

**CONCOURS OUVERTS LES 10, 11, 12 et 13 JUIN 2025  
POUR L'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES  
ELEVES DIRECTEURS D'HÔPITAL**

**4<sup>ème</sup> EPREUVE D'ADMISSIBILITE**

**(Durée 4 heures – Coefficient 4 si choisie comme majeure /  
Coefficient 2 si choisie comme mineure)**

**Vendredi 13 juin 2025**

**LEGISLATION DE SECURITE SOCIALE ET  
D'AIDE SOCIALE**

**CONCOURS EXTERNE et CONCOURS EXTERNE  
SPECIAL dit « TALENTS »**

**Sujet :**

A l'aide des documents joints, vous rédigerez une composition portant sur le sujet suivant :

***Le déficit de l'Assurance Maladie est-il vraiment devenu insoutenable ?***

**Liste des documents**

	<b>Documents joints</b>	
Document 1	Extrait rapport charges et produits 2025.	3 pages
Document 2	Communiqué de presse de l'Assurance maladie – Publication du rapport annuel « charges et produits pour 2025 » 19 juillet 2024	4 pages
Document 3	Taux de croissance des dépenses de santé 2011- 2022 Consommation de soins hospitaliers 2010 – 2022	1 page
Document 4	Intervention du Président du Haut Conseil du Financement de la Protection sociale – Février 2025 (extrait)	8 pages

#### 4.2.2. Les facteurs d'évolution des dépenses par pathologie

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

- les modifications de la prise en charge, de l'organisation des soins ou des tarifs entraînant des évolutions des dépenses moyennes individuelles par patient ;
- l'augmentation du nombre de personnes assurées et le vieillissement de la population, conduisant à une augmentation de la fréquence des maladies chroniques chez les personnes âgées et de la polyopathie ;
- les conséquences de chocs exogènes tels que la crise sanitaire liée au Covid-19 sur la consommation, le recours aux soins et la santé de la population française.

En 2022, une stabilisation de l'effectif total autour de 68,7 millions

Le nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins a augmenté de 4,5 millions entre 2015 (64,1 millions) et 2022 (68,7 millions), soit + 1,1 % par an en moyenne. Les effectifs de patients atteints de maladies chroniques sont de 24,4 millions en 2022 (+ 410 000 relativement à 2021 et + 1 560 000 relativement à 2015).

Les évolutions annuelles de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins diffèrent fortement selon la période considérée. Jusqu'en 2019, l'évolution des effectifs était relativement constante, elle oscillait entre + 0,34 % et + 0,76 %. Entre 2019 et 2020, la première période de confinement ayant fortement limité les possibilités de consultation, elle était beaucoup moins importante avec seulement + 0,19 %, et on dénombrait alors 65,9 millions de personnes en 2020. En 2021, le nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins a fortement augmenté (+ 3,9 %, correspondant à 2,6 millions de personnes supplémentaires). Cette forte évolution s'explique probablement par l'augmentation tendancielle de l'effectif de la population et par une augmentation du nombre de personnes ayant eu recours à des soins, soit du fait de la reprise d'un suivi médical, soit d'un rattrapage de soins non réalisés en 2020, soit de soins liés au Covid-19 (délivrance de masques, de tests et vaccinations) chez des personnes qui n'auraient pas eu recours aux soins en l'absence de pandémie. En 2022, la croissance des effectifs a fortement ralenti avec une évolution faible de + 0,29 %, conduisant ainsi l'effectif à un niveau proche de celui de 2021. Cette évolution traduit très probablement la moindre intensité de l'épidémie de Covid-19 en 2022 comparativement aux années 2020 et 2021 (nombreux cas d'Omicron en début d'année 2022, mais avec moins d'hospitalisations). Le nombre de personnes estimées<sup>7</sup> n'avoir consommé que des soins de ville en lien avec le Covid-19 en 2021 était de 1,99 million, il n'était ainsi plus que de 1,32 million en 2022.

Une augmentation de la dépense totale en 7 ans de 40,3 milliards d'euros, marquée par un ralentissement en 2022

Entre 2015 et 2022, les remboursements totaux de soins dans le champ de la cartographie pour l'ensemble des régimes ont augmenté de 40,3 milliards d'euros (soit + 26,8 % en 7 ans, + 4,0 % par an en moyenne). De fortes disparités sont observées dans les évolutions annuelles de ces remboursements. Elles étaient supérieures à + 2,0 % avant la pandémie et atteignaient jusqu'à 11,5 % en 2021 (correspondant à + 18,9 milliards d'euros), pour ralentir en 2022 (+ 3,6 %, soit + 6,6 milliards d'euros).

La Figure 9 présente l'évolution, entre 2015 et 2022, de la dépense totale remboursée pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins, avec les évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle. De manière cohérente avec ce qui précède, le premier constat est la tendance à la hausse de la dépense remboursée totale (26,8 %), sur la totalité de la période, pour la quasi-totalité des pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins. Les pathologies qui contribuent le plus à l'accroissement de la dépense entre 2015 et 2022 sont les cancers actifs (5,3 % sur 26,8 %), les hospitalisations hors pathologies repérées (+ 3,6 %), les maladies psychiatriques (2,6 %) et les maladies cardiovasculaires chroniques (2,3 %). Enfin, les personnes sans pathologie repérée par les algorithmes contribuent à hauteur de 2,9 %.

Un second constat global est visible : pour la majeure partie des pathologies, le niveau de la dépense totale stagne, voire diminue, en 2020, pour rebondir fortement à la hausse dès 2021, probablement en raison du

<sup>7</sup> Personnes n'ayant consommé que des produits en lien avec le Covid-19 (tests, vaccins, masques).

rattrapage de soins non réalisés en 2020 et de l'intégration des coûts de prise en charge des soins de ville liés au Covid-19 (dépistage et vaccination). En 2022, ces tendances se poursuivent, à des rythmes moindres.

