

# L'ajustement sans les larmes

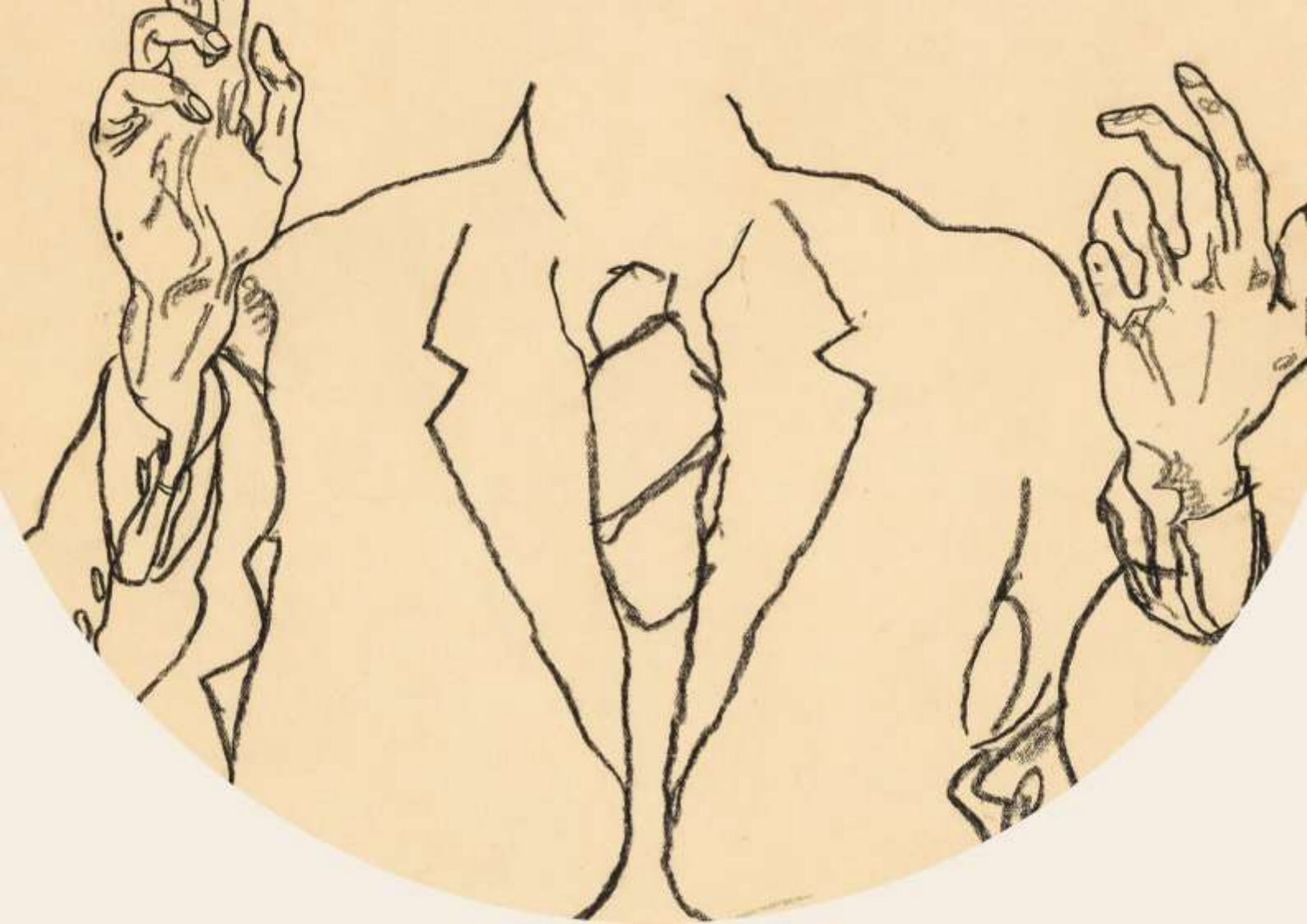
Rétablir l'équilibre budgétaire  
sans sacrifier l'avenir

RAPPORT

JUIN 2026



INSTITUT  
AVANT-GARDE



## *CHAPITRE 3*

### *Les dépenses de santé*

—

# Remerciements et contributions

Le présent chapitre s'inscrit dans le rapport *L'ajustement sans les larmes* publié par l'Institut Avant-garde en juin 2026. Il propose, dans le champ de la santé, un ensemble de mesures destinées à éclairer le débat public et à nourrir la réflexion sur la trajectoire des finances publiques françaises à l'horizon de la prochaine législature.

L'Institut Avant-garde tient à exprimer sa profonde reconnaissance à l'ensemble des personnes qui ont accepté de contribuer aux réunions du groupe de travail consacré à ce chapitre, ainsi qu'aux experts qui ont bien voulu, à titre individuel, partager leurs analyses, leurs résultats et leurs réserves.

Ont notamment participé, entre autres experts, aux travaux de ce groupe :

Nathalie FOURCADE ; Pierre PRADY.

Les analyses, propositions et chiffrages présentés dans le chapitre qui suit n'engagent toutefois que l'Institut Avant-garde. La participation aux réunions de travail ne saurait être interprétée comme un soutien personnel ou institutionnel à l'ensemble des recommandations formulées, ni à la manière dont elles ont été articulées dans le rapport final.



## Les dépenses de santé

---

### Synthèse :

*Le système de santé français, hérité du compromis de 1945, demeure l'un des plus protecteurs de l'OCDE. Avec 11,5 % du PIB consacré à la santé en 2023, la France se situe au quatrième rang mondial. L'Assurance maladie obligatoire finance près de 80 % des dépenses, garantissant un reste à charge parmi les plus faibles des pays développés. Pourtant, des inégalités sociales et territoriales persistent : le reste à charge pèse trois fois plus sur les ménages les plus pauvres, et le renoncement aux soins pour raisons financières touche davantage les populations modestes, en particulier pour les soins dentaires. La confiance des Français dans le système s'érode, 58 % estimant qu'il fonctionne mal.*

*Les dépenses, longtemps contenues (+0,7 % par an entre 2015 et 2019), ont accéléré depuis la crise Covid (+2,2 % puis +3,4 % en tendance). Cette hausse résulte de facteurs structurels (vieillissement, progression des maladies chroniques dont la prévalence pourrait atteindre 40 % en 2030), de l'impact durable du Ségur de la santé, de la forte croissance des dépenses de médicaments (+4,2 % par an depuis 2020) et des indemnités journalières (+6,3 % par an). À cela s'ajoutent des facteurs émergents difficiles à anticiper : effets sanitaires du*

*changement climatique, innovations thérapeutiques coûteuses, dégradation de la santé mentale.*

*Face à ces défis, le chapitre identifie plusieurs pistes de réforme. La première consiste à renforcer la prévention, aujourd'hui sous-exploitée, alors qu'un euro investi en prévention rapporterait 3,5 fois plus qu'un euro de soins curatifs : meilleure détection des maladies chroniques, réduction des facteurs de risque modifiables (tabac, alcool, alimentation), prévention de la perte d'autonomie. La maîtrise des dépenses de médicaments (baisse des prix, lutte contre le gaspillage, encadrement des prescriptions) et le renforcement de la lutte contre la fraude (estimée entre 3,8 et 4,5 milliards d'euros) constituent d'autres leviers. Du côté des recettes, le chapitre envisage une hausse des cotisations sociales, un renforcement de la fiscalité comportementale (tabac, alcool, aliments ultra-transformés) et une réduction des allègements de charges.*

*Au-delà de ces ajustements, des réformes structurelles sont proposées. L'instauration d'un « bouclier sanitaire », plafonnerait le reste à charge annuel des ménages, remplacerait le système fragmenté actuel et réduirait la dépendance aux complémentaires santé. Cette mesure devrait s'accompagner d'un encadrement plus strict des dépassements d'honoraires (4,3 milliards d'euros par an) et d'une*

