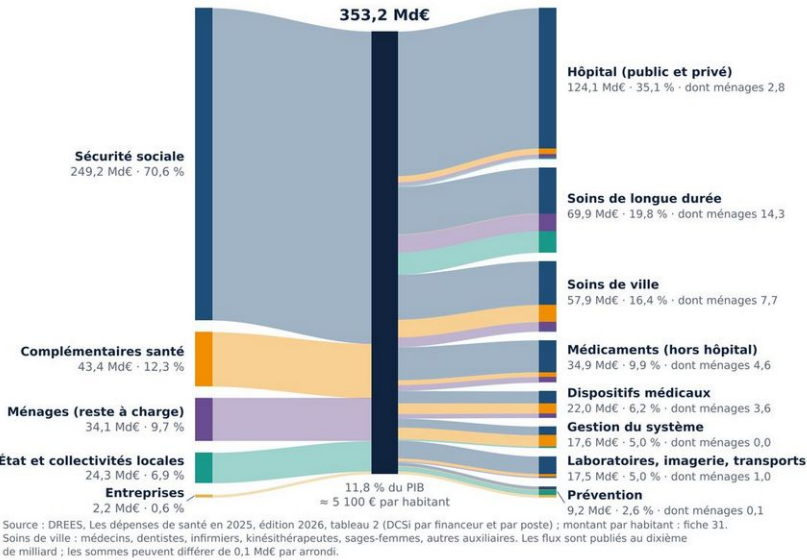
N°	Fiche	Chapitres
1	Le budget de la santé en un coup d'œil	01, 02, 04
2	Le déficit de l'Assurance maladie et la dette sociale	05
3	Le budget 2027 (PLFSS)	05, 18
4	Le reste à charge et les franchises	04, 18
5	Les affections de longue durée	04, 13, 18
6	L'accès au médecin	08, 15
7	L'hôpital	09
8	Le médicament	10
9	Les transports de patients	11
10	La prévention et le tabac	12
11	Le grand âge	14
12	L'outre-mer	16

FICHE 1 Le budget de la santé en un coup d'œil

La France consacre 353,2 Md€ à sa santé, dont plus des deux tiers sont financés par la Sécurité sociale.

Qui paie, pour quoi : 353 milliards d'euros de dépenses de santé

Dépense courante de santé au sens international (DCSi), France, 2025, en milliards d'euros.
À gauche les financeurs, à droite les postes de dépense ; chaque flux de droite garde la couleur de ses financeurs.



Chiffre	Ce qu'il mesure	Source
353,2 Md€	Dépense courante de santé 2025 (11,8 % du PIB, ≈ 5 100 €/hab.)	DREES
70,6 %	Part financée par la Sécurité sociale (249,2 Md€)	DREES
12,3 % · 9,7 %	Parts des complémentaires santé et des ménages	DREES
35,1 %	Part de l'hôpital, premier poste (124,1 Md€)	DREES

Ce qu'il faut savoir

- La France est troisième de l'Union européenne pour la dépense de santé rapportée au PIB, derrière l'Allemagne et l'Autriche.
- Les soins de longue durée (69,9 Md€, +4,7 % en 2025) sont, avec la prévention (+6,8 %), le poste le plus dynamique.
- La branche maladie vit de cotisations et de CSG sur les revenus d'activité (59 % de ses recettes en 2024), puis de TVA affectée (20 %) et de taxes comportementales.
- Quatre agrégats coexistent (DCSi, CSBM, ONDAM, branche maladie) : il faut toujours préciser lequel on cite.

LA QUESTION EN DÉBAT

La dépense progresse plus vite que la richesse nationale. Faut-il l'accepter comme le prix du vieillissement, ou la contenir ?

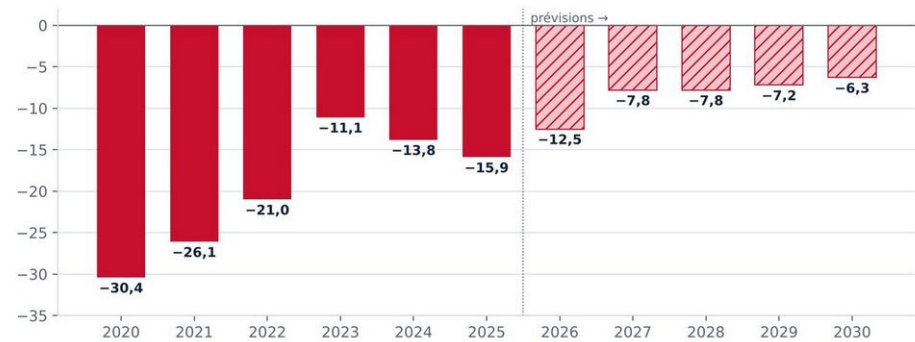
Sources. DREES, *Les dépenses de santé en 2025* ; Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027*, figure 2. Chapitres 01, 02 et 04.