Seules les dépenses affectées aux maladies du foie et du pancréas diminuent sur la période, du fait des nouveaux traitements antiviraux de l'hépatite C, avec une baisse des effectifs (le traitement est curatif) et des prix (baisses de tarifs sur la période) pour les patients nouvellement traités<sup>8</sup>.

Les traitements antalgiques et anti-inflammatoires se distinguent avec une dépense totale qui augmente depuis la pandémie, alors qu'elle diminuait entre 2016 et 2020 du fait d'une baisse des effectifs. Avant 2020, les nombreuses actions mises en place pour lutter contre le mésusage de la codéine chez les jeunes ont effectivement contribué à la baisse du nombre de personnes traitées (recommandations<sup>9</sup>, communication auprès des médecins, pharmaciens et familles, et modification de la réglementation : tous ces médicaments sont délivrés sur prescription uniquement depuis juillet 2017)<sup>10</sup>. Depuis 2020, on assiste à une augmentation des effectifs, notamment en lien avec la persistance des vagues épidémiques de Covid-19. Quant à la dépense moyenne individuelle, elle a augmenté fortement, de plus de + 20 %, en 2020, et diminue ensuite ces deux dernières années autour de - 5 %.

Les plus fortes évolutions à la hausse répertoriées en 2022, relativement à 2021, concernent les hospitalisations hors pathologies repérées (+ 1 949 millions d'euros), les cancers actifs (+ 1 373 millions d'euros), les maladies psychiatriques (+ 1 072 millions d'euros), les « maladies inflammatoires ou rares ou infection par le VIH » (+ 732 millions d'euros), le diabète (+ 667 millions d'euros) et les maladies cardiovasculaires chroniques (+ 551 millions d'euros).

Pour le diabète, la hausse de la dépense totale (+ 667 millions d'euros, + 7,0 %) s'explique par une évolution proportionnellement plus importante des effectifs (+ 4,4 %) que de la dépense moyenne individuelle (+ 2,5 %). Inversement, pour les maladies psychiatriques et les « maladies inflammatoires ou rares ou infection par le VIH », l'évolution de la dépense moyenne individuelle est plus importante en proportion (+ 4,6 % pour les premières et + 6,8 % pour les secondes) que celle des effectifs (environ + 1,3 % pour les premières et + 3,4 % pour les secondes). En niveau, pour les maladies rares, elle atteint jusqu'à 2 700 euros, dont 2 500 euros sont affectés aux médicaments. Enfin, pour les hospitalisations hors pathologies repérées, les cancers actifs et les maladies cardiovasculaires chroniques, les deux composantes évoluent de manière quasi équivalente entre 2021 et 2022 (s'agissant des hospitalisations hors pathologies repérées, + 2,6 % pour les effectifs et + 2,3 % pour la dépense individuelle ; s'agissant des cancers actifs, + 3,8 % pour les effectifs et + 2,9 % pour la dépense individuelle ; s'agissant des maladies cardiovasculaires chroniques, + 1,4 % pour les effectifs et + 2,3 % pour la dépense individuelle).

Une baisse considérable de la dépense remboursée totale en 2022 pour les soins en lien avec le Covid-19

Quelques pathologies, à l'inverse des précédentes, voient le niveau de leur dépense totale remboursée diminuer sur la dernière année. Les baisses les plus importantes concernent en particulier les hospitalisations pour prise en charge du Covid-19 (- 900 millions d'euros) et les personnes ayant bénéficié de remboursements pour d'autres raisons que celles répertoriées par les algorithmes de la cartographie, les nommées « Pas de pathologie repérée » (- 353 millions d'euros). Les évolutions des dépenses de ces deux catégories sont directement liées à l'évolution de la pandémie. En 2022, le nombre de personnes hospitalisées pour Covid-19 a diminué de près de 10 %, quand il avait augmenté de près de 25 % l'année précédente. La dépense moyenne individuelle de ces prises en charge a, quant à elle, également diminué, probablement parce que les cas pris en charge étaient moins graves. Le constat est identique pour les assurés n'ayant « pas de pathologie repérée ». Le rapport précédent expliquait que la forte hausse de la dépense totale remboursée en 2021 était imputable aux prises en charge des soins de ville liés au Covid-19 (délivrance de masques, de tests et vaccinations). En 2022, la pandémie ayant ralenti, le recours aux soins de ville qui y sont associés a lui aussi ralenti.

8 [https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-07\\_rapport-propositions-pour-2023\\_assurance-maladie\\_5.pdf](https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-07_rapport-propositions-pour-2023_assurance-maladie_5.pdf)

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

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

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

La dépense remboursée pour les personnes repérées par l'algorithme « Maladies respiratoires chroniques » a augmenté de manière plus importante en 2021 (+ 6 %) et en 2022 (+ 10 %) par rapport à la période prépandémie (croissance annuelle moyenne de 1 % sur la période 2015-2019). Cette augmentation des dépenses est attribuée en 2021 à une dépense moyenne par individu plus élevée, et en 2022 principalement à une augmentation du nombre de personnes identifiées. Il s'agit majoritairement de personnes nouvellement identifiées par cet algorithme en 2022 et repérées par la consommation répétée de bronchodilatateurs plutôt que par les séjours hospitaliers ou les ALD. Il sera important de suivre à moyen terme la prévalence et l'incidence des maladies respiratoires chroniques, notamment chez les enfants et les personnes âgées, en tenant compte des conséquences de la pandémie de Covid-19, directes ou liées aux modifications des vagues épidémiques des autres virus respiratoires.