*meilleure articulation entre médecine de ville et hôpital pour désengorger les urgences et améliorer le suivi des patients. Enfin, le chapitre rappelle que la soutenabilité du système de santé ne peut être pensée isolément : elle dépend étroitement des politiques sociales, environnementales et éducatives.*

## **I. La santé, le second pilier de la protection sociale en France**

### **1.1. Un système de santé parmi les plus protecteurs et efficaces de l'OCDE**

**L'Assurance maladie occupe une place singulière dans la protection sociale française. Héritée du compromis fondateur de 1945 (voir *Encadré 1*), elle assure un accès universel aux soins, indépendamment du revenu ou de la**

**situation professionnelle.** Ce modèle demeure l'un des piliers auxquels les Français sont le plus attachés : selon les baromètres de confiance<sup>1</sup>, plus de 88 % des Français considèrent l'assurance maladie comme un acquis essentiel, et une large majorité juge normal que la solidarité nationale finance la majeure partie des dépenses de santé. En 2025, dans le baromètre annuel *OpinionWay pour le CEVIPOF*, 76 % des Français déclarent avoir confiance dans les hôpitaux et 67 % dans la sécurité sociale, même si cette confiance recule depuis le début du baromètre en raison d'une perception généralisée de dégradation des services publics de santé. Selon l'OCDE (*Panorama de santé 2023*), la France se situe au-dessus de la moyenne des pays développés en matière de couverture sanitaire et de protection financière des ménages, mais elle présente une faiblesse croissante en termes de satisfaction des usagers, notamment sur l'accès aux soins.

### **Encadré 1 : La Sécurité sociale : un projet fondateur, un imaginaire politique mobilisateur**

Il est difficile de comprendre le système de santé français sans revenir à l'élan historique qui a présidé à la création de la Sécurité sociale. Celle-ci ne naît pas dans une phase d'expansion économique, mais au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Elle s'inscrit également dans le prolongement d'un long cycle réformateur. Comme le rappelle Léo Rosell, le solidarisme de Léon Bourgeois avait déjà largement inspiré la construction de l'État social, depuis les lois sur les accidents du travail (1898) jusqu'aux assurances sociales de 1928-1930, en passant par les retraites ouvrières et paysannes de 1910. La Sécurité sociale prolonge cet héritage tout en le transformant. Elle est l'héritière directe du Conseil national de la Résistance et du programme des « Jours heureux », qui portait l'ambition de bâtir une société plus juste que celle d'avant-guerre, capable de protéger chacun « des risques de l'existence ».

<sup>1</sup> Baromètre 2020 « Les Français et la Sécu », La Sécurité Sociale, Mai 2021.

Dans cette France en reconstruction, plusieurs figures structurent ce projet ambitieux. Pierre Laroque, haut fonctionnaire, conçoit un système unifié et universel, rompt avec la mosaïque de régimes d'avant 1939 et fait de la protection sociale un droit, non une assistance. Ambroise Croizat, ministre du Travail et ancien ouvrier métallurgiste, en organise la mise en œuvre ; il porte l'idée d'un système géré démocratiquement, appartenant réellement aux travailleurs, et accessible à toutes et tous. Autour d'eux, le projet est porté par une coalition issue du Conseil national de la Résistance, des communistes aux démocrates-chrétiens, qui fait de la Sécurité sociale non seulement un dispositif administratif, mais un projet politique structurant, ancré dans la justice sociale.

**De cette convergence est né un système reposant sur trois principes clés :**

- **Universalité** : parce qu'il devait protéger chacun, sans distinction ;
- **Solidarité** : parce qu'il reposait sur une contribution collective aux risques individuels ;
- **Union** : parce qu'il dépassait les corporatismes au profit d'un cadre commun.

**Le modèle français se traduit par une forte mobilisation de ressources collectives. Avec 11,5 % du PIB consacrés à la santé en 2023 (quatrième rang OCDE), la France fait partie des pays qui investissent le plus dans leur système de soins.** Le système français assure un accès largement universel aux soins, fondé sur la solidarité. L'Assurance maladie obligatoire (AMO) finance près de 80 % de l'ensemble des dépenses de santé, bien davantage que la plupart des pays européens. Cette forte mutualisation constitue l'une des

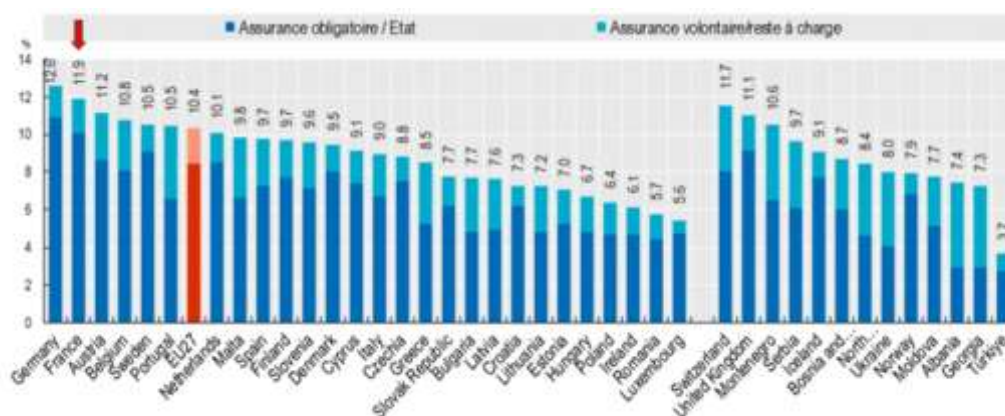
caractéristiques majeures de notre système : elle garantit une protection financière forte, avec un reste à charge direct des ménages bas en comparaison internationale. La part des dépenses de santé payées directement par les ménages est parmi les plus faibles de l'OCDE/UE<sup>2</sup> : 8,8 % en 2020 et 8,7 % en 2021. L'intégration des coûts associés aux complémentaires (AMC) dans le calcul du reste à charge (RAC) augmente mécaniquement ce dernier à 10,3 % pour la France, mais elle demeure néanmoins au troisième rang des pays de l'OCDE<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> [Fiche 30 - Comparaisons internationales de l'effort des ménages en matière de dépenses de santé, DREES 2023.](#)

<sup>3</sup> Idem.

**Graphique 1 : Dépense de santé en 2022 pour les pays de l'OCDE – la France est en 4<sup>ème</sup> position (11,9 % du PIB) en intégrant l'ensemble des pays<sup>4</sup>**



Lecture : En moyenne, les dépenses de santé, incluant les dépenses d'assurance obligatoire et volontaire dont le reste à charge des ménages, s'élevait en 2022 pour les 27 pays de l'Union européenne à 10,4 % du PIB.

Source : Données statistiques de l'OCDE, Figure 12 *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser ses dépenses - L'Assurance Maladie 2025*.

## 1.2. Un système efficace mais marqué par des inégalités persistantes

**Le modèle français reste marqué par des inégalités sociales et territoriales d'accès, malgré sa performance globale.** Le reste à charge pèse trois fois plus sur les 10 % les plus pauvres (2,8 % de leur niveau de vie) que sur les 10 % les plus aisés (0,8 %)<sup>5</sup>. Parallèlement, des inégalités d'accès persistent, surtout pour les plus modestes et dans les zones sous-dotées en médecin. En 2019, selon l'enquête EHIS, 5,4 % des personnes interrogées ont déclaré avoir renoncé à un besoin médical pour des raisons financières. Ce renoncement est plus fréquent pour les plus précaires et pour les soins les moins bien remboursés par l'AMO. Par exemple, le renoncement dentaire pour motif financier

est nettement plus élevé (12,6 %). Il est encore plus prononcé pour les 20 % les plus modestes (19,3 %)<sup>6</sup>.