FICHE 2 Le déficit de l'Assurance maladie et la dette sociale

L'Assurance maladie emprunte 6 € sur 100 qu'elle dépense, et cette dette coûte de nouveau des intérêts.

Le déficit de l'Assurance maladie ne se refermerait pas avant 2030

Solde de la branche maladie, en milliards d'euros. 2020-2025 constaté ; 2026 à 2030 : prévisions du projet de loi 2027 (hachuré).



Source : Assurance maladie, Charges et produits pour 2027, figure 3 (2020-2023) ; CCSS, mai 2026 (2024-2025) ; PLFSS 2027 (n° 3211), rapport annexé, tableau « Recettes, dépenses et soldes des régimes obligatoires de base » (2026-2030, tous régimes de base ; 2025 : -15,9 Md€ dans les deux champs). La CCSS de mai 2026 prévoyait -13,8 Md€ en 2026, avant les mesures du projet de loi.

Chiffre	Ce qu'il mesure	Source
15,9 Md€	Déficit de la branche maladie en 2025	CCSS
21,6 Md€	Déficit des régimes de base et du FSV en 2025 (doublé en deux ans)	Cour des comptes
6,3 Md€	Déficit de la branche maladie encore prévu en 2030	PLFSS 2027
626 M€	Charges financières de la branche maladie en 2025 (18 M€ en 2022)	Assurance maladie

Ce qu'il faut savoir

- Le déficit a culminé à 30,4 Md€ en 2020 (crise sanitaire), est redescendu à 11,1 Md€ en 2023, puis s'est de nouveau creusé.
- La CADES doit encore amortir 121,7 Md€ d'ici 2033 ; l'Urssaf Caisse nationale porte 59,4 Md€ de déficits récents, dont 30,5 Md€ pour la maladie.
- La Cour des comptes juge possible l'équilibre de l'ensemble des comptes sociaux en 2030, avec environ 6 Md€ d'effort supplémentaire par an, dont un ONDAM entre 2 et 2,5 %.

LA QUESTION EN DÉBAT

Faut-il viser l'équilibre de l'Assurance maladie, et à quel horizon, ou accepter un déficit durable financé par la dette ?

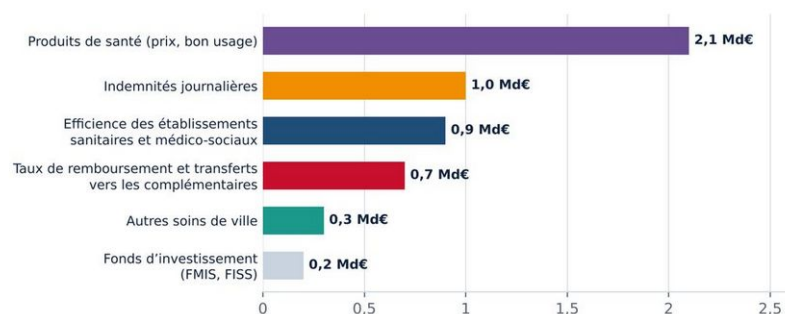
Sources. CCSS, mai 2026 ; Cour des comptes, RALFSS 2026, chapitre I ; PLFSS 2027, rapport annexé ; Assurance maladie, p. 12. Chapitre 05.

FICHE 3 Le budget 2027 (PLFSS)

Le projet de loi propose 278,7 Md€ pour l'ONDAM 2027, en hausse de 2,0 %, au prix de 5,1 Md€ d'économies brutes (3,9 Md€ nettes des mesures nouvelles).

PLFSS 2027 : 5,1 Md€ d'économies, dont 2,1 sur les produits de santé

Mesures d'économies sur l'ONDAM 2027 présentées par le Gouvernement, en milliards d'euros.
Elles financent 1,2 Md€ de mesures nouvelles : la dépense baisse de 3,9 Md€ par rapport à sa tendance.



