MINISTÈRE
DE L'ÉCONOMIE,
DES FINANCES
ET DE LA SOUVERAINETÉ
INDUSTRIELLE, ÉNERGÉTIQUE
ET NUMÉRIQUE
*Liberté
Égalité
Fraternité*

Trésor-Éco

Les Clefs de l'Économie

N° 411 • Novembre 2026

Direction générale du Trésor

# Dépenses de santé : comment préserver un système performant tout en maîtrisant leur dynamique ?

*Marceau AVENA, Baptiste MICHELI, Damien THÉRY-DUPRESSOIR*

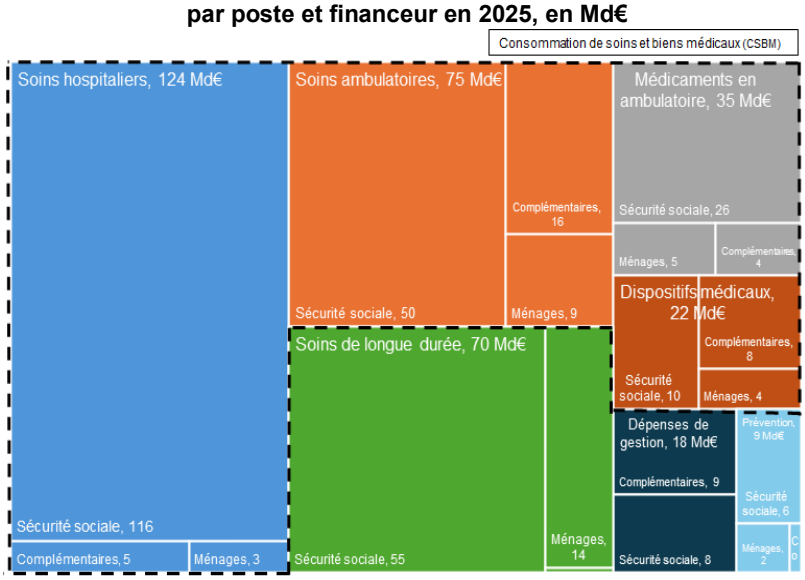
- La France consacre 11,8 % de son PIB aux dépenses de santé (soit 353 Md€ en 2025, *cf.* Graphique), ce qui la place au quatrième rang mondial, derrière les États-Unis, l'Allemagne et l'Autriche. Ce niveau s'accompagne de performances sanitaires globalement supérieures à la moyenne de l'OCDE, notamment en termes de soins curatifs. Des marges de progrès subsistent toutefois en matière de prévention et d'accès aux soins – les délais d'attente sont notamment un motif de renoncement relativement fréquent en comparaison européenne.

- Les dépenses de santé ont été dynamiques au cours de la dernière décennie, en particulier depuis 2019 (+4,4 % par an). Sous l'effet du vieillissement démographique, du progrès technique qui permet de nouveaux traitements et de la hausse du niveau de vie, elles devraient continuer de progresser plus vite que le PIB : sur le périmètre, plus étroit, de la consommation de soins et de biens médicaux, elles atteindraient 9,7 % du PIB en 2035, contre 8,9 % en 2025.

- Si la dynamique projetée des dépenses de santé résulte d'évolutions structurelles, elle soulève un enjeu de soutenabilité financière et d'arbitrage avec d'autres dépenses collectives. Trois leviers permettraient à long terme d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins tout en infléchissant les dépenses : la prévention, pour réduire les soins évitables ; l'efficience, pour maximiser l'impact de la dépense publique ; et la régulation, pour garantir les équilibres économiques du bien collectif qu'est la santé.

- Se pose également la question de la répartition des rôles et de la charge financière entre l'assurance maladie obligatoire, les organismes complémentaires et les ménages. Aujourd'hui, les assurés prennent en charge 10 % de la dépense totale de santé en France. Cette part a diminué de 1,5 pt depuis 2019 en miroir de la hausse de la prise en charge publique et est inférieure à la quasi-totalité de nos voisins (11 % en Allemagne, 14 % au Royaume-Uni et 20 % en Espagne).

**Décomposition française de la dépense de santé par poste et financeur en 2025, en Md€**




*Source : Drees, Les dépenses de santé en 2025, Comptes de la santé.*

Note : le volet « sécurité sociale » inclut la sécurité sociale et autres administrations publiques.

# 1. La France présente une dépense de santé élevée et des performances sanitaires favorables, sans avantage systématique par rapport aux pays comparables

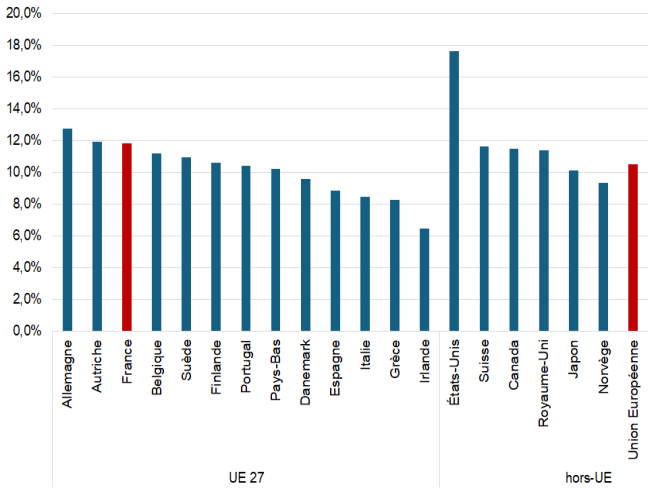
La France consacre 11,8 % de son produit intérieur brut (PIB) aux dépenses de santé[1] tous financeurs confondus (Sécurité sociale, État, organismes complémentaires, reste à charge des ménages). Ce niveau place la France en quatrième position mondiale (*cf.* Graphique 1), proche de la Suisse, derrière l'Allemagne, et loin derrière les États-Unis (17,6 %). Au total, la dépense de santé française représente 353 Md€ en 2025 (*cf.* Graphique de couverture), principalement orientés vers les soins hospitaliers (35 %), ambulatoires (21 %) et de longue durée (20 %).

La majeure partie de ces dépenses est socialisée : la Sécurité sociale finance 77 % de la dépense courante de santé en 2025, un niveau comparable à l'Allemagne ou l'Autriche et supérieur à la moyenne des pays de l'Union européenne (74 %). Symétriquement, le taux de reste à charge des ménages est parmi les plus faibles d'Europe (*cf.* Partie 4), après couverture par la sécurité sociale et les assurances maladie complémentaires. La couverture publique française est toutefois inégale selon les postes : elle atteint 94 % pour les soins hospitaliers et 77 % pour les médicaments, mais est inférieure à 50 % pour les dispositifs médicaux (*e.g.* optique, appareils respiratoires, prothèses), pour lesquels les organismes complémentaires jouent un rôle prépondérant.