#PLFSS2025 #SystèmeDeSanté #AccèsAuxSoins #Sobriété #Innovation

**Publication du rapport annuel 'Charges et Produits pour 2025'  
30 nouvelles propositions de l'Assurance Maladie  
pour améliorer le système de santé et maîtriser les dépenses**

Le Conseil de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) a approuvé ce jeudi 18 juillet le rapport Charges et Produits pour 2025<sup>1</sup>, document annuel structurant pour éclairer les politiques de santé publique et contribuer à l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Le rapport analyse tant les tendances de fond que les besoins à court terme du système de santé et présente 30 propositions pour améliorer la qualité et l'efficacité de celui-ci.

L'Assurance Maladie formule cette année de nouvelles mesures fortes d'économies, face à un déficit qui reste significatif et pourrait s'élever à 11,4 milliards d'euros en 2024, et ce malgré un net redressement en 2023 (11,1 milliards d'euros, soit -10 milliards d'euros par rapport à 2022).

Parmi les leviers d'action, le rapport Charges et produits pour 2025 appelle à renforcer les politiques de prévention, notamment face aux maladies chroniques, à poursuivre l'optimisation des parcours de soins, à encourager le recours aux innovations, et à gagner en sobriété à tous les niveaux, notamment en réduisant le gaspillage et en assurant le juste soin. La lutte contre les fraudes et les abus reste également une priorité majeure.

L'objectif : atteindre 1,56 milliard d'économies en 2025, grâce à des mesures efficaces d'organisation, tout en garantissant l'accès aux droits et aux soins.

La nouvelle convention médicale signée le 4 juin dernier, porteuse de nettes améliorations en termes de pertinence et qualité des soins, sera déterminante pour concrétiser cette feuille de route.

*« Au fil des années, le rapport Charges et produits est devenu de plus en plus riche et stratégique pour préparer les travaux autour du projet de loi de financement de la Sécurité sociale à l'automne. A partir de nos données et de nombreuses études, nous produisons un document de référence qui pose un diagnostic précis du système de santé. A partir de là, nous formulons 30 propositions qui s'appuient pour certaines sur des dispositifs qui ont déjà fait la preuve de leur efficacité dans certaines régions ou certains pays. Elles synthétisent notre vision et sont notre boussole pour l'année, dans tous nos domaines d'action »,* explique Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie.

**Un diagnostic annuel du système de santé et des dépenses, pour piloter l'action**

Pour formuler ces propositions, les équipes de la Cnam réalisent un panorama global du système de santé français sur quatre volets.

Sur le volet financier tout d'abord, la situation financière de l'Assurance Maladie continue de s'améliorer cette année mais reste fragile avec un déficit de 11,1 milliards d'euros en 2023. Malgré un net redressement en 2023 (diminution de 10 milliards d'euros par rapport à 2022), les projections pour 2024 prévoient un déficit à 11,4 milliards et qui pourrait se maintenir à un niveau élevé dans les prochaines années.

Sur le volet des soins, la cartographie médicalisée des dépenses<sup>2</sup> documente, à partir des données de 2022, **la concentration croissante des dépenses sur la prise en charge des maladies chroniques**. Un assuré sur trois est concerné, soit **24 millions de personnes (+ 1,5 million depuis 2015)**, soit près de 60 % des dépenses totales remboursées de l'Assurance Maladie (112 milliards d'euros sur 190 au total). La prise en charge des maladies cardiovasculaires, les traitements des cancers actifs et la santé mentale sont prédominants et représentent à eux-seules plus de 40 % des dépenses totales.

Les données sur l'offre des soins en ville permettent la aussi de cartographier les professionnels de santé pouvant prendre en charge les patients en France. Elles témoignent d'une évolution démographique contrastée (en 5 ans, baisse du nombre de médecins généralistes, hausse du nombre d'infirmiers). **Ces données révèlent également une dynamique soutenue des prescriptions des médecins libéraux** (58,2 milliards d'euros en 2023, soit +11% depuis 2019), avec trois postes principaux : les médicaments, les indemnités journalières et les dispositifs médicaux.

Enfin, le tableau de bord de 17 indicateurs de santé publique constitue un point de repère sur les besoins en matière de prévention et d'accompagnement des maladies chroniques.

### **Un programme d'économies ambitieux soutenu par 30 propositions**

L'Assurance Maladie affiche **un programme d'économies très ambitieux pour 2025, qui s'élève à 1,56 milliard d'euros**. Les principaux champs d'action sont la prise en charge des pathologies chroniques (80 millions d'euros), la lutte contre les fraudes et les abus (420 millions) et surtout la pertinence et l'efficacité de soins (1,06 milliard).

*« L'objectif de gagner en sobriété et en efficacité est la colonne vertébrale du rapport. Dans un contexte de déficit qui tend à devenir chronique, toute dépense doit plus que jamais être une dépense utile ! Nous présentons des mesures opérationnelles et crédibles qui vont dans ce sens, avec une détermination forte à agir pour garantir la pérennité de notre système de santé »* ajoute Thomas Fatôme.

Le rapport Charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2025 formule ainsi **30 propositions, toutes porteuses de transformation de notre système de santé**, tant pour améliorer la prise en charge des patients que pour maîtriser les dépenses.

Parmi les propositions clés, on peut citer la création de **formulaires infalsifiables d'arrêt de travail**, pour faire la chasse aux « faux » formulaires revendus sur Internet et en parallèle la mise en place d'un nouveau service attentionné **« SOS IJ »** pour aider les médecins dans leurs prescriptions d'arrêts de travail face à des situations complexes.