Source : PLFSS 2027 (n° 3211), rapport annexé et exposé des motifs de l'article fixant l'ONDAM (p. 120-129). Montants arrondis par le Gouvernement ; leur somme ne correspond pas exactement au total publié. S'y ajoutent les hausses de tickets modérateurs décidées en 2026 (1,2 Md€).

Chiffre	Ce qu'il mesure	Source
278,7 Md€	ONDAM 2027 proposé (+2,0 % ; tendance : +3,4 %)	PLFSS 2027
5,1 Md€	Économies, dont 2,1 sur les produits de santé et 1,0 sur les arrêts de travail	PLFSS 2027
7,8 Md€	Déficit prévu de la branche maladie en 2027	PLFSS 2027
1,1 Md€	Contribution exceptionnelle des complémentaires reconduite	PLFSS 2027, art. 12

Ce qu'il faut savoir

- Les recettes : taxe étendue aux produits sucrés (0,3 Md€), contribution sur les produits de santé reconduite (1,7 Md€), rendement de la fiscalisation partielle des indemnités journalières.
- Les mesures d'organisation : mission de solidarité territoriale (art. 21), forfaits en centres de santé (art. 22), Sesam-Vitale obligatoire (art. 32), suppression de l'ANDPC (art. 33).
- Des mesures réglementaires de 2026 pèsent en 2027 : hausse des plafonds de franchises de 50 à 70 € et des tickets modérateurs (1,2 Md€).

LA QUESTION EN DÉBAT

La répartition de l'effort entre patients, complémentaires, industriels et professionnels est-elle équilibrée ?

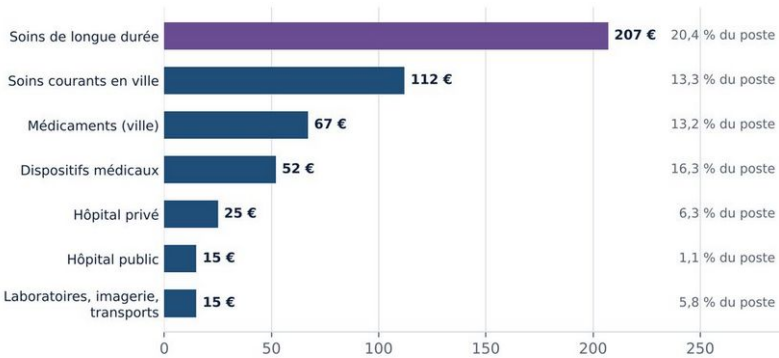
Sources. PLFSS 2027 (n° 3211), articles 8 à 43 et rapport annexé, p. 128-131. Chapitres 05 et 18.

FICHE 4 Le reste à charge et les franchises

Les Français paient directement moins de 10 % de leur dépense de santé, mais les écarts sont forts selon l'âge et la maladie.

Le reste à charge pèse d'abord sur le grand âge

Reste à charge des ménages par habitant en 2025, en euros, et part de la dépense du poste restant à leur charge.
Total : 495 € par habitant, soit 9,7 % de la dépense courante de santé.



Source : DREES, Les dépenses de santé en 2025, édition 2026, graphique 7 (vue d'ensemble). Hors prévention (quelques euros).

Chiffre	Ce qu'il mesure	Source
495 €	Reste à charge moyen par habitant en 2025 (9,7 % de la DCSi)	DREES
207 €	Dont soins de longue durée, premier poste	DREES
2,8 Md€	Franchises et participations forfaitaires payées en 2025	DREES
78 € / 41 €	Franchises payées par an : assuré en ALD / autre assuré	Cour des comptes

Ce qu'il faut savoir

- Sur le seul champ des soins et biens médicaux, le reste à charge (7,7 %) est l'un des plus bas de l'OCDE.
- Les dépassements d'honoraires atteignent 13,0 Md€, dont 7,8 Md€ pour les soins dentaires ; ils sont en grande partie remboursés par les complémentaires.
- Les plafonds annuels des franchises et participations passent de 50 à 70 € en 2026. Selon la DREES, relever les plafonds pèse plus sur les personnes âgées et malades que relever les montants unitaires.

LA QUESTION EN DÉBAT

Faut-il demander davantage aux patients pour financer l'Assurance maladie, et selon quelles règles de protection ?