En 2025, les dépenses de gestion du système de santé s'élèvent à 17,6 Md€, soit 5 % du total, deuxième taux le plus élevé de l'UE. Les complémentaires concentrent 52 % des dépenses de gestion du système de santé pour 12 % de la dépense de santé.

Ce niveau de dépense et à mettre en regard des résultats de santé obtenus. Le bilan français est globalement favorable, même si des marges de progrès subsistent. Parmi les pays de l'OCDE, la France se classe en 3e position en termes d'espérance de vie à 65 ans (à 21,8 ans soit 1,8 année de plus que la moyenne) et affiche une mortalité évitable inférieure à la moyenne. Ces résultats proviennent notamment de bonnes performances curatives, traduisant des soins de santé efficaces et prodigués en temps utiles. Au sein de l'Union européenne (UE) en 2023[2], la France présente ainsi avec la Suède et le Luxembourg le plus faible taux de mortalité évitable par traitement (par opposition à la mortalité évitable par prévention).

**Graphique 1 : Comparaison internationale de la dépense de santé en proportion du PIB, en 2025**




*Source : Drees, Les dépenses de santé en 2025, Comptes de la santé.*

Les performances françaises en matière de prévention sont en revanche à améliorer. Le retard en matière de dépistage organisé des cancers en est une illustration. Les taux de participation aux dépistages des cancers colorectal et du sein atteignent respectivement 34 % et 47 % en 2023, loin de la moyenne de l'OCDE (47 % et 56 %)[3]. Enfin, la population française est fortement exposée à plusieurs facteurs de risque : la proportion de fumeurs journaliers (23 % en 2023) et la consommation d'alcool (9,8 litres d'alcool pur par habitant et par an en 2024) sont supérieures à la moyenne de l'UE, tandis que l'activité physique des adolescents est parmi les deux plus faibles[4].

(1) Dans la convention de la dépense courante au sens international (DCSi) qui recouvre les soins hospitaliers et en ville, les auxiliaires médicaux, les bien médicaux, les soins de longue durée, la prévention et les dépenses de gestion. Elle exclut ainsi notamment les indemnités journalières d'arrêt maladie (*cf.* Encadré 1).
(2) Eurostat (2026), "Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex".
(3) OCDE (2025), "Health at a glance".
(4) OCDE (2025), « France – Country health profile ».

### Encadré 1 : Les arrêts de travail, un enjeu croissant à la limite du système de santé

En cas de maladie, d'accident du travail ou de maladie professionnelle (AT/MP), le salarié arrêté peut bénéficier d'indemnités journalières de sécurité sociale[a]. En agrégé, les arrêts de travail et leur coût résultent de déterminants complexes et parfois structurels (démographie, taux d'emploi, niveau de salaires, santé publique, *etc.*), et emportent des conséquences budgétaires, mais aussi économiques. Au sein d'une entreprise, une hausse d'un point de pourcentage du taux d'arrêt maladie est associée à une perte de productivité de 0,7 %[b].

Entre 2019 et 2025, la dépense d'indemnités journalières a progressé de 7,0 % par an en moyenne, soit un rythme nettement supérieur à celui des dépenses publiques de santé[c], pour atteindre 18 Md€ en 2025 sur le périmètre du secteur privé et des contractuels de la fonction publique[d]. Si 60 % de cette hausse s'explique par des facteurs structurels[e], notamment la progression du taux d'emploi et des salaires, 40 % reflète une augmentation de la sinistralité, touchant toutes les classes d'âge et portée principalement par les arrêts longs. Les arrêts courts (moins de 30 jours), également en hausse, représentent 75 % des arrêts, mais seulement 17 % de la dépense.

Trois constats pourraient éclairer les travaux visant à modérer la dépense. D'abord, le coût des arrêts est peu internalisé par les acteurs : la France est l'un des rares pays où l'indemnisation obligatoire repose simultanément sur l'assurance maladie et l'employeur, ce qui dilue les responsabilités et aboutit à un niveau d'indemnisation élevé (proche de 100 % du salaire net) mais concentré, hors délai de carence, sur les premiers mois d'arrêt. Sur les arrêts longs, qui concentrent la plus grande partie des dépenses, l'enjeu est de mieux inciter et accompagner la reprise du travail, ce qui implique une forte coordination entre le salarié, le médecin prescripteur, l'assurance maladie, l'employeur et la médecine du travail. Enfin, les risques psychosociaux et musculosquelettiques, qui représentent entre 59 % et 65 % des arrêts longs et sont en forte croissance[f], peuvent être réduits par des politiques de prévention.

Les prestations versées au titre des arrêts de travail ne financent pas des biens ou services de santé, mais assurent un revenu de remplacement – aussi, elles sont exclues du champ de la dépense courante de santé décrit dans la suite de ce document.

a. Pour un arrêt maladie, elles s'élèvent à 50 % du salaire brut, lequel est pris en compte dans la limite d'1,4 Smic.
b. Grinza E. et Rycx F. (2020), "The Impact of Sickness Absenteeism on Firm Productivity".
c. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), voté chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), a augmenté de +4,8 % par an entre 2019 et 2025.
d. Selon un rapport IGF-IGAS (2024, « RDD relative à la réduction des absences dans la fonction publique »), le montant des jours rémunérés non travaillés (maladie et AT/MP) des fonctionnaires s'élevait à 15 Md€ en 2022. Ce chiffre n'est pas comparable avec les IJ du secteur privé, qui assurent seulement une partie du remplacement de salaire.
e. Pour les arrêts maladie. Cette décomposition n'a pas été effectuée de manière similaire pour les AT/MP.
f. AXA (2026), Datascope ; Malakoff humanis (2026), « Absentéisme, le temps des solutions ». Les arrêts longs désignent ici les arrêts de plus d'un mois.

Les résultats moyens peuvent cacher des disparités au sein de la population : à ce titre, il est utile de tenir compte du critère d'accès effectif aux soins. Selon la dernière enquête européenne sur la santé[5], 29 % des personnes résidant en France déclarent des besoins de soins non satisfaits, soit 4 points de plus que la moyenne de l'UE (avant les réformes françaises du 100 % santé et « mon soutien psy »). Cet écart s'explique par les délais d'attente avant rendez-vous (24 % en France contre 19 % dans l'UE), davantage que par des motifs financiers (13 %, en France comme en moyenne dans l'UE). Lutter contre le renoncement aux soins en France suppose donc d'accorder une attention particulière à l'offre médicale[6], notamment en matière de répartition sur l'ensemble du territoire et de disponibilité des professionnels de santé. La densité médicale en zones rurales s'établit à 2,5 médecins pour 1000 habitants contre 3,2 en moyenne dans l'OCDE et 3,8 dans les zones métropolitaines françaises.