**Le renoncement aux soins reste néanmoins un indicateur déclaratif, très sensible à la formulation des questions et donc difficilement comparable entre pays ou enquêtes.** Il doit être complété par des indicateurs plus « objectifs » (densité médicale, taux de recours, délais d'accès). Selon le *France Country Health Profile 2023* de l'OCDE, la France compte 3,2 médecins pour 1 000 habitants en 2021, contre 4,1 en moyenne dans l'Union européenne, un chiffre globalement stable sur la dernière décennie mais en décrochage relatif par rapport aux autres pays européens et marqué par des disparités territoriales importantes qui se traduisent par des situations de

<sup>4</sup> *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser ses dépenses - L'Assurance Maladie 2025*

<sup>5</sup> *Pourquoi faut-il mettre en place un bouclier sanitaire ?* Fipeco, Avril 2025.

<sup>6</sup> DREES, Enquête INSEE SRCV 2020.

pénurie locale<sup>7</sup>. Le nombre de lits d'hôpitaux reste quant à lui légèrement supérieur à la moyenne européenne : 5,7 lits pour 1 000 habitants en 2021, contre 4,8 en moyenne dans l'UE, mais il est en forte diminution depuis le début des années 2000 en lien avec les politiques de réduction des séjours et de développement de la chirurgie ambulatoire. Plus récemment, le manque de personnel à l'hôpital public pousse également à la baisse le nombre de lit en raison d'un déficit d'attractivité des professions de santé hospitalières. Ces baisses combinées entraînent mécaniquement une dégradation de l'accessibilité et de la qualité des soins prodigués à l'hôpital ainsi qu'à un épuisement des professionnels de santé<sup>8</sup>.

**Enfin, les risques santé restent fortement corrélés aux risques sociaux et aux modes de vie, et donc aux inégalités sociales.** Les travaux de la DREES<sup>9</sup> montrent que les maladies chroniques touchent beaucoup plus souvent les personnes à bas revenus : entre 2016 et 2017, les 10 % les plus pauvres avaient, à âge et sexe comparables, 2,8 fois plus de risques de développer un diabète, 2,2 fois plus de maladies hépatiques ou pancréatiques et près de 2 fois plus de troubles psychiatriques que les 10 % les plus aisés. Cette stratification sociale se retrouve dans le dispositif des affections de longue durée (ALD). En 2022, 13,8 millions de personnes bénéficient d'une ALD, soit 20,1 % de la population, mais ces patients concentrent 66,1 % des dépenses remboursées par l'Assurance maladie. La prévalence standardisée des ALD varie

fortement selon les territoires : elle est nettement plus élevée dans les départements populaires comme la Seine-Saint-Denis (23,3 %) que dans les Hauts-de-Seine (18,0 %)<sup>10</sup>, illustrant un gradient socio-territorial marqué. Elle est aussi plus forte parmi les assurés les plus modestes : à âge et sexe comparables, la prévalence des ALD atteint 16,1 % chez les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S) gratuite de moins de 70 ans et 29,6 % pour la C2S participative, contre 12,4 % pour les assurés du régime général.

### 1.3. Des dépenses de santé en hausse

**Les dépenses de santé en France sont restées exceptionnellement contenues avant la crise sanitaire : entre 2015 et 2019, leur taux de croissance annuel en volume s'élevait à seulement 0,7 %, soit l'un des plus faibles des pays de l'OCDE, comme l'illustre le *Graphique 2*.** Cette dynamique contrastait nettement avec celle observée dans de nombreux pays européens où la croissance atteignait en moyenne 3,4 % sur la même période. La période Covid marque toutefois une rupture. Entre 2019 et 2022, les dépenses de santé françaises ont progressé à un rythme moyen annuel de 2,2 %, soit plus de trois fois le rythme observé entre 2015 et 2019, mais toujours inférieur à la moyenne européenne. Selon le rapport de la [Commission des comptes de la Sécurité sociale \(CCSS\) 2025](#) et les prévisions de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2025-2026, cette accélération s'est prolongée : les dépenses de

<sup>7</sup> [Rapport sur l'état des services publics 2025, Nos Services Publics.](#)

<sup>8</sup> [RALFSS 2024, Chapitre 4, Cour des comptes, Mai 2024.](#)

<sup>9</sup> [Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie, Octobre 2022, DREES.](#)

<sup>10</sup> [Les bénéficiaires du dispositif des affections de longues durées en 2022 et évolutions depuis 2015, Point de repère n°54, CNAM, Juillet 2024.](#)



croissance des besoins d'accompagnement liés à la perte d'autonomie. La prévalence des maladies chroniques, qui augmente fortement avec l'âge, est passée de 34,5 % en 2015 à 36,9 % en 2023, et pourrait atteindre 40 % en 2030, puis 43 % en 2035<sup>13</sup>. Ces pathologies concentrent déjà l'essentiel des dépenses de santé et expliquent une large part de leur évolution récente, puisqu'elles sont à l'origine de 71 % de la hausse observée entre 2015 et 2023. Dans le même temps, le vieillissement conduit à une augmentation du recours aux soins et aux établissements spécifiques à la question de la dépendance. Les dépenses qui y sont consacrées atteignent 90 milliards d'euros en 2023, ce qui correspond à une progression de 29 % en dix ans<sup>14</sup>. Enfin, le vieillissement entraîne mécaniquement une multiplication des situations de fin de vie qui concentrent déjà une grande partie de l'ensemble des dépenses publiques de santé. En effet, d'après l'[IGAS \(2017\)](#), les dépenses engagées au cours de la dernière année de vie représentaient 13,5 milliards d'euros, soit environ 10 % de la consommation publique de soins et de biens médicaux. L'ensemble de ces phénomènes renvoie à une seule et même transformation démographique. Les maladies chroniques, les dépenses de fin de vie et celles consacrées à l'autonomie ne s'additionnent donc pas : elles constituent différentes facettes d'une même dynamique liée au vieillissement de la population, dont les effets se recoupent largement.

**D'autres éléments émergents expliquent également la rupture de tendance observée ces dernières années.** Dans un premier temps, on observe une rupture dans l'évolution des dépenses de médicaments depuis 2020 : le taux de croissance annuel moyen des dépenses de médicaments s'élevait à 4,2 % entre 2020 et 2024 contre 0,6 % entre 2010 et 2019, soit plus de 30 % des prestations de soins de ville d'après l'annexe 5 du PLFSS. En cause : une augmentation du coût des médicaments prescrits (nouvelle molécule, extension assiette) alors même que des alternatives existent à moindre coût et efficacité similaire<sup>15</sup> ; un affaiblissement de l'industrie pharmaceutique nationale et la multiplication des pénuries de médicaments<sup>16</sup>. Dans un deuxième temps, on observe aussi une croissance des indemnités journalières (IJ) beaucoup plus forte : 6,3 % par an depuis 2019, contre 2,9 % entre 2010 et 2019, la plupart du fait de personnes n'étant pas en ALD. Les IJ ne représentent cependant qu'une part mineure des dépenses de santé, vu qu'elles représentent moins de 15 % des prestations de soins de ville<sup>17</sup>. La hausse du nombre des IJ pourrait s'expliquer en partie par la dégradation de la santé mentale dans la population générale (par exemple 1/3 des journées d'arrêts de travail sont aujourd'hui pour motifs psychologiques)<sup>18</sup>. Plus structurellement, elle reflète aussi un présentéisme élevé en France<sup>19</sup> : de nombreux salariés continuent à travailler malgré la maladie, ce qui se traduit

<sup>13</sup> [Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser ses dépenses - L'Assurance Maladie 2025](#), p.81.

<sup>14</sup> [Rapport de la branche autonomie de la Sécurité sociale 2024](#), CNSA, Février 2025.

<sup>15</sup> [Les comptes de la sécurité sociale – Juin 2025](#), 60 propositions de l'Assurance Maladie pour l'avenir du système de santé. Rapport annuel sur l'évolution des Charges et Produits de l'Assurance Maladie pour 2026, CNAM.

<sup>16</sup> [Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède – Rapport de commission d'enquête sénatoriale, Juillet 2023](#).

<sup>17</sup> [PLFSS, Annexe 5](#)

<sup>18</sup> [Améliorer le système de santé et maîtriser les dépenses. Rapport charges et Produits de la CNAM pour 2026](#).