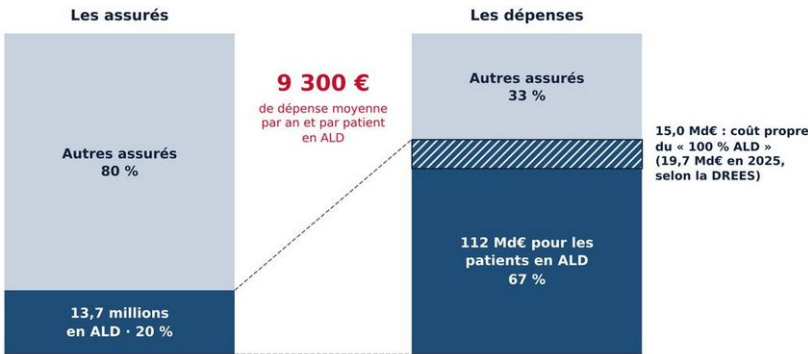
Sources. DREES, *Les dépenses de santé en 2025* et Dossiers n° 135 ; Cour des comptes, RALFSS 2026, chapitre V ; PLFSS 2027, p. 4. Chapitres 04 et 18.

FICHE 5 Les affections de longue durée

Un assuré sur cinq est en ALD ; ces patients concentrent les deux tiers des dépenses de l'Assurance maladie.

Affections de longue durée : 20 % des assurés, 67 % des dépenses

Assurés et dépenses d'assurance maladie en 2021. En hachuré : le coût propre de l'exonération du ticket modérateur (le « 100 % »), qui ne représente qu'une petite partie des dépenses des patients en ALD.



Source : IGF-IGAS, Revue de dépenses relative aux affections de longue durée, juin 2024 (erratum du 11 juillet 2025) : 13,7 millions de personnes en ALD, 112 Md€ de dépenses (67 %), 9 300 € par patient et par an, coût de l'exonération du ticket modérateur 15,0 Md€ (2021). DREES, Les dépenses de santé en 2025, édition 2026 : surcoût du « 100 % ALD » estimé à 19,7 Md€ en 2025 (méthode différente).

Chiffre	Ce qu'il mesure	Source
13,7 millions	Personnes en ALD en 2021 (20 % de la population)	IGF-IGAS
67 %	Part des dépenses d'assurance maladie (112 Md€ en 2021)	IGF-IGAS
19,7 Md€	Surcoût spécifique du dispositif en 2025	DREES
18 millions	Personnes en ALD projetées en 2035	Assurance maladie

Ce qu'il faut savoir

- Le dispositif exonère du ticket modérateur les soins liés à l'affection ; la dépense moyenne d'un patient en ALD est de 9 300 € par an.
- Il ne faut pas confondre la dépense des patients en ALD (112 Md€) et le coût du dispositif (15 à 19,7 Md€).
- Un « bouclier sanitaire » à 1 000 € économiserait 1,9 Md€ mais augmenterait le reste à charge de 88 % des patients en ALD.

LA QUESTION EN DÉBAT

Faut-il réformer les ALD (critères, ticket modérateur, bouclier sanitaire) ou les préserver comme socle de la protection des malades chroniques ?

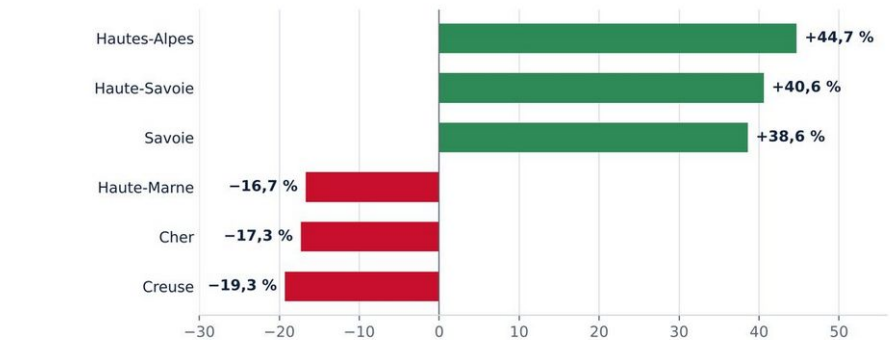
Sources. IGF-IGAS, revue de dépenses ALD (2024, erratum 2025) ; DREES, fiche 5 ; Assurance maladie, p. 35. Chapitres 04, 13 et 18.