(5) Eurostat, Enquête Ehis, édition 2019.
(6) *Cf.* Caby D., Zafar J.-D. et Cluzel V. (2019), « Comment lutter contre les déserts médicaux ? », *Trésor-Éco*, n° 247.

## 2. La demande de soins va continuer à fortement augmenter, notamment sous l'effet du vieillissement de la population et de l'augmentation du niveau de vie

### 2.1 Les dépenses de santé ont rapidement progressé sur la dernière décennie

De 2014 à 2024, la dépense de santé[7] a progressé en moyenne de +3,1 % par an en euros courants[8]. Cette croissance annuelle recouvre deux dynamiques distinctes autour de la pandémie de Covid : une progression modérée de +1,8 % par an entre 2014 et 2019, puis une accélération à +4,4 % par an entre 2019 et 2024. Elle agrège par ailleurs des rythmes variables selon le poste de soin. Les dépenses hospitalières ont ainsi progressé de +3,6 % par an, plus vite que la moyenne, portées par les charges de personnel. La masse salariale des hôpitaux publics a notamment augmenté de 5,8 % par an entre 2019 et 2024 – sous l'effet conjugué des revalorisations salariales du Ségur de la santé et de la poussée inflationniste de 2022-2023.

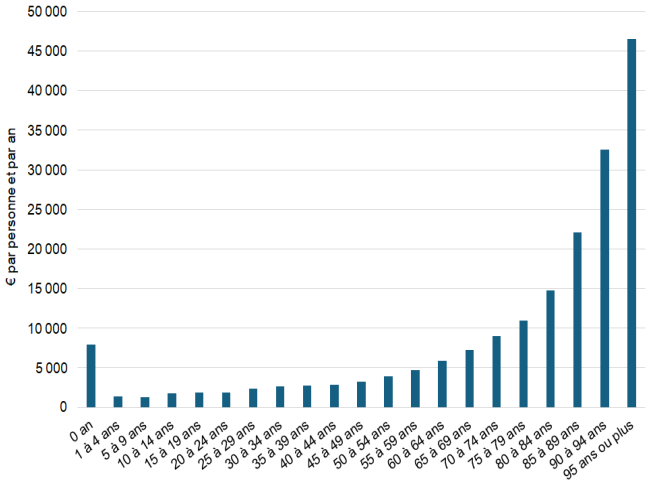
Les dépenses de soins de ville – qui recouvrent par exemple les consultations de praticiens libéraux – ont également été dynamiques sur la période (+3,3 % par an). Comme pour les hôpitaux, cette hausse tient en partie à celle des prix, résultant d'évolutions tarifaires prévues par les conventions médicales conclues avec les professionnels de santé. Les volumes de soins sont également en hausse, alimentés par le vieillissement de la population, la chronicisation des maladies, et la poursuite du virage ambulatoire, qui transfère une partie de la prise en charge de l'hôpital vers la ville. Les professions paramédicales (infirmiers libéraux, masseurs-kinésithérapeutes, *etc.*) sont particulièrement concernées par ces évolutions, compte tenu de leur rôle croissant dans la prise en charge des maladies chroniques.

En revanche, la dépense de biens médicaux (médicaments et dispositifs médicaux) a augmenté plus modérément sur la période (+1,9 %). Les baisses de prix des médicaments sur les spécialités existantes ont en effet partiellement compensé la croissance en volume, portée par l'innovation. Là encore, cette croissance annuelle moyenne masque la forte dynamique des dernières années : entre 2021 et 2024, la dépense totale nette de médicaments a augmenté de 5,6 % par an[9].

### 2.2 Les dépenses de santé resteraient dynamiques, notamment à horizon 2035

Les besoins de santé devraient continuer de croître structurellement sous l'effet du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, sans compter les potentielles situations de perte d'autonomie qui y sont associées (*cf.* Encadré 2). En effet, la dégradation de l'état de santé liée à l'âge se traduit par un recours accru aux soins : alors que la dépense moyenne de santé s'élève à 5 100 € par habitant et par an en 2025, elle atteint près de 15 000 € par an pour les personnes âgées de 80 à 84 ans et plus de 45 000 € au-delà de 95 ans (*cf.* Graphique 2). Les gains d'espérance de vie, y compris en cas d'années supplémentaires de vie en bonne santé, tendent à accroître les besoins de prise en charge en moyenne au long de l'existence d'un individu.

**Graphique 2 : Dépenses de santé par habitant par classe d'âge en 2025, en €**




*Source : Drees (2026), Les dépenses de santé en 2025.*

(7) Dans cette section, elle s'entend au sens de la « consommation de soins et biens médicaux » (CSBM), soit 256 Md€ en 2025. Par rapport à la DCSi, utilisée en 1ère section à des fins de comparaison internationale, elle exclut la prévention, les soins de longue durée et les dépenses de gestion.
(8) Drees (2025), « Comptes de la santé ».
(9) Drees (2026), « Innovation thérapeutique et régulation des prix : les déterminants de la hausse des dépenses de médicaments en France ».

## Encadré 2 : La dynamique des dépenses de soins de longue durée

Les soins de longue durée (SLD) – soins et accompagnement à destination des personnes en perte d'autonomie, y compris prestations telles que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) – représentent 70 Md€ en 2025 (tous financeurs confondus), dont environ 47 Md€ pour l'autonomie des personnes âgées, 22 Md€ pour le handicap et 1 Md€ de lutte contre les addictions. Ces dépenses ne sont pas dans le périmètre de la consommation de soins et biens médicaux, et ne sont donc pas incluses dans la dépense projetée par le modèle *Promède* (*cf. infra*). Elles sont financées à 73 % par la puissance publique.