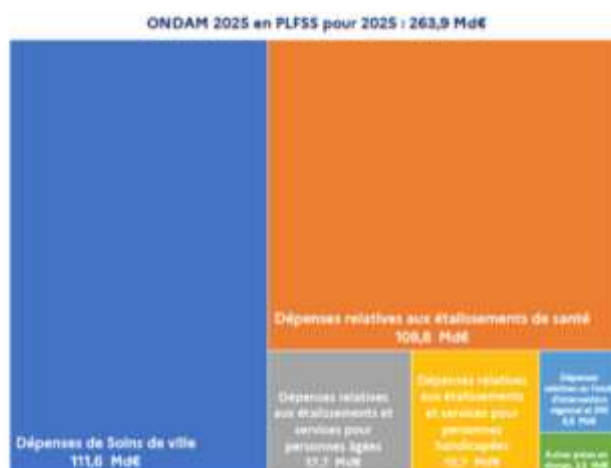
<sup>19</sup> [Schnabel, C. \(2022\). Presenteeism at the workplace. IZA World of Labor](#).

par moins d'arrêts courts mais davantage d'arrêts longs et coûteux lorsqu'ils deviennent inévitables. À cela s'ajoute l'impact durable du Covid et du Ségur de la santé, qui majore l'ONDAM de près de 22 milliards d'euros en 2025 (voir *Graphique 4*), mais qui correspond, néanmoins en partie, à un rattrapage après une décennie de sous-investissement hospitalier.

**Enfin, une part croissante de la dynamique des dépenses échappe à toute modélisation tendancielle du fait de facteurs difficiles à anticiper.** Les effets sanitaires du changement climatique (canicules, maladies respiratoires, polluants

tels que les pesticides [et les PFAS](#), risques infectieux)<sup>20</sup> ou encore les transformations des comportements (sédentarité, alimentation, santé mentale) pousseront les dépenses de santé à la hausse. Selon Santé publique France, l'impact monétaire des effets sanitaires du changement climatique a été estimé entre 22 et 37 milliards d'euros pour la période 2015-2020<sup>21</sup>. Parallèlement, les innovations médicales (thérapies innovantes et plus coûteuses à court terme, nouveaux outils d'assistance dans la prescription) pourraient également influencer les dépenses de santé, à la hausse comme à la baisse, en fonction des coûts et gains supplémentaires associés.

**Graphique 3 : Montants de l'ONDAM 2025, par sous-objectif<sup>22</sup>**



Lecture : Les dépenses liées aux « Soins de ville » s'élevaient à 111,6 Md€ en 2025 soit environ 43 % du montant total de l'ONDAM qui était de 263,9 Md€. Source : Annexe 5, ONDAM et dépenses de santé, PLFSS 2025.

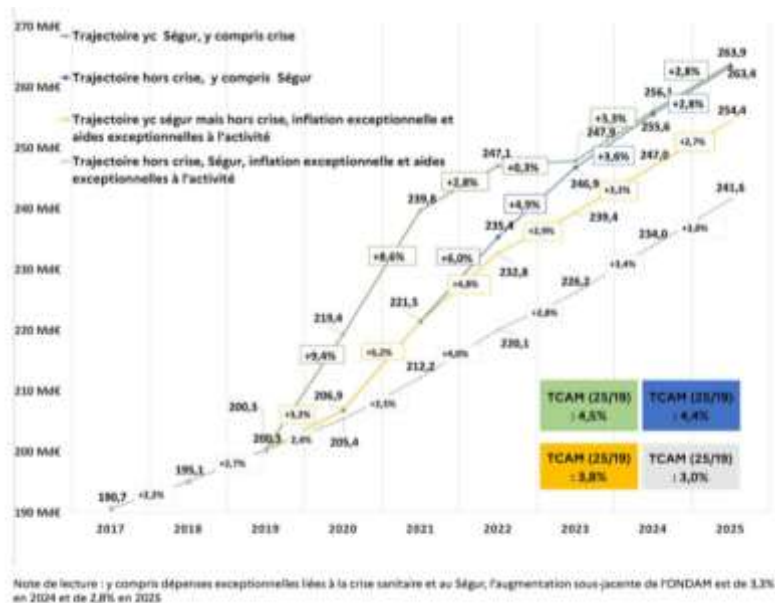
Source : [PLFSS 2025, Annexe 5, ONDAM et dépenses de santé](#).

<sup>20</sup> Selon le Haut Conseil de la santé publique (2025), la pollution atmosphérique – et les pathologies respiratoires et cardiovasculaires qui en découlent – constitue l'un des principaux déterminants environnementaux de santé, responsable d'environ 45 000 décès prématurés par an en France pour un coût socio-économique estimé entre 67 à 97 milliards d'euros, dont une part importante liée aux dépenses de santé. Ces effets sont socialement inégaux, les populations modestes étant plus exposées et moins bien

protégées face aux risques environnementaux ([HCSP, Santé environnementale : rapport transversal, octobre 2025, p. 28](#)).

<sup>21</sup> [S'adapter ou ne rien faire ... combien ça coûte ? Juin 2023, Ministère de la transition écologique, aménagement du territoire, transports, ville et logement](#).

<sup>22</sup> [PLFSS 2025, Annexe 5, ONDAM et dépenses de santé](#).

Graphique 4 : Principe de construction de l'ONDAM 2025<sup>23</sup>

Lecture : En incluant les dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire et au Ségur, l'augmentation sous-jacente de l'ONDAM était de 3,3 % en 2024 (courbe verte). Le taux de croissance annuel moyen (TCAM) pour le même périmètre de dépense sur la période 2019-2025 s'élève à 4,5 %. Source : Annexe 5, *ONDAM et dépenses de santé*, PLFSS 2025.

Source : *PLFSS 2025, Annexe 5, ONDAM et dépenses de santé*.

## 2. Quelles réformes pour le système de santé en France ?

**L'attachement des Français à la sécurité sociale demeure extrêmement fort, comme nous l'avons évoqué en introduction, mais la confiance dans le fonctionnement du système de santé s'érode rapidement. Toute réforme crédible doit donc repartir des besoins exprimés par la population.** Les enquêtes récentes montrent une dégradation nette de la perception du système de santé : selon un sondage de *l'Institut Montaigne (2023)*, 58 % des Français estiment que le système de santé « fonctionne mal », 47 % déclarent un accès compliqué, long ou partiel aux services de santé et 7 % disent n'y avoir aucun accès. Le baromètre *BVA (2023)* confirme cette dynamique : seuls 32 % des Français jugent

que « la qualité des soins est la même quel que soit le revenu » (contre 44 % en 2021), et 31 % pensent qu'elle est la même « quel que soit le lieu où l'on habite ». Ces résultats illustrent une montée des perceptions d'injustice et un recul de la confiance qui, à terme, peuvent fragiliser le consentement à l'impôt et l'adhésion au modèle solidaire qu'a toujours été la sécurité sociale.

**Les besoins de santé vont continuer de croître, sous l'effet du vieillissement, de la progression des maladies chroniques, mais aussi du développement d'innovations thérapeutiques qui améliorent la qualité et l'espérance de vie tout en augmentant le coût des traitements.** Dans un contexte où les finances publiques sont sous tension, les mesures proposées ci-après ont été sélectionnées selon trois critères : i) maintenir

<sup>23</sup> *PLFSS 2025, Annexe 5, ONDAM et dépenses de santé*.

une couverture la plus large et la plus protectrice possible, ii) limiter les inégalités, iii) restaurer la confiance dans l'assurance maladie et dans l'action publique en matière de santé. Dans ce cadre, il faut donc privilégier un pilotage fondé, non sur un objectif annuel de solde, mais sur un ratio de dépenses en pourcentage du PIB, plus compatible avec la dynamique réelle des besoins de santé. Le niveau de ce ratio doit être déterminé en cohérence avec l'ensemble des dépenses publiques (les politiques de dépollution, de lutte contre la pauvreté, de rénovation énergétique ou de soutien aux plus vulnérables) qui influence directement l'état de santé des populations et, à terme, le niveau des dépenses de santé. Autrement dit, la soutenabilité de la dépense de santé ne peut être pensée isolément : elle dépend étroitement des choix réalisés dans les autres volets de l'action publique.