FICHE 6 L'accès au médecin

Il n'y a jamais eu autant de médecins, mais l'accès au généraliste se dégrade et se répartit mal sur le territoire.

Ce n'est pas seulement une pénurie, c'est une répartition

Évolution du nombre de médecins en activité de 2010 à 2026, en % : les trois plus fortes baisses et les trois plus fortes hausses parmi les départements de l'Hexagone. Ensemble de la France : +14,0 %.



Source : Conseil national de l'Ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2026, tome 1. Outre-mer : +300,0 % à Mayotte, +94,7 % en Guyane et +65,1 % à La Réunion, à partir de niveaux très bas.

Chiffre	Ce qu'il mesure	Source
83 100	Médecins généralistes en ville (85 000 en 2015)	DREES
11,5 %	Patients de 17 ans et plus sans médecin traitant fin 2024	Assurance maladie
29 %	Habitants de l'Hexagone en zone d'intervention prioritaire	Assurance maladie
73 %	Français ayant renoncé à au moins un soin en cinq ans (sondage)	FHF-Ipsos 2026

Ce qu'il faut savoir

- Entre 2010 et 2026, la Creuse a perdu 19,3 % de ses médecins, les Hautes-Alpes en ont gagné 44,7 %.
- Le conjoint, l'équipe et le cadre de vie pèsent davantage que les aides financières dans le choix d'installation.
- Nouvelles portes d'entrée : accès direct aux kinésithérapeutes et infirmiers en pratique avancée, pharmaciens, réseau France Santé (5 000 structures visées fin 2027), téléconsultation (4,9 % de l'activité des généralistes).

LA QUESTION EN DÉBAT

Faut-il réguler l'installation des médecins, comme pour d'autres professions, ou s'en tenir aux incitations et au volontariat ?

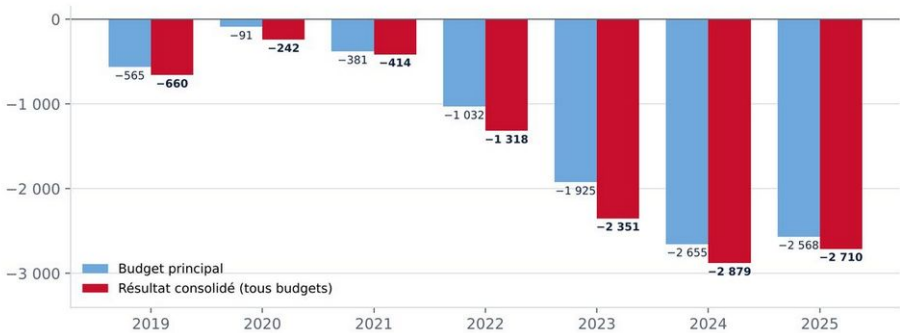
Sources. DREES, fiche 11 ; Assurance maladie, p. 136-145 ; CNOM, Atlas 2026 et enquête 2019 ; FHF-Ipsos, mars 2026 ; PLFSS 2027, art. 21. Chapitres 08 et 15.

FICHE 7 L'hôpital

L'hôpital public emploie plus de médecins qu'en 2017 et accumule pourtant des déficits record.

Hôpitaux publics : un déficit multiplié par quatre depuis 2019

Résultat net des hôpitaux publics, en millions d'euros, 2025 : estimation provisoire (relevé infra-annuel n° 2).



Source : Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour le comité d'alerte de l'ONDAM, reproduit dans Assurance maladie, Charges et produits pour 2027, figure 4. La Cour des comptes (RALFSS 2026) retient 2,6 Md€ pour le budget principal 2025.

Chiffre	Ce qu'il mesure	Source
124,1 Md€	Dépense hospitalière 2025 (35 % de la dépense de santé)	DREES
2,7 Md€	Déficit des hôpitaux publics en 2025 (provisoire, tous budgets)	DGOS
30 000	Patients hospitalisés chaque jour sans nécessité (coût net 4,2 Md€)	Cour des comptes
21,5 millions	Passages aux urgences en 2025	DREES

Ce qu'il faut savoir

- Le Ségur de la santé représente 12 Md€ par an ; la cotisation de retraite des agents hospitaliers a augmenté de 3 points en 2025.
- Les dettes fiscales et sociales échues atteignent 2,2 Md€ et les fournisseurs sont payés à 71 jours.
- Entre 160 000 et 375 000 événements indésirables graves surviendraient chaque année à l'hôpital, moins de 7 200 sont déclarés.