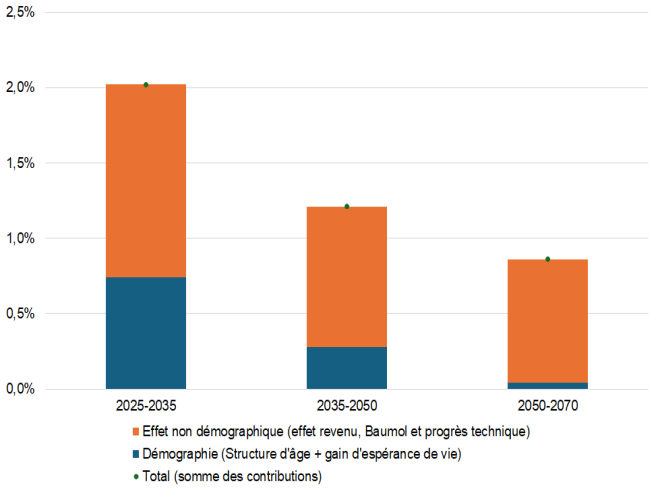
Sous l'effet du vieillissement démographique, les situations de dépendance vont fortement s'accroître : la France compterait 2,8 millions de personnes âgées avec un besoin d'aide à l'autonomie en 2050, contre 2,1 millions en 2025[a]. Selon la Drees, le maintien des pratiques d'admission actuelles en Ehpad entraînerait une hausse de 365 000 résidents en 2050, le solde relevant du domicile et des résidences autonomie. À l'inverse, en l'absence de création de places, les Ehpad se concentreraient essentiellement sur la perte d'autonomie sévère – et 700 000 personnes supplémentaires en perte modérée seraient pris en charge à domicile. Dans les deux cas, 150 000 à 200 000 emplois supplémentaires d'aides à domiciles et d'aides-soignants seraient nécessaires[b].

a. Drees (2026), « Modèle Livia ».
b. Drees (2026), « Soutien à l'autonomie des personnes âgées : entre 150 000 et 200 000 emplois supplémentaires seraient nécessaires en 2050 ».

À ces déterminants démographiques s'ajoutent des facteurs non démographiques : en particulier, la demande de soins progresse avec le niveau de vie. De plus, le coût des services de santé tend à augmenter plus vite que l'inflation, car le secteur est intensif en main-d'œuvre et réalise peu de gains de productivité : l'augmentation des salaires, entre autres nécessaire pour maintenir l'attractivité du secteur, n'est pas compensée par de plus grands volumes (effet dit « Baumol »). Le progrès technique contribue aussi à cette dynamique : malgré les gains d'efficience qu'il permet, il s'accompagne généralement d'une diffusion de nouvelles innovations médicales et thérapeutiques génératrices qui permettent d'améliorer les soins mais accroissent les dépenses (*cf.* Encadré 3).

Dans ce contexte, les projections réalisées par la DG Trésor à l'aide du modèle de macro-simulation *Promède*[10] suggèrent que les dépenses de santé[11] augmenteraient plus rapidement que le PIB, pour atteindre 9,7 % du PIB en 2035, 10,0 % en 2050 et 11,2 % en 2070, contre 8,9 % en 2025. À moyen terme, les facteurs démographiques expliqueraient 35 % de la hausse (*cf.* Graphique 3), les 65 % restants étant imputables aux facteurs non démographiques (effet revenu, effet Baumol, et progrès technique). Ces projections, basées sur des travaux économétriques, ne font pas d'hypothèses spécifiques de prévalence des pathologies à âge et sexe donnés ; elles ne tiennent donc également pas compte des potentielles évolutions épidémiologiques.

**Graphique 3 : Contributions des différents facteurs à la croissance de la dépense de santé en volume, dans le scénario central, par périodes**




*Source : DG Trésor (2026), Modèle Promède.*

À politique inchangée, la part publique des dépenses de santé atteindrait 9 % du PIB à l'horizon 2070, contre 7 % en 2025. Elle évoluerait ainsi plus rapidement que la dépense totale, notamment du fait du vieillissement, via la prévalence croissante des *affections de longue durée* (ALD) qui ouvrent droit à une prise en charge renforcée par l'assurance maladie

(10) Geay C. et de Lagasnerie G. (2013), « Projection des dépenses de santé à l'horizon 2060, le modèle PROMEDE », *Document de Travail de la DG Trésor*, n° 2013/08, version actualisée.
(11) Hors soins de longue durée, de prévention et de gouvernance. L'écart avec le montant énoncé supra (11,4 % du PIB) s'explique par le périmètre retenu pour la projection (CSBM, contre DCSi).

obligatoire. Cette projection de part publique est nécessairement conventionnelle : elle prolonge en tendance le niveau de couverture actuel, faisant l'hypothèse de préférences collectives inchangées.

La dépense future de santé dépendra également de la capacité de l'offre à suivre la demande, par des gains de productivité (*cf.* Partie 3) ou un accroissement de l'offre médicale. Jusqu'en 2030, les départs de médecins généralistes et spécialistes dépasseraient les installations, même dans les zones bien dotées, impliquant de mobiliser d'autres leviers pour satisfaire la demande (par exemple : coopération des professionnels de santé, délégation de tâches). En revanche, après 2030, la démographie médicale progresserait, pour atteindre en 2040 des effectifs au moins 30 % supérieurs à ceux de 2025[12].

**Encadré 3 : Les médicaments, un exemple de l'impact du progrès technique sur la dépense de santé**

Pour aboutir à un nouveau traitement contre une pathologie, le secteur pharmaceutique engage des investissements importants pour identifier les molécules efficaces puis industrialiser leur production, dont seule une fraction atteindra *in fine* le marché. Le processus complet dure entre 10 et 15 ans avant la mise sur le marché, pour un coût moyen évalué entre 0,8 et 2,3 Md€ selon les choix de périmètre et sources de données[a]. Une fois commercialisé, le nouveau médicament est protégé par un brevet et exploité exclusivement par le laboratoire l'ayant mis au point, pendant au moins dix ans, amortissant ainsi les efforts de R&D. À la perte du brevet, d'autres industriels peuvent reproduire et vendre librement la molécule (*générique*, ou *biosimilaire* pour les médicaments biologiques), ce qui contribue à réduire le prix de vente unitaire.

Le progrès technique tend à engendrer une hausse de la dépense : des affections restées sans réponse thérapeutique jusqu'ici deviennent traitables, et surtout les pathologies déjà couvertes bénéficient progressivement de thérapies novatrices. En France entre 2016 et 2024, l'effet de l'arrivée et de la diffusion de nouvelles innovations (+13,2 Md€) a ainsi largement dépassé les économies générées par le vieillissement des spécialités existantes (–7,7 Md€), entraînant une hausse des dépenses nettes de 5,1 Md€ selon la Drees (après prise en compte de l'évolution des volumes). La dépense totale de médicaments (34 Md€) est essentiellement portée par ces produits innovants, principalement financés par la Sécurité sociale, et non par la consommation de produits courants (comme le paracétamol) davantage à la charge des ménages. Les médicaments contre le cancer représentent à eux seuls 34 % de la dépense nette de médicament en 2024, contre 24 % en 2016[b]. Cette hausse s'explique avant tout par l'évolution du coût unitaire moyen en médicaments, de 2 285 € par an par patient atteint d'un cancer en 2019 à 3 188 € en 2023.

a. Mulcahy A. *et al*. (2025), "Use of Clinical Trial Characteristics to Estimate Costs of New Drug Development", *JAMA Netw Open* ; DiMasi J. A. *et al.* (2016), "Innovation in the pharmaceutical industry: new estimates of R&D costs", *Journal of Health Economics* ; Sertkaya A. *et al.* (2024), "Costs of Drug Development and Research and Development Intensity in the US, 2000-2018", *JAMA Netw Open*.
b. Drees (2026), « Innovation thérapeutique et régulation des prix : les déterminants de la hausse des dépenses de médicaments en France ».