Autre mesure marquante, **la chasse au gaspillage des produits de santé** en lien avec les professionnels de santé concernés (médecin, infirmiers, pharmaciens), comme les pansements qui tendent à s'accumuler chez les patients. Un nouveau cadre de prescription s'avère donc nécessaire.

Des actions pour **mieux prévenir, évaluer et soigner la douleur chronique** sont également présentées, afin d'être vigilant face aux risques d'addiction inhérents au traitement par opioïdes.

Enfin, des nouveautés changeront le quotidien de nombreux assurés, comme le soutien à la **généralisation du service en ligne « Allo Ortho »**, pour aider les parents à mieux faire face aux besoins d'orthophonie des enfants.

Le rapport traite également de nouveaux sujets, comme **la décarbonation du système de santé et la santé environnementale**, avec comme objectif de développer un outil d'évaluation de l'impact carbone du médicament, et une action de sensibilisation aux dangers des perturbateurs endocriniens dès la fin d'année.

Autre trait marquant, **la lutte contre les inégalités sociales en santé** est également fortement présente dans le rapport, à travers une approche spécifique de la santé des femmes, mais aussi des jeunes issus de l'Aide Sociale à l'Enfance, dont l'état de santé est plus dégradé à l'âge adulte, avec par exemple deux fois plus de maladies cardio-vasculaires et de cancers à l'âge adulte que la population générale.

## **Maladies cardiovasculaires, santé des jeunes et des femmes, accès aux soins et exercice coordonné, numérique... les grandes propositions par fils rouges pour 2025**

Parmi les 8 fils rouges du rapport Charges et produits pour 2025, l'Assurance Maladie propose un **focus sur les pathologies**, avec des propositions visant à améliorer le dépistage précoce et la prévention.

Sur les **maladies cardiovasculaires et associées**, l'Assurance Maladie porte une approche globale, centrée sur le patient.

Elle appelle à systématiser le dépistage annuel auprès des personnes à risque, à déployer un parcours de soins spécifique « polypathologies chroniques » portant sur les maladies cardiovasculaires et associées (IC, diabète, maladie rénale chronique, maladie coronarienne et BPCO), et à accélérer la mise en place du plan greffe pour la **maladie rénale chronique**.

Sur les **cancers**, la priorité est d'augmenter la participation au dépistage organisé, qui reste en France bien en-deçà des objectifs européens. Cela passe notamment par des prises de contact en direct avec les publics éloignés du système de santé, la mobilisation des sages-femmes et des infirmiers pour remettre le kit de dépistage du cancer colorectal et pour réaliser les frottis, mais aussi le développement d'une offre de proximité partout sur le territoire avec les « mammobus ».

L'**approche populationnelle** s'intéresse cette année à la dégradation de la **santé mentale des 12-25 ans** depuis la crise sanitaire, qui se traduit par une augmentation préoccupante de la consommation de psychotrope (par exemple + 60 % de jeunes sous antidépresseurs entre 2019 et 2023).

Le rapport préconise la mise en place d'une forme de « conférence de consensus » avec les différents acteurs clés pour mener un diagnostic approfondi et partagé sur l'usage croissant des psychotropes, ses causes et ses conséquences afin de construire un plan ambitieux dans ce domaine.

La **santé des femmes** est l'autre focus majeur de ce fil rouge, qui recense plusieurs études mettant en avant la nécessité d'une approche genrée, et propose d'organiser un dépistage systématique du risque cardiovasculaire pour les femmes ménopausées, d'améliorer le dépistage et la prise en charge de l'endométriose en participant à l'évaluation de l'Endotest. Enfin, face à la prévalence des violences faites aux femmes (240 000 victimes enregistrées en 2022, soit + 14 % vs 2021), l'Assurance Maladie propose de soutenir le développement des Maisons des Femmes, structures dédiées à leur accueil et leur prise en charge.

En matière d'**organisation des soins**, le rapport propose de renforcer la capacité de la permanence des soins ambulatoires (**PDSA**), à laquelle près de 50 % des médecins généralistes libéraux participent déjà, afin de mieux répondre aux besoins des patients, face à des urgences médicales.

En parallèle, elle appelle à mieux encadrer le développement des centres de soins non programmés et de l'activité non régulée qui ne s'intègrent pas pleinement dans les dispositifs de régulation des urgences, et à préparer le déploiement des nouvelles mesures tarifaires prévues sur ce sujet dans la convention médicale.

Cette nouvelle **convention médicale** signée en juin constitue plus généralement un levier très important pour améliorer l'accès aux soins, grâce aux engagements réciproques actés avec les professionnels de santé tant sur l'accès aux soins et leur pertinence. En raison de leur importance, l'Assurance Maladie confirme le lancement des deux Observatoires en charge respectivement de l'accès aux soins et de la pertinence, prévus dans la convention, pour piloter la réalisation de ces engagements. Autre mesure forte, l'Assurance Maladie préconise aussi de ne plus rembourser les prescriptions des médecins non conventionnés avec elle, ces médecins se situant délibérément en dehors du cadre organisé avec l'Assurance Maladie.

L'**analyse sectorielle** met, quant à elle, en évidence un niveau élevé de remboursements des **transports sanitaires** : 6,3 milliards en 2023, soit + 9 % en un an. Une comparaison internationale met en évidence des dépenses significatives, financées largement par la solidarité nationale (à 95% en France vs 84% en moyenne dans d'autres pays de l'OCDE).



Face à ce constat, l'Assurance Maladie propose d'amplifier le recours au transport partagé, qui fait ses preuves dans d'autres pays, mais qui représente seulement 19 % des transports de VSL en France et aussi de déployer massivement des plateformes de commande des transports dans les hôpitaux.