LA QUESTION EN DÉBAT

Comment financer l'hôpital : à l'activité, par dotation, à la qualité ? Et comment libérer les lits occupés faute d'aval ?

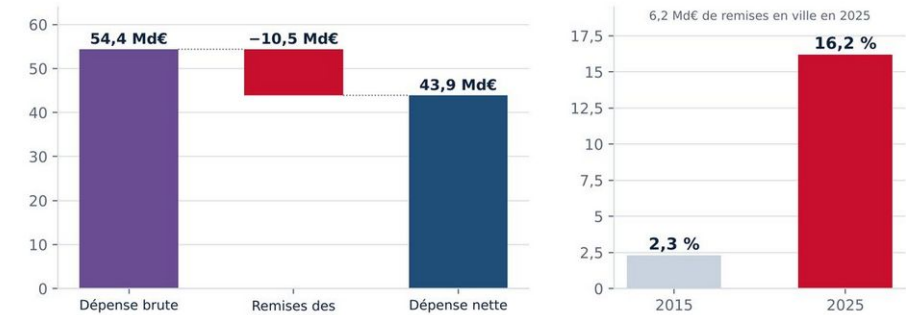
Sources. DREES, fiches 8 à 10 ; Assurance maladie, figure 4 ; Cour des comptes, RALFSS 2026, chapitres II et VIII, et rapport sur la qualité des soins, avril 2026. Chapitre 09.

FICHE 8 Le médicament

Le prix affiché n'est pas le prix payé : les laboratoires reversent plus de 10 Md€ de remises.

Médicaments : 10,5 Md€ de remises, un prix affiché qui n'est pas le prix payé

Consommation de médicaments en 2025 (ville, hôpital, vaccins), en milliards d'euros (à gauche) ; part des remises dans les dépenses brutes de médicaments vendus en ville (à droite).



Source : DREES, Les dépenses de santé en 2025, édition 2026, fiche 21 (tableau 2, p. 143 ; texte p. 141). Remises conventionnelles et d'accès dérogatoire, hors clause de sauvegarde, versées par les laboratoires à l'Assurance maladie ; leur montant par produit est confidentiel.

Chiffre	Ce qu'il mesure	Source
34,9 Md€	Médicaments délivrés en ville en 2025	DREES
10,5 Md€	Remises sur l'ensemble des médicaments, hors clause de sauvegarde (54,4 → 43,9 Md€)	DREES
26	Traitements à plus de 80 000 € par an et par patient (1 en 2015)	Cour des comptes
≈ 5 000	Signalements de ruptures ou tensions d'approvisionnement en 2023	Cour des comptes

Ce qu'il faut savoir

- Les génériques représentent 44,3 % des boîtes remboursables ; les biosimilaires 48,2 % dans l'Hexagone.
- Les médicaments jetés en ville représenteraient entre 561 M€ et 1,7 Md€ par an.
- Le budget 2027 prévoit 2,1 Md€ d'économies sur les produits de santé et une réévaluation annuelle du remboursement de médicaments identifiés.

LA QUESTION EN DÉBAT

Comment concilier maîtrise de la dépense, transparence des prix, accès aux innovations et sécurité d'approvisionnement ?

Sources. DREES, fiches 21-22 ; Cour des comptes, RALFSS 2026, chapitre II, et *Le bon usage des produits de santé*, septembre 2025 ; PLFSS 2027, art. 11 et 30. Chapitre 10.

FICHE 9 Les transports de patients

Une dépense de malades chroniques, prescrite pour les deux tiers par l'hôpital et de plus en plus assurée par des taxis.

Transports de patients : 6,9 Md€, et une croissance plus rapide que l'ONDAM

Transports sanitaires de ville (ambulances, véhicules sanitaires légers, taxis conventionnés).



Source : DREES, Les dépenses de santé en 2025, fiche 20 (6,9 Md€ ; taxis 50 %) ; Cour des comptes, La sécurité sociale 2026 (RALFSS), chapitre VII, p. 232-243 (croissance 2019-2024, ALD, trajets, transport partagé).