## 2.3 La maîtrise des dépenses de santé doit préserver l'accès aux soins

La dynamique projetée des dépenses de santé soulève un enjeu de soutenabilité financière. Si infléchir la trajectoire des dépenses tout en préservant la qualité et l'accessibilité des soins peut sembler contradictoire, des marges d'efficience conciliant ces deux objectifs existent.

Une progression des dépenses peut correspondre à une meilleure couverture des besoins, mais, mal orientée, elle peut aussi créer des effets d'aubaine. À titre d'exemple, les aides fiscales à l'installation des médecins libéraux dans les zones sous-dotées, qui représentent environ 200 M€ par an, sont jugées peu efficaces et mal ciblées par la Cour des comptes[13]. Par ailleurs, les travaux d'économie de la santé documentent un phénomène de demande induite par l'offre, par lequel un accroissement et une densification de l'offre médicale, comme celle attendue après 2030, tendent à générer davantage d'actes sans que cette hausse de volume n'améliore les résultats en santé[14].

À l'inverse, une modération des dépenses n'est pas nécessairement synonyme de dégradation de l'accès aux soins : l'encadrement des dépassements

(12) Drees (2026).
(13) Cour des comptes (2025), « Les aides à l'installation des médecins libéraux ».
(14) Théorie formalisée par R. Evans en 1974, voir aussi HCAAM (2007) sur les conditions d'exercice et de revenus des médecins libéraux.

d'honoraire pratiqués par les professionnels de santé, par exemple, modère la dépense de santé tout en améliorant l'accessibilité financière des soins et l'offre de soin, même s'il peut se produire des effets indésirables (reports de ces dépassements sur certains patients, voire sélection des patients)[15].

## 3. Des efforts de prévention, d'efficience et de régulation seront nécessaires pour optimiser la dépense

### 3.1 Renforcer la prévention réduit les besoins de soins et améliore leurs résultats

Les résultats moyens de la France en matière de dépistage (*cf.* Partie 1) laissent entrevoir des marges de progression importantes, d'autant que la détection précoce de nombreuses pathologies permet des prises en charge plus efficaces et parfois moins coûteuses. Renforcer la détection des maladies suppose en premier lieu d'améliorer le ciblage des campagnes de dépistage et la participation des populations cibles, notamment via des campagnes d'information. Par exemple, l'envoi systématique de kits de dépistage à domicile a montré des effets positifs sur la participation aux campagnes de dépistage du cancer colorectal[16]. En parallèle, la prévention transite aussi par la réduction des facteurs de risque tels que le tabac, l'alcool, et la sédentarité, qui sont encore élevés en France (*cf.* Partie 1). Pour ce faire, différents leviers sont mobilisables (incitation, information, réglementation, fiscalité) – plusieurs rapports[17] démontrant que leur cohérence d'ensemble, leur efficacité économique et leur évaluation pourraient encore être améliorées.

Selon plusieurs études, les modes de rémunération des professionnels de santé sont aussi un levier important de développement de la prévention, notamment en soins primaires[18]. Le système français repose encore majoritairement sur le paiement à l'acte, qui tend à valoriser davantage les soins curatifs que la prévention. Les dispositifs reposant davantage sur la capitation (paiement forfaitaire par patient, éventuellement fonction de ses caractéristiques) ou sur des objectifs de santé publique, comme c'est par exemple le cas du forfait patientèle médecin traitant, apparaissent plus favorables aux activités de prévention. De même, l'exercice coordonné au sein d'équipes pluriprofessionnelles tend à favoriser une meilleure intégration de la prévention dans les parcours de soins[19].

Si la prévention a des effets favorables sur l'espérance de vie en bonne santé, son impact sur la dépense de santé est moins clair *a priori*, et suppose une analyse sur l'ensemble du cycle de vie. En effet, dans certains cas, la prévention pourrait entraîner un simple report des coûts dans le temps[20], les années d'espérance de vie gagnées allongeant la période de consommation de soins, sans réduire pour autant les dépenses importantes de fin de vie. De plus, la prévention suppose de cibler une population large, pour un bénéfice concentré sur les personnes qui auraient *in fine* développé une pathologie. Ces deux facteurs expliquent que, bien que source de bénéfices sanitaires, sociaux et économiques importants, la prévention ne représente pas nécessairement une économie budgétaire par rapport aux actions curatives[21].

### 3.2 Le système de soins présente certaines marges d'efficience

La maîtrise des dépenses passe plus généralement par des gains d'efficience, c'est-à-dire la capacité à maximiser les résultats de santé obtenus pour un niveau donné de ressources mobilisées.

Cette logique se décline d'abord à l'organisation de l'offre hospitalière, où deux marges de progrès se dégagent. La première concerne le virage ambulatoire, déjà engagé. Malgré sa progression, la chirurgie ambulatoire reste en deçà du potentiel de substitution à l'hospitalisation complète observé dans certains pays de l'OCDE, laissant entrevoir des possibilités de

(15) HCAAM (2025), « Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux ».
(16) Somsouk *et al*. (2020), "Effectiveness and Cost of Organized Outreach for Colorectal Cancer Screening: A Randomized, Controlled Trial".
(17) IGAS (2024), « La prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention » ; OCDE (2026), « Prévention des maladies chroniques en France : impacts sanitaires et économiques à long terme ».
(18) Soins effectués par les médecins traitants, dentistes, gynécologues, pédiatres… *cf.* Wang *et al.* (2022), "Encouraging preventive services in primary care through payment schemes".
(19) Physician payment models and preventive cancer screening: a population-based retrospective cohort analysis from Ontario, Canada.
(20) HCAAM, HCFiPS, HCFEA (2025), « Pour un redressement durable de la sécurité sociale ».
(21) Cohen J. T. *et al*. (2008), "Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates", *The New England Journal of Medecine*.

réduction des capacités d'hospitalisation et des coûts associés[22], notamment à l'hôpital public. La seconde tient au caractère inadapté d'une partie des hospitalisations actuelles : selon la Cour des comptes[23], près de 30 000 lits sont occupés chaque jour par des patients dont la prise en charge, par exemple pour de la rééducation, pourrait être assurée dans des structures plus adaptées à un coût moindre, notamment faute de solution en aval de l'hospitalisation.