De plus, le rapport se penche sur **les médicaments innovants**<sup>3</sup>, et souligne leur très forte disponibilité en France, notamment grâce au dispositif d'autorisation d'accès précoce. Faciliter l'accès à l'innovation est l'une des forces de notre système de santé et doit le rester. En outre, le rapport présente une analyse de la forte dynamique des dépenses des médicaments indiqués dans le cadre de la prise en charge des maladies rares.

Sur **la santé numérique**, l'Assurance Maladie propose de lancer des Assises de la **téléconsultation**. Celle-ci se ferait en concertation avec l'ensemble des acteurs, afin d'asseoir le rôle de ce mode de prise en charge utile et complémentaire à la consultation en présentiel, mais aussi de l'encadrer. En effet, certaines pratiques de prescription, notamment d'antibiotiques, dans le cadre de la téléconsultation analysée dans le rapport cette année interrogent.

Enfin, dans un contexte de fort développement des solutions d'intelligence artificielle (IA) en santé, le rapport pointe un manque d'évaluation des **dispositifs médicaux numériques** à usage professionnel, et plaide pour une expérimentation, encadrée avec la Haute Autorité de santé, d'un outil IA d'assistance à l'interprétation d'électrocardiogramme pour les médecins généralistes.

<sup>1</sup> Le rapport « Charges et Produits » publié chaque année permet à la Cnam de formuler des propositions concrètes d'économies pour respecter les objectifs de dépenses d'assurance maladie et garantir ainsi le maintien d'un système de santé solidaire, performant et soutenable. Elle y énonce également des propositions complémentaires destinées à améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé.

<sup>2</sup> Les données de ces cartographies sont accessibles à tous en open data sur la plateforme [Data ameli](https://data.ameli.fr).

<sup>3</sup> Le troisième Observatoire européen des délais d'accès aux médicaments en collaboration avec la Haute Autorité de santé et son homologue dans les autres pays européens : Allemagne, Angleterre, Italie et France.

**Le rapport Charges et Produits pour 2025 et sa synthèse sont disponibles sur [ameli.fr](https://www.ameli.fr)**

#### **A propos de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam)**

Établissement public national à caractère administratif, sous la double tutelle du ministère des Solidarités et de la Santé (chargé de la Sécurité sociale) et du ministère de l'Action et des Comptes publics, la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) gère, au niveau national, les branches Maladie et Accidents du travail / Maladies professionnelles du régime général de Sécurité sociale. Avec plus de 2 200 salariés, elle constitue la tête de pont opérationnelle du régime d'assurance maladie obligatoire en France. Elle pilote, coordonne, conseille et appuie l'action des organismes locaux qui composent son réseau (CPAM, DRSM, Ugecam, Carsat, CGSS...). Elle mène les négociations avec les professionnels de santé au sein de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). Elle concourt ainsi, par les actions de gestion du risque ou les services en santé qu'elle met en œuvre, à l'efficacité du système de soins et au respect de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Elle participe également à la déclinaison des politiques publiques en matière de prévention et informe chaque année ses assurés pour les aider à devenir acteurs de leur santé.

#### **Contact presse**

Service de presse Cnam : [presse.cnam@assurance-maladie.fr](mailto:presse.cnam@assurance-maladie.fr)

Agence Hopscotch : [cnam-presse@hopscotch.fr](mailto:cnam-presse@hopscotch.fr)

**X** [Suivez notre actualité sur X !](#)

Si vous souhaitez vérifier l'authenticité du communiqué de presse en pièce-jointe, il vous suffit de cliquer sur le site d'Augure ou sur le site de Keeex et de glisser ou télécharger la pièce jointe. En retour, un message contenant une coche verte indiquera que ledit document a bien été déposé par le service de presse de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie, confirmant ainsi son authenticité. Dans le cas contraire, la coche est rouge.

Graphique 2 - Taux de croissance de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en valeur, en volume et en prix

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Valeur	2,7	2,1	2,0	2,5	1,6	2,2	1,6	1,2	2,2	1,6	7,8	3,9
Volume	2,9	2,5	1,9	3,1	2,6	2,9	1,4	1,8	1,6	-4,4	8,1	1,8
Prix	-0,2	-0,4	0,0	-0,6	-0,9	-0,7	0,1	-0,5	0,5	6,3	-0,3	2,1

Lecture > En 2022, la consommation de soins et de biens médicaux augmente de 3,9 % en valeur. Cette évolution est portée par une hausse des prix de 2,1 % et une hausse du volume de 1,8 %.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 - Niveaux de la consommation de soins hospitaliers en valeur, volume et prix