### 2.1. Limiter les dépenses de santé : prévention, médicaments et lutte contre la fraude

**Limiter la croissance des dépenses de santé sans affaiblir le système suppose d'activer des leviers ciblés dont les effets budgétaires restent toutefois variables et incertains.** Le premier de ces leviers est la prévention, dont le potentiel reste largement sous-exploité en France alors même qu'une part non négligeable des pathologies, notamment les maladies chroniques, demeure évitable. La CNAM, dans son

[rapport de 2025](#) identifie la prévention comme « l'enjeu de la décennie ». La prévention apparaît donc comme un objectif consensuel qui permettrait de réduire les dépenses de santé. Néanmoins, les performances françaises restent en retrait : taux de vaccination inférieurs à ceux d'Europe du Nord, dépistages insuffisants malgré une progression récente, prévalence élevée de facteurs de risque comportementaux (tabac, alcool, alimentation)<sup>24</sup>, et qualité des soins perfectible, notamment au regard des événements indésirables évitables. Les dépenses de prévention institutionnelle ont atteint 6,6 milliards d'euros en 2023<sup>25</sup>. La prévention « non institutionnelle », portée par les collectivités, associations, entreprises ou acteurs privés, représentait quant à elle 9,1 milliards d'euros en 2018 selon la DREES<sup>26</sup>. L'ensemble de ces dépenses de prévention apparaissent faibles au regard des enjeux sanitaires. Pourtant, l'investissement en prévention est considérablement plus efficient que les dépenses de soins à titre curatif : une étude britannique estime qu'un euro investi en prévention génère en moyenne 3,5 fois plus de bénéfices qu'un euro consacré à la santé publique classique<sup>27</sup>. Ces éléments soulignent l'importance de renforcer les actions en amont du développement des pathologies, non seulement pour améliorer l'état de santé de la population, mais aussi pour limiter la dynamique future des dépenses évitables.

<sup>24</sup> France, Country Health Profile – 2023, OECD.

<sup>25</sup> [Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser ses dépenses - L'Assurance Maladie 2025](#)

<sup>26</sup> [Annexe au projet de loi de finances pour 2025 Prévention en santé, p7.](#)

<sup>27</sup> [Is an ounce of prevention worth a pound of cure? A cross-sectional study of the impact of English public health grant on mortality and morbidity - Martin S, Lomas J, Claxton K. 2010](#)

### Mesures possibles concernant la prévention :

- Améliorer la détection et la prise en charge des maladies chroniques : **0,4 Md€ à horizon 2029**<sup>28</sup>.
- Amélioration de la qualité des soins pour réduire les événements indésirables graves en établissements de santé évitables : **0,5 à 1 Md€** (réduction jusqu'à environ un tiers du coût des événements indésirables graves)<sup>29</sup>.
- Développer des actions de prévention concernant les facteurs de risque modifiables : **1,5 Md€**<sup>30</sup>.
- Développer une meilleure prise en charge des patients pour éviter les passages aux urgences : **1 à 2 Md€**<sup>31</sup> (développer la chirurgie ambulatoire ; systématiser la prise en charge à domicile).
- Prévenir la perte d'autonomie et adapter la société au vieillissement : **1 Md€ à horizon 2030**<sup>32</sup>.
- Développer la prévention primaire au bénéfice des seniors<sup>33</sup> : **400 M€ (baisse de 30 % du nombre de chutes graves)**.
- Améliorer les parcours à domicile par des plans d'aide globaux et renforcés : **0,4 Md€ à horizon 2030, 1 Md€ à horizon 2040**<sup>34</sup>
- Réduire l'isolement et minimiser les déplacements des professionnels : effort de financement à prévoir.
- Revoir le périmètre de mission et de tarification des EHPAD<sup>35</sup>.

<sup>28</sup> [L'objectif national de dépenses d'assurance maladie \(ONDAM\) : maîtriser sa progression en veillant à la qualité des soins. Cour des comptes, contribution à la revue des dépenses publiques, Avril 2025.](#)

<sup>29</sup> Idem.

<sup>30</sup> Une baisse de 5 % des prévalences des facteurs de risque modifiables (tabac, alcool, surpoids, obésité) pourrait permettre 1,5 Md€ d'économies ([Pour un redressement durable de la sécurité sociale \(synthèse\) - Hcaam, HCFEA, HCFIPS 2025](#)).

<sup>31</sup> Éviter 20 % des passages aux urgences permettrait 1 Md€ d'économies directes et jusqu'à 2 Md€ si on prend en compte les transports sanitaires associés et les hospitalisations consécutives pour les personnes âgées ([Pour un redressement durable de la sécurité sociale \(synthèse\) - Hcaam, HCFEA, HCFIPS 2025](#)).

<sup>32</sup> [Pour un redressement durable de la sécurité sociale \(synthèse\) - Hcaam, HCFEA, HCFIPS 2025.](#)

<sup>33</sup> Déploiement des rendez-vous de prévention à 70-75 ans « Mon bilan prévention » ; rénovation de l'action sociale des caisses de retraite ; adaptation des logements privés et sociaux ([Pour un redressement durable de la sécurité sociale \(synthèse\) - Hcaam, HCFEA, HCFIPS 2025](#)).

<sup>34</sup> Grâce à une refonte de l'éligibilité et une rénovation profonde de l'APA, il serait possible de faire diminuer la prévalence de la perte d'autonomie des personnes de 60 ans et plus de 10 % chaque décennie ce qui entraînerait mécaniquement une baisse du nombre de bénéficiaires et de dépenses de l'APA ([Pour un redressement durable de la sécurité sociale \(synthèse\) - Hcaam, HCFEA, HCFIPS 2025](#)).

<sup>35</sup> [Pour un redressement durable de la sécurité sociale \(synthèse\) - Hcaam, HCFEA, HCFIPS 2025](#)

**Un second levier consiste à maîtriser les dépenses de médicaments, lorsque cela est possible et sans remettre en cause l'accès égalitaire aux innovations thérapeutiques.** Les médicaments et dispositifs médicaux représentent aujourd'hui un poste majeur : près de 30 % des dépenses de soins de ville, auxquels s'ajoutent des montants importants pour les établissements de santé. Leur croissance s'explique à la fois par l'augmentation des volumes consommés et par un effet prix. Ce dernier résulte de deux dynamiques opposées : d'un côté, les baisses tarifaires régulières appliquées aux produits existants ; de l'autre, un effet de structure lié à la

substitution progressive vers des médicaments et dispositifs plus récents, plus performants mais sensiblement plus onéreux. L'Inspection générale des finances (IGF) a formulé plusieurs propositions<sup>36</sup> pour mieux contenir ces deux effets, notamment en renforçant la régulation des prix et en améliorant les mécanismes de substitution. De son côté, la Cour des comptes recommande de poursuivre la baisse des prix des produits de santé et de renforcer les actions en faveur de leur bon usage, un levier essentiel pour limiter les prescriptions inutiles, réduire les coûts et améliorer la qualité du parcours de soins.

#### Mesures possibles concernant les dépenses de médicament

- Effet volume (lutte contre le gaspillage, encadrement des prescriptions hospitalières, etc.) : **0,3 Md€**<sup>37</sup>
- Effet prix (suspendre achat souverain, gestion active en liste, etc.) : **0,4 Md€**<sup>38</sup>
- Poursuivre la baisse des prix de produits de santé (renforcement de l'évaluation médico-économique, renégociation du prix des médicaments innovants) : **1,2 Md€**<sup>39</sup>
- Augmenter la participation des assurés sur les médicaments à faible service médical, les cures thermales et les frais de transport et d'hébergement hors affection de longue durée : **0,3 à 0,5 Md€**<sup>40</sup>

<sup>36</sup> [Revue de dépenses : les dispositifs médicaux - IGF, IGAS 2024](#)

<sup>37</sup> Idem.