*In fine*, un niveau élevé d'équipement en lits ne garantit pas, en soi, de meilleurs résultats de santé. Comme l'indique le HCAAM[24], la France se situe dans le tiers supérieur des pays de l'OCDE à cet égard, alors que de nombreux pays organisent une offre de soins à qualité comparable avec des capacités hospitalières moindres, en s'appuyant sur une structuration plus poussée de la médecine de ville et un recours plus développé à l'hospitalisation à domicile.

En ville, une meilleure coordination entre professionnels de santé est susceptible de générer des gains d'efficience. Ainsi, certaines tâches, autrefois assumées par les médecins, peuvent être déléguées à d'autres professionnels de santé (infirmiers, notamment en pratique avancée, assistants médicaux, pharmaciens), ce qui permet aux médecins de concentrer leur temps là où il est le plus utile. Un cabinet médical allemand emploie en moyenne 4,6 assistants techniques, assistants médicaux et infirmiers, ce qui contribue à assurer un volume d'activité élevé, en réduisant de moitié par rapport à la France le temps médical nécessaire pour chaque patient (16 minutes en France avec le médecin traitant, contre 8 en Allemagne)[25]. Dans un contexte marqué par des délais d'attente importants, le temps médical ainsi libéré est susceptible de se traduire davantage par un surcroît d'activité que par une réduction du volume de soins produit : ce gain d'efficience ne serait donc pas, du moins dans un premier temps, source d'économies, mais plutôt de gains en termes d'accès aux soins et de santé publique. L'exercice coordonné au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles pourrait toutefois, aussi, réduire certaines hospitalisations évitables.

Enfin, le développement de l'intelligence artificielle (IA) pourrait soutenir les gains de productivité médicaux dans les prochaines années. À court terme, les applications de l'IA aux fonctions support – charges administratives, comptes rendus, *etc*. – sont les plus rapidement transposables. À plus long terme, c'est l'IA appliquée au champ clinique et au développement pharmaceutique qui pourrait générer les gains les plus substantiels, compte tenu des masses financières en jeu, mais son impact dépendra largement du rythme d'adoption de ces technologies, qui peut être plus lent en santé que dans d'autres secteurs[26]. À l'échelle internationale, l'OCDE estime que la hausse potentielle de la productivité globale des facteurs issue de l'IA pourrait être de l'ordre de 2 à 6 % en dix ans dans le secteur « santé – services sociaux »[27]. Les gains seraient également sanitaires : dans plusieurs domaines comme l'imagerie, les professionnels assistés d'une IA démontrent progressivement des performances supérieures aux standards habituels[28].

### 3.3 La régulation permet de limiter la dépense tout en préservant les équilibres du secteur

La régulation constitue un levier pour infléchir la trajectoire des dépenses de santé, en assurant une meilleure adéquation entre la rémunération des offreurs de soins et leur activité.

Pour le cas de la médecine, d'importantes disparités de rémunération existent, tant entre les spécialités (*cf*. Graphique 4) qu'au sein des spécialités, avec des conséquences sur l'attractivité des carrières. Les carrières hospitalières (moins rémunératrices que l'activité libérale) pâtissent de ces écarts, de même que certaines spécialités en tension – médecine générale, psychiatrie – dont l'intégralité des places à l'internat ne sont pas pourvues chaque année. À l'inverse, les spécialités les plus rémunératrices sont actuellement aussi les plus recherchées, à l'image de l'ophtalmologie dont 60 % des internes affectés en 2025 étaient parmi les 1 000 premiers aux épreuves classantes nationales, sur environ 8 700 externes.

(22) IGF-IGAS (2026), « Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficience par une intégration territoriale ».
(23) RALFSS 2026.
(24) HCAAM (2025), « Pour un redressement durable de la sécurité sociale ».
(25) Irdes (2024), « Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne », rapport n° 590.
(26) Wachter R. M., Brynjolfsson E. (2024), "Will Generative Artificial Intelligence Deliver on Its Promise in Health Care?", *JAMA*.
(27) Filippucci F., Gal P. et Schief M. (2024), "Miracle or Myth? Assessing the macroeconomic productivity gains from Artificial Intellicence", *OECD Artificial Intelligence Papers*, n° 29.
(28) Hernström V., Josefsson V., Sartor H. *et al.* (2025), "Screening performance and characteristics of breast cancer detected in the Mammography Screening with Artificial Intelligence trial (MASAI): a randomised, controlled, parallel-group, non-inferiority, single-blinded, screening accuracy study", *The Lancet Digital Health*.

Ces écarts de rémunération, plus marqués en France qu'en Allemagne[29], peuvent refléter des différences d'activité et de contraintes d'exercice, mais également, dans certains cas, des niveaux de tarification élevés au regard du coût réel de l'activité – comme le documentent plusieurs travaux récents pour l'imagerie, la radiothérapie ou la médecine nucléaire[30,31]. Les dépassements d'honoraires, en forte hausse ces dernières années[32], accentuent encore ces écarts de rémunération au bénéfice des médecins en secteur 2[33], sans être toujours justifiés par des différences de pratiques ou de patientèle. Dans certaines spécialités, les niveaux de dépassements les plus élevés s'accompagnent d'un niveau d'activité moins important[34].

Le cadre tarifaire négocié entre les professionnels de santé et l'Assurance maladie s'adapte lentement aux évolutions des pratiques médicales, du progrès technologique et de l'organisation des soins. La classification commune des actes médicaux, qui détermine les tarifs des actes, garde une architecture semblable à celle de sa création en 2005. Bien qu'elle soit en cours de révision en 2026, l'évolution rapide des pratiques médicales décorrèle parfois progressivement les tarifs et les coûts réels. Remédier à cette situation supposerait de se doter d'outils pour suivre, dans la durée, la rentabilité des différents secteurs financés par l'Assurance maladie, afin de prévenir aussi bien le sous-financement de certaines activités que la persistance de rémunérations excessives.