Chiffre	Ce qu'il mesure	Source
6,9 Md€	Transports sanitaires de ville en 2025	DREES
+31 %	Hausse de 2019 à 2024 (ONDAM : +17 %)	Cour des comptes
90 %	Part de la dépense concernant des patients en ALD	Cour des comptes
50 %	Part des taxis conventionnés dans les dépenses de trajets	DREES

Ce qu'il faut savoir

- 6,52 millions de patients, 89 millions de trajets en 2024 ; 10 % des patients font plus de 60 % de la dépense.
- Le transport partagé progresse en VSL (21,7 %) mais reste marginal en taxi (environ 5 %).
- La Cour des comptes relève 640 M€ d'anomalies de facturation et formule cinq recommandations, dont la fin du libre choix du transporteur pour les transports organisés par les établissements.

LA QUESTION EN DÉBAT

Faut-il confier aux hôpitaux la responsabilité financière des transports qu'ils prescrivent ?

Sources. DREES, fiche 20 ; Cour des comptes, RALFSS 2026, chapitre VII. Chapitre 11.

FICHE 10 La prévention et le tabac

La prévention reste la part congrue de la dépense de santé ; le tabac recule mais contourne de plus en plus la fiscalité.

Tabac : une recette de santé publique qui s'érode

Recettes des taxes sur le tabac et part du tabac consommé qui échappe à la fiscalité française.



Source : CCSS, mai 2026, tableau 2 CNAM-Maladie (taxes sur les tabacs, 13 036 M€) ; Direction générale des douanes et droits indirects et MILDECA, étude TAFE 2025 (octobre 2025), C. Ben Lakhdar et S. Massin ; fourchette de la part non taxée : 12,3 à 22,4 %.

Chiffre	Ce qu'il mesure	Source
2,6 %	Part de la prévention dans la dépense de santé (9,2 Md€)	DREES
17,4 %	Fumeurs quotidiens en 2024 (29,4 % en 2016)	CCSS
17,7 %	Tabac consommé échappant à la fiscalité en 2023 (4,3 Md€ perdus)	DGDDI-MILDECA
60,6 %	Personnes de 65 ans et plus vaccinées contre la grippe	Assurance maladie

Ce qu'il faut savoir

- La France reste quatrième de l'Union européenne pour la part de fumeurs quotidiens ; le paquet coûte 12,54 € en moyenne en 2025.
- Le Royaume-Uni interdit la vente de tabac aux personnes nées à partir de 2009, dès 2027 ; l'Assurance maladie propose une mesure identique.
- Le projet de loi 2027 étend la taxe sur les boissons sucrées aux produits solides sucrés (0,3 Md€).

LA QUESTION EN DÉBAT

Jusqu'où aller : fiscalité, interdiction progressive (« génération sans tabac »), Nutri-Score obligatoire ?

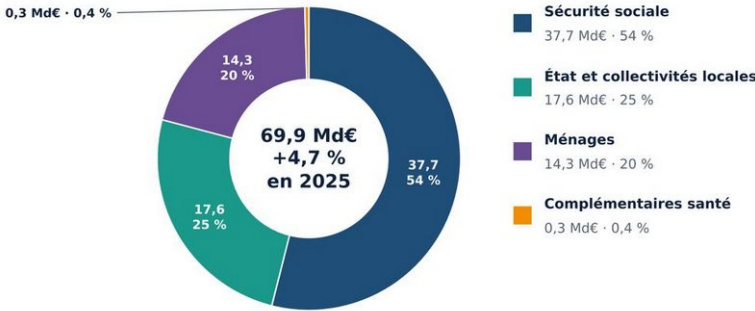
Sources. DREES, fiche 27 ; CCSS, mai 2026, encadré 2 ; étude TAFE, octobre 2025 ; Assurance maladie, p. 57-58 et 104-105 ; PLFSS 2027, art. 8. Chapitre 12.

FICHE 11 Le grand âge

L'un des postes les plus dynamiques, et celui où les familles paient le plus.

Soins de longue durée : un euro sur cinq payé par les familles

Financement des soins de longue durée en 2025 (EHPAD, unités de soins de longue durée, services à domicile, établissements pour personnes handicapées), en milliards d'euros.



Source : DREES, Les dépenses de santé en 2025, édition 2026, tableau 2. Ménages : 207 € par habitant, premier poste du reste à charge.