<sup>38</sup> Idem.

<sup>39</sup> [Note de synthèse, ONDAM - Cour des comptes 2025](#)

<sup>40</sup> [Note de synthèse, ONDAM - Cour des comptes 2025](#)  
: Développer une approche pluriannuelle des relations

entre l'AMO et les organismes complémentaires de santé sur les soins courants, les soins paramédicaux et la prévention en santé. Développer les coopérations sur la lutte contre les fraudes, la prévention en santé ou les prescriptions inutiles. Réexaminer le périmètre des obligations du contrat responsable et solidaire des organismes complémentaires de santé.

**Un dernier levier concerne la lutte contre la fraude, même si les montants potentiels restent à la fois difficiles à estimer, et relativement modestes au regard de l'ensemble des dépenses de santé.** En 2024, la CNAM a détecté 628 millions d'euros de fraudes, dont seulement 109 millions imputables directement aux assurés. Les premières évaluations consolidées par la Cour des comptes fin 2022 estimaient toutefois la fraude totale à l'assurance maladie à un niveau bien supérieur, entre 3,8 et

4,5 milliards d'euros. Ces ordres de grandeur demeurent très incertains : la mesure précise de la fraude est par nature complexe, ce qui rend également les recettes potentielles particulièrement variables. En conséquence, la lutte contre la fraude constitue un levier utile pour renforcer l'intégrité du système, renforcer la confiance de ses administrés, mais ne saurait représenter qu'un complément marginal dans une stratégie globale de financement de l'assurance maladie.

### Mesures possibles concernant la lutte contre la fraude

- Mieux lutter contre les fraudes (en renforçant encore l'objectif de détection de la fraude au tiers au moins du préjudice estimé, en mettant en œuvre le recouvrement des indus frauduleux sur toutes les périodes non prescrites, en bloquant le règlement des facturations irrégulières des professionnels et des établissements de santé et en augmentant encore le nombre de contrôles *a posteriori*) : **jusqu'à 1 Md€ (d'ici 2027) et 1,5 Md€<sup>41</sup> (d'ici 2029)** si le rythme de progression observé entre 2019 et 2024 est maintenu.

2.2. Plutôt que de se concentrer exclusivement sur la maîtrise de la dépense, augmenter les recettes ?

**Face à la puissance des facteurs structurels qui tirent les dépenses de santé à la hausse et à l'augmentation prévisible des besoins de prise en charge, il apparaît légitime d'aller au-delà d'une simple rationalisation des dépenses de santé.** Depuis 2021, les mesures du *Séjour de la santé* n'ont d'ailleurs pas été financées dans le cadre du pilotage habituel des comptes

sociaux, ce qui a mécaniquement accru la pression sur l'assurance maladie.

**Les recettes actuelles reposent très largement sur trois assiettes principales : les revenus d'activité (cotisations et part de CSG), la TVA, et la consommation à travers diverses contributions et taxes comportementales (voir *Graphique 5*).** Ces dernières représentent déjà une ressource significative : les taxes comportementales rapportent environ 20 milliards d'euros par an, dont 14 milliards d'euros pour la seule fiscalité du tabac<sup>42</sup>, mais des marges complémentaires existent. Plusieurs pistes

<sup>41</sup> [Note de synthèse, ONDAM - Cour des comptes 2025](#)

<sup>42</sup> [La fiscalité comportementale en santé : stop ou encore ? Rapport d'information n°638, Sénat, Mai 2024.](#)

peuvent être explorées : aligner ou renforcer la taxation des produits alcoolisés (notamment entre le vin et les alcools forts), instaurer une taxe sur les aliments ultra-transformés ou fortement sucrés (à l'image de la taxe « soda », appelée à être révisée et renforcée) tout en prévoyant des compensations ciblées pour les ménages précaires, par exemple via un dispositif d'aide à l'achat de fruits et légumes<sup>43</sup>. Une partie des recettes issues de ces taxes pourrait être

directement affectée à des politiques de prévention, améliorant ainsi leur acceptabilité sociale. Ces instruments doivent cependant être maniés avec prudence. S'ils contribuent à réduire progressivement les comportements à risque, leur impact reste lent, limité et, surtout, fiscalement régressif. Ils ne peuvent donc constituer qu'un levier parmi d'autres dans une stratégie plus large d'augmentation des ressources dédiées à la santé.

### Mesures possibles concernant les recettes dédiées à la santé

- Hausse d'un point des cotisations Maladie maternité autonomie : **jusqu'à 10,6 Md€**<sup>44</sup>
- Hausse de 10 % du taux d'imposition sur les tabacs : **0,8 Md€**<sup>45</sup>
- Réalignement de l'imposition du verre standard de vin sur la bière ou les spiritueux : **2,5 à 8 Md€**<sup>46</sup>.
- Réduire les allègements accordés aux entreprises<sup>47</sup> et les exemptions de contributions sociales<sup>48</sup>, par exemple, par une nominalisation des exonérations de cotisations sociales patronales (voir Chapitre 7 sur les politiques de l'emploi).

<sup>43</sup> Idem.

<sup>44</sup> L'assiette agrégée des cotisations sociales s'élevait à 1 055 Md€ en 2024 ([Les cotisations sociales - Fipeco](#)), on estime qu'en augmentant les cotisations sociales d'un point, on pourrait générer jusqu'à 10,6 Md€ de recettes supplémentaires.

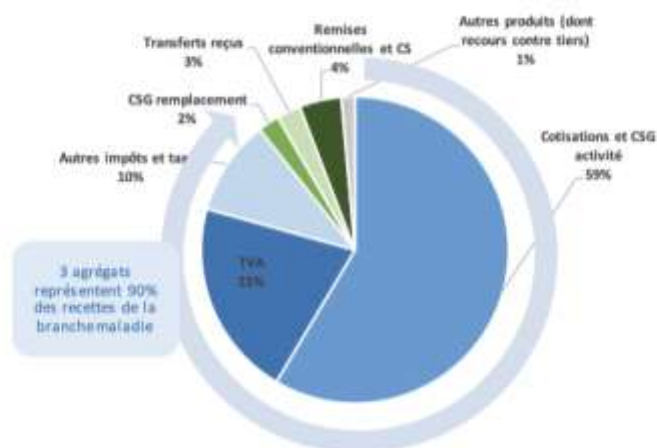
<sup>45</sup> Estimation faite à partir des recettes fiscales liées au tabac (14 Md€) et en les multipliant par 1,1 (effet de la hausse du taux d'imposition sur le prix) puis par 0,96 (effet de la hausse du taux d'imposition sur les ventes, avec

une élasticité-prix de -0,4) ([La fiscalité comportementale : stop ou encore ? - Sénat 2024](#)).

<sup>46</sup> [La fiscalité comportementale en santé : stop ou encore ? Rapport d'information n°638, Sénat, Mai 2024](#).

<sup>47</sup> Une baisse de 2 % a déjà été effectuée en 2025 permettant 1,6 Md€ de recettes supplémentaires ([Pour un redressement durable de la sécurité sociale \(synthèse\) - Hcaam, HCFEA, HCFIPS 2025](#)).

<sup>48</sup> [Les avis du CPO - N° 1 - Octobre 2025](#).

**Graphique 5 : Structure des recettes de la branche maladie en 2024**

Lecture : En 2024, 59 % des recettes de la branche maladie de la sécurité sociale provenaient des cotisations sociales et de la contribution sociale généralisée (CSG) activité.

Source : CNAM, d'après la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), Figure 7 [Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser ses dépenses - L'Assurance Maladie 2025](#).