### Encadré 4 : Les politiques de prévention, efficience et régulation développées depuis 2020

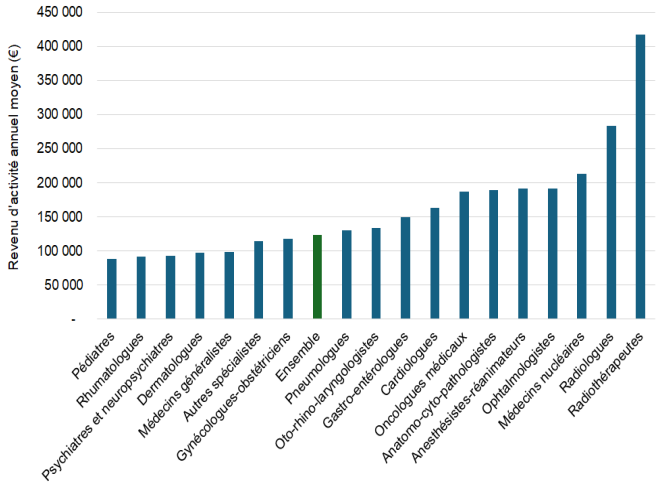
La politique de prévention a été renforcée par plusieurs initiatives dans la première moitié de la décennie 2020. Depuis 2024, l'Assurance maladie déploie des « bilans de prévention » aux âges clés de la vie (18-25 ans, 45-50 ans, 60-65 ans et 70-75 ans), afin de renforcer le repérage précoce des facteurs de risque. Un parcours d'accompagnement à visée préventive destiné aux patients à risque a été créé en 2026, avec l'objectif de retarder leur entrée dans le dispositif « d'affection de longue durée ».

L'efficience du système de soins a bénéficié de plusieurs dispositifs organisationnels développés pour libérer du temps médical et renforcer la coordination des prises en charge. Le déploiement des assistants médicaux auprès des médecins de ville constitue l'une des principales réformes de la période : fin 2025, plus de 9 000 assistants étaient en poste. Selon l'Assurance maladie, la patientèle des médecins bénéficiaires a augmenté d'environ 20 % en quatre ans contre 7 % pour les médecins comparables non bénéficiaires du dispositif, signe d'accès aux soins accru. La loi de 2025 sur la profession d'infirmier a élargi leurs compétences, en leur reconnaissant la capacité de mener des consultations autonomes et de prescrire certains produits de santé et examens complémentaires, contribuant ainsi à libérer du temps médical. Le nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles est passé de moins de 200 au début des années 2010 à plus de 2 800 aujourd'hui, regroupant près de 30 000 professionnels de santé et favorisant la coordination des soins, le suivi des maladies chroniques et une meilleure répartition des tâches.

Enfin, en matière de rémunération des offreurs de soins, les rémunérations des personnels hospitaliers ont été significativement revalorisées au cours de la période, à hauteur de 12 Md€ dans le cadre notamment du Ségur de la santé. En ville, les revalorisations tarifaires intégrées à la convention médicale de 2024 (par exemple, le passage de 26,5 à 30 € pour la consultation chez un généraliste) devraient représenter 1,6 Md€ sur une période de 5 ans. En contrepartie, cette convention prévoit des programmes pour améliorer la pertinence des soins, assortis d'objectifs chiffrés portant notamment sur la sobriété antibiotique ou la réduction de la polymédication. Parallèlement, les capacités de détection et de traitement de la fraude ont été renforcées : le montant des fraudes détectées et stoppées par l'Assurance maladie est passé de moins de 300 M€ en début de décennie à plus de 600 M€ en 2024.

(29) Minery S. et Or Z. (2024), « Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne ».
(30) IGF (2025), « Pertinence et efficience des dépenses de radiologie ».
(31) CNAM, « Charges et produits pour 2025, 2026 et 2027 ».
(32) HCAAM (2025), « Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux ».
(33) En secteur 1, les médecins appliquent les tarifs conventionnels, sans dépassement. Le secteur 2, accessible sous condition de titres hospitaliers, leur permet de fixer librement leurs honoraires, avec un moindre remboursement des patients. Le choix du secteur 1 au moment de la première installation est irrévocable.
(34) CNAM, *op. cit.*

**Graphique 4 : Revenus annuels des professionnels de santé avec une activité libérale en 2021 (€)**




*Source : Drees, Revenu des médecins libéraux, 2024.*
*Le revenu libéral correspond au revenu tiré des honoraires perçus, une fois les charges déduites.*

Ces leviers de prévention, d'efficience et de régulation sont des réponses structurelles au défi de soutenabilité des dépenses de santé, avec des bénéfices attendus à la fois pour les performances sanitaires et pour les comptes sociaux. Toutefois, comme rappelé par le HCFiPS en 2025[35], leur rendement reste parfois incertain et surtout lent à se matérialiser. Dans l'attente de leurs effets, et face à la dynamique des dépenses, importante à moyen terme, la question du financement du système de santé et de sa répartition entre les différents acteurs ne peut être éludée.

## 4. La divergence croissante entre dépenses publiques de santé et recettes affectées pèse sur la soutenabilité des finances publiques

La hausse tendancielle de la dépense de santé renforce la pression sur l'équilibre des finances publiques[36]. À titre d'ordre de grandeur, l'*objectif national de dépenses d'assurance maladie* (ONDAM), qui retrace la majeure partie des dépenses publiques de santé et de médico-social, a crû de +4,8 % par an en moyenne entre 2019 et 2025. Si cette progression est en partie liée aux dépenses de crise (pandémie, inflation), un retour au rythme pré-Covid (+2,3 % par an entre 2010 et 2019) impliquerait d'importantes mesures d'économies.

Selon les projections de la DG Trésor (*cf.* Partie 2), la dépense publique de santé passerait, à structure de financement inchangée, de 7 % à 9 % du PIB entre 2025 et 2070, tandis que les recettes affectées à la santé progresseraient à un rythme proche de celui du PIB à long terme. Des gains d'efficience ne pourront que partiellement combler cette divergence croissante entre dépenses publiques et recettes, posant la question du partage de l'effort entre contribuables, organismes complémentaires de santé et reste à charge des assurés.

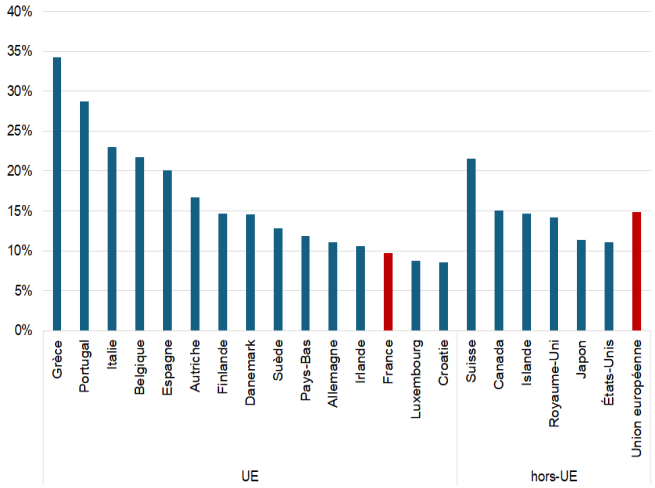
Le HCFiPS a proposé en 2025 plusieurs pistes de recettes[37], reposant par exemple sur la CSG sur les revenus de remplacement, la fiscalité des successions, les prélèvements sur les revenus du capital, la TVA, ou les taxes comportementales. Une façon d'évaluer la contribution actuelle des assurés est de comparer le taux d'effort des ménages, c'est-à-dire le poids de la santé dans leurs revenus, en cumulant restes à charge, primes de complémentaires santé et cotisations ou taxes finançant l'assurance maladie obligatoire. En 2023[38], cet effort est progressif, c'est-à-dire croissant avec les revenus, pour les ménages dont le membre le plus âgé a moins de 65 ans, de 13 % pour les très modestes (1er décile) à 17 % pour les plus aisés (9e décile). En revanche, il est régressif au sein des ménages de plus de 65 ans, de 15 % pour le premier à 10 % pour le dernier décile, et inférieur à celui des moins de 65 ans sauf pour le 1er décile.