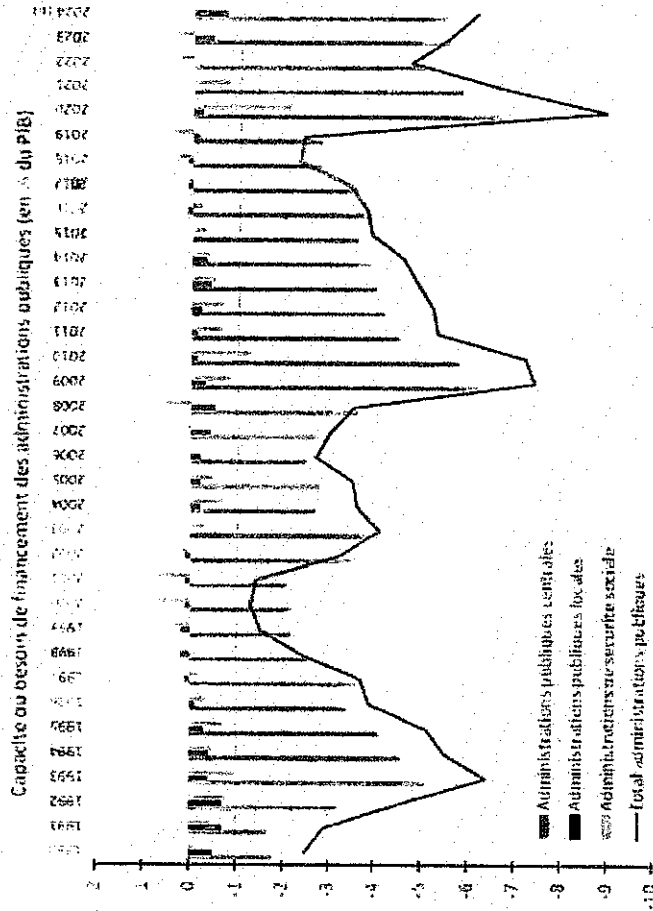
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Valeur	100,0	102,7	105,3	108,0	110,8	112,4	114,8	116,8	118,2	120,8	128,3	136,9	142,7
Prix	100,0	100,0	100,1	101,4	101,7	101,1	100,9	101,6	101,8	103,6	117,7	121,2	127,0
Volume	100,0	102,7	105,2	106,5	108,9	111,2	113,8	114,9	116,2	116,6	109,0	112,9	112,4

Source > DREES, comptes de la santé.



## Une dégradation rapide et forte dans un contexte de finances publiques incertain, une année 2024 pire que prévu

Le déficit public passerait à 6,1 % du PIB en 2024 (contre 4,4% attendu en loi de finances initiales, révisé à 5,1% au printemps 2024), après -5,5 % en 2023 (contre 4,9% attendu il y a un an)



- Les finances publiques s'étaient redressées au moment de la sortie de la pandémie, en lien avec le redémarrage de l'économie et la fin des mesures ponctuelles de soutien

- L'épisode d'inflation démarré en 2021 a ensuite pesé sur les finances publiques via notamment les mesures pour le pouvoir d'achat, les revalorisations des prestations, et les effets du Smic sur les allègements généraux

- Si le HCFIPS avait alerté l'an passé sur une trajectoire inquiétante, elle s'est encore dégradée

- Le déficit de l'état pourrait s'avérer néanmoins un peu moins dégradé que prévu, à confirmer lors de la notification du déficit des administrations publiques fin mars

Note: Le solde des ASSO intègre la Cades, par construction excédentaire

## Une baisse en 2024 du solde des comptes des administrations de sécurité sociale touchant tous les organismes

La dégradation concerne l'ensemble des régimes en lien avec le dynamisme des dépenses couplé avec des recettes moins fortes que prévu

- La détérioration des comptes sociaux en comptabilité nationale (y compris Cades) résulte :
  - du dynamisme des dépenses du fait de l'effet décalé de l'inflation sur les revalorisations (+5,3% pour les pensions au 1<sup>er</sup> janvier 2024)
  - d'un ralentissement des recettes (notamment des recettes fiscales au premier plan desquelles la TVA)
- L'ensemble des organismes, y compris les régimes de base, voient leur situation financière s'aggraver
- Diminution des excédents pour l'assurance chômage (0,9 Md€ en 2024).
- Excédents également en diminution pour les régimes complémentaires d'assurance vieillesse (1,6 Md€ en 2024) en lien avec les revalorisations
- Le solde des régimes de base empire encore en 2024

Par rapport aux prévisions des lois financières pour 2024 actualisées dans le programme de stabilité, les derniers constats sont beaucoup plus pessimistes.

- Un déficit toutes administrations accru de 1 point de PIB
- Un déficit des administrations de sécurité sociale plus dégradé de 0,2 point de PIB
- En lien avec la révision à la baisse du solde des régimes de base et du FSV

Une révision du déficit en hausse provenant de moindres recettes et de dépenses supplémentaires, touchant principalement la branche maladie.

1,3 Md€ de dépenses supplémentaires au titre de l'ONDAM  
 7,2 Md€ de recettes en moins

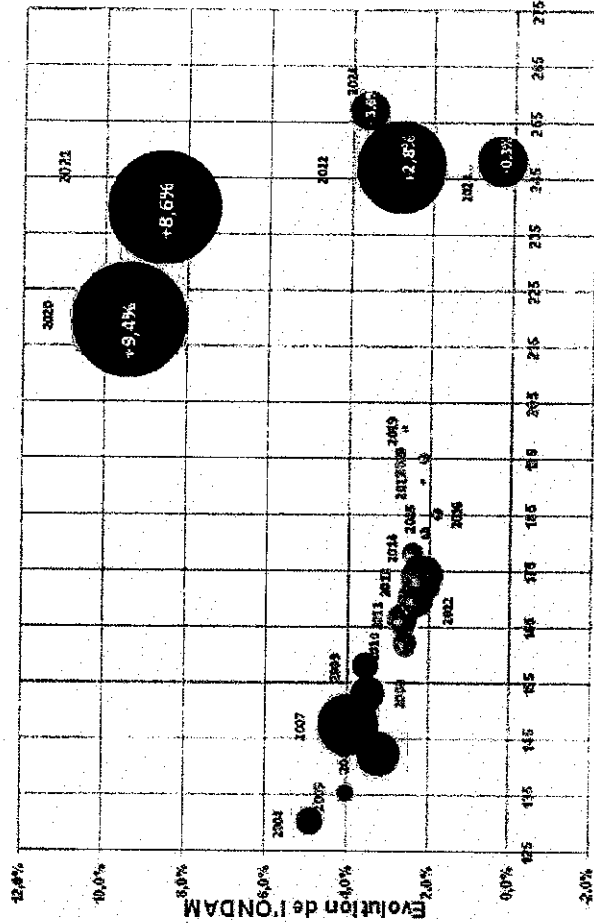
Écarts sur les principaux postes de recettes et de dépenses des régimes de base et du FSV entre la LFSS 2024 et la CCSS d'octobre 2024, en impact sur le solde (Md€)