Chiffre	Ce qu'il mesure	Source
69,9 Md€	Soins de longue durée en 2025 (+4,7 %)	DREES
14,3 Md€	Payés par les ménages, dont 13,4 Md€ d'hébergement en EHPAD	DREES
51 %	EHPAD déficitaires en 2024	Cour des comptes
2,8 millions	Seniors en perte d'autonomie vers 2050 (2,0 millions en 2021)	Insee-DREES

Ce qu'il faut savoir

- 687 000 personnes ont résidé en EHPAD en 2023, 87 ans en moyenne ; 43 % ont été hospitalisées en court séjour au moins une fois en 2023-2024.
- Une journée en EHPAD coûte 72 € aux finances publiques, une journée d'hospitalisation à domicile 263 €.
- La branche autonomie redevient déficitaire en 2026 ; son objectif 2027 est de 44,4 Md€.

LA QUESTION EN DÉBAT

Qui doit financer la perte d'autonomie : la solidarité nationale, les familles, l'assurance ? Le sujet fait l'objet d'un dossier distinct.

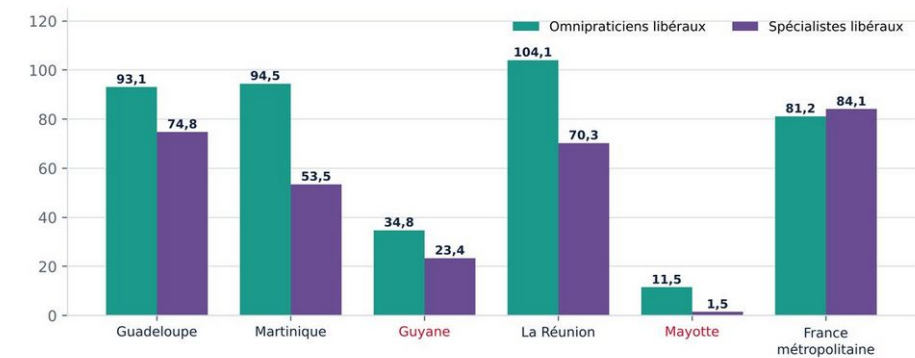
Sources. DREES, fiche 26 ; Insee-DREES, octobre 2025 ; Cour des comptes, RALFSS 2026, p. 104 ; PLFSS 2027, art. 48. Chapitre 14.

FICHE 12 L'outre-mer

Cinq territoires, deux situations : épidémie de maladies chroniques aux Antilles et à La Réunion, pénurie générale en Guyane et à Mayotte.

Outre-mer : Guyane et Mayotte décrochent

Densité de médecins libéraux pour 100 000 habitants en 2025.



Source : Assurance maladie, Charges et produits pour 2027, tableau 32 (densités de professionnels de santé libéraux et hospitaliers, 2025).
Spécialistes hospitaliers : 106 à 108 pour 100 000 habitants en Martinique, en Guyane et à La Réunion, 89,1 en Guadeloupe, 29,5 à Mayotte (80,3 en métropole).

Chiffre	Ce qu'il mesure	Source
11,5	Généralistes libéraux pour 100 000 hab. à Mayotte (81,2 en métropole)	Assurance maladie
12,0 %	Diabète traité en Guadeloupe (6,4 % dans l'Hexagone)	Assurance maladie
8,0 %	Mortalité infantile dans les DROM, deux fois l'Hexagone	Insee, via Assurance maladie
57 %	Adultes recourant au secteur libéral sans médecin traitant à Mayotte (2025)	Assurance maladie

Ce qu'il faut savoir

- Les comptes de la santé de la DREES ne publient pratiquement aucune donnée par DROM.
- Toute la population de Guyane et de Mayotte vit en zone d'intervention prioritaire ; la moitié en Guadeloupe.
- L'Assurance maladie consacre dix de ses quarante-deux propositions aux DROM (diabète, sucre, téléconsultation assistée, santé mentale).

LA QUESTION EN DÉBAT

Faut-il un cadre spécifique pour la santé outre-mer, et une statistique publique qui en rende compte territoire par territoire ?

Sources. Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027*, chapitres 2.2 et 3.4 (tableau 32 et tableaux 35-36). Chapitre 16.

ÉLYSÉE CONSEILS

Ce dossier a été établi par Élysée Conseils dans le cadre du Projet 2027 « Réussir ensemble », programme présidentiel ouvert et mis à la disposition de tous les candidats. Il est publié à titre d'information et sera mis à jour à chaque publication statistique majeure.

Une erreur, une donnée dépassée, une source à ajouter ? Écrivez-nous à **mesidees@elysee-conseils.fr** : nous corrigerons et le signalerons. www.elysee-conseils.fr