Après financement de l'assurance maladie obligatoire et paiement des primes de complémentaires, la part des dépenses restant à la charge des ménages, en baisse tendancielle depuis 2010, atteint aujourd'hui 10 %[39], soit un niveau inférieur à la quasi-totalité des

(35) HCFiPS (2025), « Pour un redressement durable de la sécurité sociale ».
(36) DG Trésor (2026), « Finances publiques : une situation dégradée, un redressement nécessaire », *Trésor-Éco*, n° 403.
(37) HCFiPS (2025), *op. cit.*
(38) Drees (2026), « La complémentaire santé : coût pour les patients et inégalités ».
(39) Sur le périmètre de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), convention retenue afin de réaliser une comparaison internationale.

pays européens, à l'exception du Luxembourg et de la Croatie (*cf.* Graphique 5). Ce faible reste à charge s'explique notamment par le fait que la quasi-totalité de la population (97 %[40]) est couverte par un organisme de complémentaire santé (mutuelle, institut de prévoyance ou entreprise d'assurance) prenant en charge une part des sommes non remboursées par l'assurance maladie obligatoire, même si les primes d'assurance sont *in fine* supportées par les ménages. La France présente à ce titre un modèle de financement original vis-à-vis de ses voisins européens : les organismes de complémentaire santé interviennent largement en tant que co-financeurs du même panier de soins que l'assurance maladie obligatoire, plutôt qu'en couverture de risques distincts[41].

**Graphique 5 : Comparaison internationale des restes à charge en 2024, en % de la DCSi**




*Source : Drees, Les dépenses de santé en 2025, Comptes de la santé.*

La faiblesse du reste à charge s'accompagne aussi d'une perception des coûts peu lisible pour les assurés. Le ticket modérateur, qui constitue la principale participation financière des assurés, est en effet pris en charge dans sa quasi-totalité par les organismes complémentaires (dont la complémentaire santé solidaire[42] pour les plus modestes), ou l'assurance maladie obligatoire pour les patients en affection de longue durée (*cf. infra*) ; ces derniers sont amenés à devenir plus nombreux avec le vieillissement de la population. Il n'est donc pas vraiment susceptible de générer un effet modérateur sur la consommation de soins.

Les franchises médicales et participations forfaitaires ne sont généralement pas prises en charge par les complémentaires santé, et reposent donc effectivement sur les ménages. Elles souffrent toutefois d'un défaut de lisibilité : dans le cadre du tiers-payant, les assurés n'avancent pas les frais au moment des soins, et le recouvrement des franchises et participations s'opère par imputations sur des remboursements ultérieurs. Ce mécanisme tend ainsi à limiter la perception, par les assurés, du coût total des soins.

De manière indicative, une hausse de 10 % du reste à charge des assurés depuis l'assurance maladie entraînerait un rendement pour les finances publiques de l'ordre de 3,4 Md€, sans compter les éventuels effets de modération de la demande de soin associés. Un tel transfert pourrait théoriquement transiter par plusieurs leviers, comme la révision du panier de soins remboursables, la hausse du ticket modérateur (hors part des complémentaires santé), des participations forfaitaires et franchises, ou du forfait hospitalier. Exclure totalement certains remboursements présente l'avantage d'un choix explicite entre ce qui relèverait d'une part de la solidarité publique, et d'autre part des organismes complémentaires ou du reste à charge[43].

Dans d'autres pays européens – Allemagne, Suède, et surtout Belgique où le reste à charge est en moyenne nettement plus important qu'en France –, le système de financement des soins se complète d'un « bouclier sanitaire », plafonnant le reste à charge des assurés pour éviter les dépenses dites « catastrophiques » liées à des maladies graves. Dans ces pays, au-delà d'un certain seuil, l'assurance maladie obligatoire prend en charge 100 % des dépenses de santé. Ce dispositif, en s'appuyant uniquement sur un niveau de reste à charge, se distingue ainsi du système français d'affection de longue durée (ALD), qui base la protection financière sur des critères épidémiologiques : le statut ALD est accordé pour une liste prédéfinie de pathologies, et exonère ses bénéficiaires du ticket modérateur pour les dépenses en lien avec la pathologie.

(40) Drees (2024), « La complémentaire santé ». En incluant les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, CSS.
(41) Drees (2024), « La complémentaire santé » ; « La place de l'assurance santé privée dans les systèmes de santé occidentaux ».
(42) La CSS, destinée aux ménages modestes et financée par l'État, prend en charge les frais de santé non remboursés par l'assurance maladie.
(43) HCAAM (2022), « Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire ».

**Éditeur :**

Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle, énergétique et numérique

Direction générale du Trésor
139, rue de Bercy
75575 Paris CEDEX 12

**Directeur de la Publication :**

Dorothée Rouzet

tresor-eco@dgtresor.gouv.fr

**Mise en page :**
Maryse Dos Santos

ISSN 1777-8050

eISSN 2417-9620

## Derniers numéros parus

**Novembre 2026**

N° 410 Électrifier les usages, anticiper la sortie du gaz : deux faces de la transition énergétique française

Pauline Marc-Tudor, Jacques De Saint Pierre

**Octobre 2026**

N° 409 La décarbonation de l'économie française : quels bénéfices et comment la financer ?

Floriane Jouy Gelin, Jean-Baptiste Laval, Loman Sezestre

N° 408 Le financement des investissements dans les infrastructures de transport

Eléonore Delfortry

**https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/tags/Tresor-Eco**

**Direction générale du Trésor**

**@DGTresor**

**Pour s'abonner à *Trésor-Éco* : bit.ly/Trésor-Eco**

**Pour toute demande presse, merci de vous adresser à *presse@dgtresor.gouv.fr* (01 44 87 73 24)**

*Ce document a été élaboré sous la responsabilité de la direction générale du Trésor et ne reflète pas nécessairement la position du ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle, énergétique et numérique.*