### 2.3. Aller au-delà des mesures comptables : pour des réformes structurelles du système de santé

**La rationalisation des dépenses de santé ou encore la hausse des recettes, bien qu'utiles, ne suffiront pas à assurer la soutenabilité, l'égalité et la solidarité de notre système de santé. Une transformation plus profonde de son architecture est nécessaire pour répondre aux attentes des Français, réduire les inégalités et restaurer la lisibilité d'un modèle devenu trop fragmenté.** Dans cette perspective, une première piste de réforme réside dans l'instauration d'un « *bouclier sanitaire* »<sup>49</sup>, inspiré par exemple

du modèle belge<sup>50</sup> : il plafonnerait le reste à charge annuel des ménages, améliorant à la fois l'équité et la compréhension du système. Deux options sont envisageables :

- **Un plafond proportionnel au revenu**, garantissant la progressivité et protégeant les ménages modestes, en évitant qu'un accident de santé ne conduise à des dépenses insupportables ;
- **Un plafond fixe en euros**, plus simple administrativement et potentiellement moins susceptible de créer un système parallèle réservé aux plus aisés.

**Dans les deux configurations envisagées, le bouclier sanitaire remplacerait le système actuel de remboursements**

<sup>49</sup> [Fipeco, Pourquoi faut-il mettre en place un bouclier sanitaire ? ; 2024.](#)

<sup>50</sup> En Belgique, un système de « bouclier sanitaire » existe avec des plafonds variables en fonction du revenu ou du

type de ménage. Voir le système du [Maximum à facturer \(MàF\)](#) pour plus de précisions.

**fragmentés par un mécanisme universel, lisible et réellement protecteur.** Il permettrait surtout de prévenir les situations où certains assurés supportent des restes à charge exceptionnellement élevés, comme l'a mis en évidence le [HCAAM dans son rapport de 2022](#). Alors que le RAC annuel moyen après AMO s'élève à environ 620 euros, il dépasse 2 200 euros pour les 10 % d'assurés les plus exposés, et même 5 400 € pour le 1 % d'assurés supportant les RAC les plus élevés, des montants parfois tirés pour moitié par les dépassements d'honoraires. Un bouclier sanitaire contribuerait ainsi à sécuriser l'ensemble des assurés et à réduire des inégalités de reste à charge aujourd'hui très marquées. Il réduirait également la dépendance des assurés aux complémentaires santé (par la baisse des cotisations moyennes aux complémentaires privées), dont les effets anti-redistributifs et les frais de gestion élevés (plusieurs milliards d'euros par an) affaiblissent la performance globale du système. Les complémentaires santé pourraient ainsi se voir dotées plus spécifiquement de missions de prévention et/ou de santé au travail afin d'augmenter l'effort public et privé sur ces thématiques encore trop peu couvertes.

**La mise en place d'un bouclier sanitaire ne peut toutefois être dissociée d'une régulation plus stricte de la liberté tarifaire en ville.** En l'absence

d'encadrement des dépassements d'honoraires, le plafonnement du reste à charge ferait peser un risque de transfert mécanique des coûts vers l'assurance maladie et les complémentaires, sans modification des pratiques tarifaires. Ces dépassements font également peser un risque accru de non-recours aux soins surtout pour des ménages précaires dans des zones faiblement dotées en médecins spécialistes. Or les dépassements d'honoraires des médecins représentent aujourd'hui 4,3 milliards d'euros par an<sup>51</sup>, concentrés sur certains actes et territoires, et ont progressé rapidement ces dernières années. Ils constituent l'un des principaux déterminants des restes à charge élevés observés pour une minorité de patients. Un bouclier sanitaire réellement protecteur suppose donc d'agir en amont sur ces déterminants, en renforçant les incitations au conventionnement et en limitant les dépassements excessifs, afin de contenir les coûts pour la Sécurité sociale tout en garantissant un accès effectif et équitable aux soins.

**Parallèlement, une réforme structurelle doit s'accompagner d'un meilleur accès aux droits. Le taux de recours à la Complémentaire santé solidaire (C2S) reste insuffisant, autour de 56 % en 2022<sup>52</sup>, alors qu'elle constitue un outil essentiel de réduction des inégalités sociales de santé.** L'automatisation de

<sup>51</sup> [Rapport du HCAAM « Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux », Octobre 2025.](#)

<sup>52</sup> Des actions dans ce sens sont déjà en cours d'expérimentation comme souligné par le [rapport annuel 2024 de la DSS sur la C2S](#) et pourrait introduire

l'affiliation automatique déjà en place depuis 2022 pour le RSA aux autres bénéficiaires de minimas sociaux, étudiants boursiers, demandeur d'emploi éligibles à la C2S. Des pistes supplémentaires sont listées dans la revue de l'ADSP de Janvier 2021 : [« Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution », ADSP 2021/1, N° 113.](#)

l'affiliation pour l'ensemble des bénéficiaires de minima sociaux permettrait de réduire significativement le non-recours et d'améliorer la couverture des populations les plus précaires.

**Une seconde piste de réforme porte sur la transformation du système de santé par le renforcement de l'articulation entre médecine de ville et hôpital, condition indispensable pour désengorger les urgences, améliorer la prévention et garantir un suivi continu.** Cela implique

de revoir la répartition des missions entre les deux secteurs, dans le prolongement des réformes de la carte hospitalière et du développement des soins de proximité<sup>53</sup>. L'enjeu est également d'encourager la complémentarité et la mutualisation des ressources d'expertises entre établissement, à travers les Groupement hospitalier de territoire (GHT), afin de pallier la rareté des ressources humaines, parfois très marquée dans certains territoires ou certaines spécialités.

#### Mesures possibles sur les dépassements d'honoraires

- Encadrer plus strictement la liberté tarifaire via le conventionnement, une baisse de 20 à 40 % des dépassements médicaux représenterait **0,9 à 1,8 Md€ de dépassements évités**.
- Plafonner les dépassements d'honoraires, réformer la notion de « tact et mesure » et rendre obligatoire l'OPTAM pour les nouvelles installations tout en le réformant pour améliorer son attractivité<sup>54</sup> : selon les scénarios d'adhésion et de modération tarifaire, les gains pourraient atteindre **0,4 à 0,9 Md€ par an**.

#### Quels coûts pour un passage au système dit « bouclier sanitaire » ?

- Plafond en euros fixé à 1 400 € du RAC opposable en ville et hôpital : **2 Md€<sup>55</sup>**.
- Plafond en euros fixé à 400 € du RAC opposable en ville et hôpital : **7,2 Md€<sup>56</sup>**.
- Instaurer un plafond modulable en fonction du revenu fiscal de référence de l'individu et le finançant par une augmentation du ticket modérateur : **0 Md€**.

<sup>53</sup> [Améliorer le système de santé et maîtriser les dépenses. Rapport charges et Produits de la CNAM pour 2026.](#)

<sup>54</sup> Voir les recommandations précisées dans le rapport gouvernemental sur les dépassements d'honoraires : « [Les dépassements d'honoraires : 10 propositions pour en sortir](#) », Y. Monnet, J.F. Rousset, 2025.

<sup>55</sup> [Rapport du HCAAM - Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire. Janvier 2022.](#)

<sup>56</sup> Idem.

**Les travaux récents du Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFIPS) et de l'Assurance maladie convergent sur un diagnostic clair : tant que l'hôpital restera le point d'entrée principal du système, les urgences continueront d'être saturées et la prévention sous-investie. À l'inverse, un système mieux articulé autour de la ville, en particulier pour la prise en charge dite « non programmée », les troubles psychiques ou encore le suivi des personnes âgées permettrait d'améliorer l'accès, la continuité et la pertinence des soins. Cette évolution suppose de renforcer le rôle des structures de proximité, d'améliorer la lisibilité du système pour les patients et de rééquilibrer**

l'organisation territoriale, conformément aux réformes en cours de la carte hospitalière. Elle implique également une montée en puissance des capacités de coordination en ville, une régulation plus fine des pratiques (prescription, tarification, organisation des parcours) et un soutien accru aux prises en charge ambulatoires, notamment pour les personnes âgées ou dépendantes. Au total, la réorganisation du système autour de parcours plus intégrés et de soins de proximité constitue l'un des leviers les plus prometteurs pour réduire les hospitalisations évitables, désengorger les urgences, soulager le personnel hospitalier et améliorer la qualité du suivi, tout en répondant aux besoins croissants d'une population vieillissante.