	Écart LFSS 2024/CCSS octobre 2024
<b>Total des dépenses</b>	<b>-1,2</b>
dont ONDAM	-1,3
dont autres prestations	-0,3
dont transferts	0,4
<b>Total des recettes</b>	<b>-7,2</b>
dont recettes de revenus d'activité du secteur privé	-1,9
dont recettes de revenus des TI	-1,7
dont recettes de revenus d'activité du secteur public	0,6
dont recettes fiscales	-4,5
<b>Solde</b>	<b>9,0</b>
Source : rapport de la CCSS d'octobre 2024	

## Le dépassement de l'ONDAM prévu en CCSS était de 1,2 Md€, mais sera revu encore d'environ 0,8 Md€ du fait des remises plus faibles qu'escompté

### Des dépenses maladie plus élevées qu'escompté

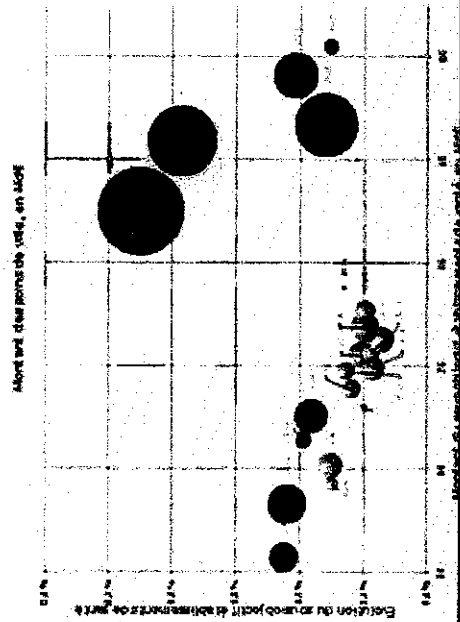
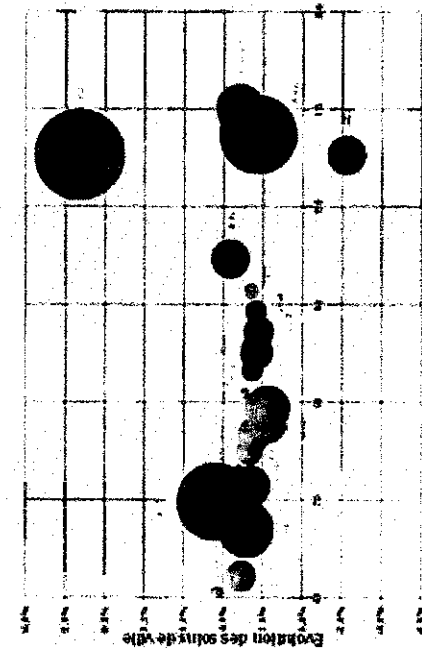
- Le dépassement de l'ONDAM n'est plus imputable à la pandémie
- L'objectif avait été nettement dépassé en 2022, du fait notamment de dépenses exceptionnelles non anticipées en LFSS 2022
- Les réalisations en 2024 dépasseraient de 1,2 Md€ l'objectif de la LFSS 2024
- Un dépassement provenant principalement d'un volume de soins de ville plus élevé, notamment au titre des indemnités journalières, des dépenses de spécialistes et de produits de santé
- Les dépenses d'établissements de santé seraient également un peu plus fortes que prévu
- Les remises versées par les laboratoires pharmaceutiques seraient moindres que prévu (information disponible après la CCSS). Les remises venant en minoration de l'ONDAM, cela amènerait à un dépassement supplémentaire de 0,8 Md€, intégré dans la LFSS 2025



Montant de l'ONDAM, en Md€

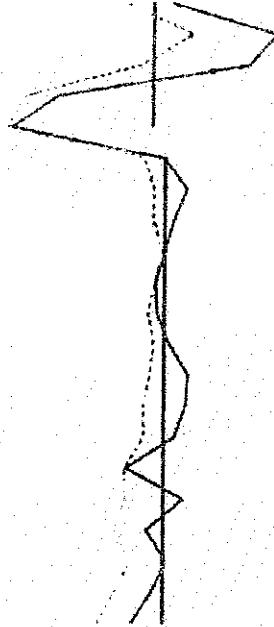
Note de lecture : en abscisses figure le niveau de dépenses constaté en milliards d'euros et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille de la bulle représente l'ampleur du dépassement (en rouge) ou de la sous-réalisation (en vert) et la position de l'ONDAM initial. Ainsi, en 2023, les dépenses totales dans le champ de l'ONDAM atteignent 247,8 Md€, soit une évolution à périmètre constant de 0,3%. Source : DSS - 49

## En 2024, des dépassements concentrés sur les soins de ville



- Les dépassements observés depuis 2020 étaient imputables aux effets de la pandémie plus forts que prévu initialement, puis à l'insuffisante prise en compte des répercussions de l'inflation, notamment sur les salaires. La fiche éclairage du dernier rapport de la CCSS indique ainsi que les dépassements par rapport aux objectifs rectifiés en cours d'année restent limités entre 2020 et 2023 (0,5 Md€ en moyenne par an)
- Lorsque l'on compare les évolutions de l'ONDAM corrigées de l'inflation, la moyenne entre 2004 et 2019 s'établit à 1,6% par an en volume et pour la période 2020-2024, l'évolution moyenne se situe à 2,3%
- En 2024, les événements exceptionnels non anticipés ne jouent quasiment plus, sans pour autant que les dépassements aient disparu: les sujets de la dynamique des dépenses de santé et de la régulation de l'ONDAM redeviennent prégnants