#### **Mesures possibles sur l'articulation de la médecine de ville *vs.* Hôpital<sup>57</sup>**

- Réorienter vers la médecine de ville les patients ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière, en s'appuyant sur des structures de soins non programmés (centres de santé, maisons médicales de garde, consultations avancées) pour offrir une réponse rapide et réduire la surcharge hospitalière ;
- Encadrer davantage la liberté de prescription et la liberté tarifaire en ville afin d'améliorer la pertinence des soins et de limiter les dépassements d'honoraires, particulièrement dans les zones sous-dotées<sup>58</sup> ;
- Déployer des parcours dédiés à la santé mentale, associant médecins généralistes, psychiatres et psychologues, pour mieux prévenir et accompagner des troubles psychiques devenus la première cause d'arrêts de travail de longue durée ;
- Renforcer le maintien à domicile et l'hospitalisation à domicile pour les personnes âgées ou dépendantes, grâce à des équipes mobiles gériatriques et aux dispositifs d'appui à la coordination (DAC), permettant de réduire les hospitalisations évitables et la pression sur les urgences.

<sup>57</sup> Améliorer le système de santé et maîtriser les dépenses. Rapport charges et Produits de la CNAM pour 2026.

<sup>58</sup> Rapport du HCAAM « Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux », Octobre 2025.

**Au-delà des dépenses du système de santé, les dépenses publiques en faveur de l'éducation, de la recherche ou des services sociaux ont des effets bénéfiques à long terme sur l'état de santé.** Par exemple, quatre années supplémentaires de scolarité sont associées à une baisse de la mortalité sur 5 ans de 1,8 point de pourcentage, une réduction du risque de maladie cardiaque de 2,2 points et du diabète de 1,3 point<sup>59</sup>. Dans la même perspective, des actions dédiées « santé-climat » ont montré que les effets bénéfiques pour la santé (via réduction de la pollution, amélioration des milieux de vie, sensibilisation aux risques liés au climat) sont déjà identifiés<sup>60</sup> mais difficilement chiffrables. Tout cela appelle, de fait, à une intégration systématique des dépenses de santé dans le cadre plus général des dépenses publiques, puisque la prévention des risques santé passe également par une modération des risques sociaux, comportementaux et environnementaux.

### 3. 80 ans après : quel avenir pour la sécurité sociale ?

**L'analyse proposée dans ce chapitre montre que la trajectoire des dépenses de santé résulte d'un enchevêtrement de facteurs structurels puissants, de moteurs conjoncturels récents et de dynamiques émergentes difficiles à anticiper.** La France dispose d'un système de santé parmi les plus protecteurs au monde, largement financé par la solidarité nationale et auquel les Français demeurent profondément attachés. Mais ce modèle fait

face à des inégalités persistantes, à un vieillissement démographique rapide, à une progression continue des maladies chroniques, et à l'arrivée d'innovations thérapeutiques qui améliorent la qualité de vie tout en générant de nouvelles contraintes financières. Les leviers d'efficience (prévention, bon usage des soins, maîtrise des produits de santé, lutte contre la fraude) peuvent contribuer à contenir les dépenses mais ne suffiront pas à eux seuls à répondre à la profondeur des besoins. D'où la nécessité d'envisager des solutions plus structurelles : renforcer la couverture, simplifier le système via un bouclier sanitaire, améliorer le recours aux droits, et mieux articuler entre médecine de ville et hôpital.

**Enfin, il est important de rappeler que la santé est influencée par une multiplicité de déterminants que les constats et propositions de ce chapitre ne sauraient, à eux seuls, résoudre.** Le changement climatique, les pollutions diverses, les conditions de vie et la prévalence de la pauvreté jouent un rôle déterminant dans l'état de santé des populations. Le vieillissement démographique renforcera ces effets, amplifiant la vulnérabilité face aux aléas climatiques et aux inégalités sociales. La santé, comme l'ensemble des sujets abordés dans ces chapitres, n'évolue pas en vase clos : une politique de santé efficace ne peut être pensée qu'en cohérence avec les politiques sociales, environnementales et territoriales, pour répondre aux objectifs d'accessibilité, de soutenabilité et d'équité que l'on souhaite se fixer collectivement.

<sup>59</sup> Voir [Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. \(2006\). Education and health: evaluating theories and evidence et Fack, G., & Huillery, É. \(2021\). Enseignement supérieur](#)

[: pour un investissement plus juste et plus efficace. Notes du conseil d'analyse économique, 68\(8\), 1-12.](#)

<sup>60</sup> [Health as a lever for action on climate change. Santé publique France & IANPHI, 8 avril 2022.](#)

# LES AUTEURS



**Cyprien Batut** est économiste et responsable du pôle macroéconomie à l'Institut Avant-garde. Il est diplômé de l'École d'économie de Paris et docteur en économie de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales. Sur le terrain académique, il s'intéresse principalement aux politiques publiques françaises sur le marché du travail. Après sa thèse, il a rejoint la Direction Générale du Trésor pendant trois ans, notamment en tant que Conseiller en charge de la politique économique au sein du cabinet du directeur général du Trésor au côté de la Cheffe Économiste du Trésor.



**Alexis Guillaume** est économiste et chargé d'étude au sein du pôle macroéconomie de l'Institut Avant-garde. Docteur en économie de l'Université Paris-Dauphine, il a consacré sa thèse à l'étude de l'impact des politiques publiques dans la zone euro et en France, sous la direction d'Anne-Laure Delatte. Ses travaux portent notamment sur les politiques monétaires non conventionnelles et les politiques budgétaires, notamment sur les dépenses socio-fiscales. Il s'intéresse plus particulièrement aux transformations du cadre politico-économique européen depuis la crise des dettes souveraines.



**Lison Brochet** a effectué un stage au sein de l'Institut Avant-garde lors de la conduite de ce rapport. Elle est actuellement étudiante à l'ENSAE Paris en année de césure.



**L'Institut Avant-garde est un think tank non partisan qui développe des analyses et des propositions concrètes pour les décideurs, les universitaires, et toutes les générations de penseurs et de citoyens.**

Quatre principes nous guident :

**Édifier une vision systémique**

Les débats portent souvent sur des réformes particulières ; il nous semble important de les décloisonner et de développer une vision d'ensemble cohérente, indispensable, entre autres, à la planification écologique. Notre principe est que le maintien à tout prix de l'organisation existante des institutions, et l'application systématique de logiques de marché ne sont pas des fins en soi. Les structures économiques doivent être pensées pour évoluer en fonction des enjeux, et répondre à des objectifs démocratiquement discutés.

**Apporter une expertise académique forte**

Une vision large ne doit pas omettre les détails ni se passer de technicité. Un décalage existe trop souvent entre l'évolution de la recherche, les doctrines économiques en vigueur et la fabrique des politiques publiques. Nous traduisons l'état de l'art académique en propositions de politiques publiques crédibles aux yeux des décideurs.

**Tisser des liens entre les disciplines**

Nous invoquons les dernières recherches en macroéconomie, mais nous ne voulons pas nous en tenir à une approche strictement économique. L'histoire économique, la science politique, la géopolitique, les sciences du climat, la sociologie, l'anthropologie, ou encore la philosophie enrichissent et élargissent notre vision.

**S'appuyer sur un réseau de think tanks européens**

Aujourd'hui, les think tanks se nichent essentiellement à l'échelle nationale ou bruxelloise ; le European Macro Policy Network, dont nous faisons partie, enrichit ce paysage d'un troisième niveau continental. Une idée anime cette initiative lancée par l'institut allemand Dezerat Zukunft : si les désaccords entre nos gouvernements sont nombreux, il existe un courant intellectuel uni en faveur du changement.

*institutavantgarde.fr*

*45, rue de Sèvres, Paris VI<sup>e</sup>*

INSTITUT  
AVANT-GARDE