Source: Direction de l'ONDAM et valeur en Md€

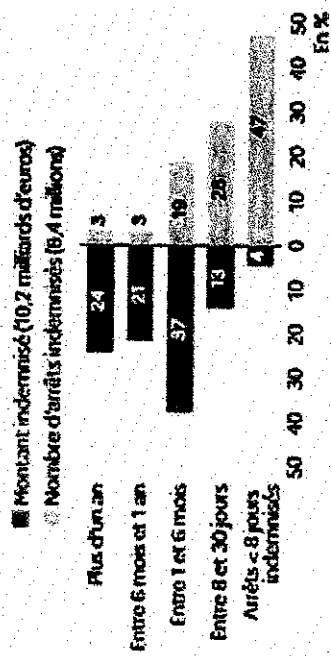




## La dynamique des indemnités journalières

- On retrouve ces éléments dans les évolutions des arrêts maladie : une étude récente conjointe de la CNAM et de la Drees permet de disposer de quelques éléments d'explication de la hausse des indemnités journalières sur les dernières années.
- A noter tout d'abord que les arrêts de courte durée (<8 jours) ne constituent que 4% de la dépense alors que les arrêts de plus de 6 mois représentent 43%.
- Sur la période récente, la hausse des arrêts maladie est portée tout d'abord par une hausse du taux de recours, et par un fort effet du montant moyen (en lien avec les hausses du Smic), ainsi que par la hausse de l'emploi salarié.

### Graphiques Répartition des dépenses et du nombre d'arrêts maladie par durée en 2023



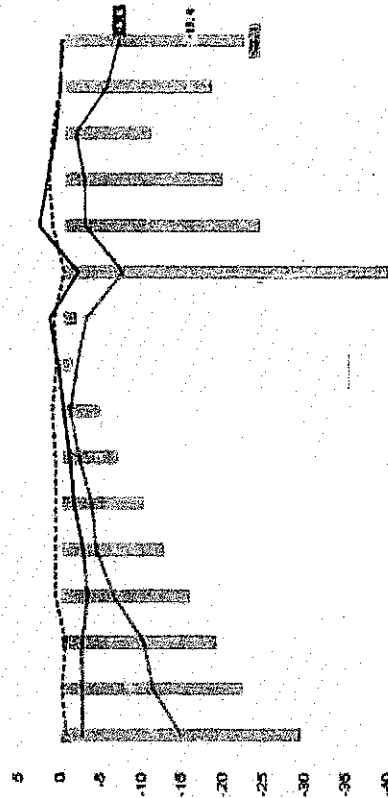
### Facteurs explicatifs de l'augmentation du montant indemnité des IJ maladie



Source Drees, CNAM

## Le déficit des régimes obligatoires de base va atteindre alors son plus haut niveau hors crise

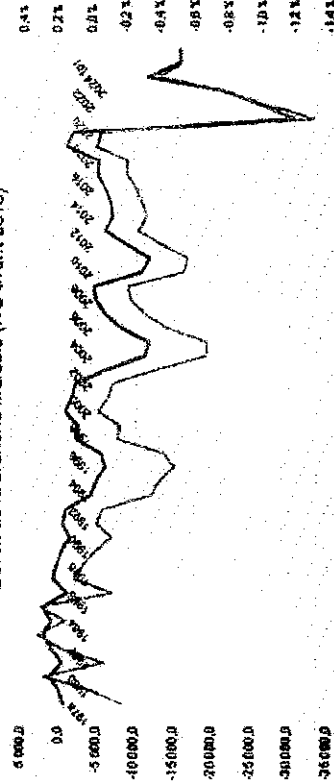
- Il s'agit du niveau le plus important hors crise; en proportion des recettes, ce déficit reste encore inférieur à celui observé en 2010 et 2011 mais la situation actuelle est cependant très éloignée de la forte récession qui avait marqué la crise financière
- L'aggravation du déficit est particulièrement notable pour la branche maladie et pour la branche vieillesse. Pour cette dernière, de tels déficits avaient déjà été observés par le passé.
- Pour la branche maladie, les niveaux sont inédits. En rapportant le déficit au PIB, il avait été observé de tels déficits mais uniquement lors de la crise financière et en 2003 et 2004
- Une part importante du déficit de la branche maladie a pour origine l'absence de financement, ou de contreparties en termes d'économies, des mesures de revalorisations issues du Ségur (13 Md€)



2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025

--- Branche vieillesse  
--- Branche maladie  
--- Branche Jevissie

Déficit de la branche maladie (RG avant 2010)



2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025

--- En Md€





## Une situation de la dette préoccupante

### Une reconstitution rapide de la dette

- La loi du 7 août 2020 avait étendu la durée de vie de la Cades jusqu'en 2033, contre 2024 précédemment
  - Les reprises de dette ne portaient que sur les déficits provisionnels allant jusqu'en 2023
  - La reprise des déficits 2020 à 2023 s'effectuait dans la limite de 92 Md€. Le solde cumulé des branches maladie et vieillesse s'établirait déjà sur cette période à 95 Md€. Il reste environ 7 Md€ de dettes non reprises au 1<sup>er</sup> janvier 2024 portant sur les branches maladie et vieillesse
  - La situation globale du régime général serait moins dégradée compte tenu des excédents de la branche des branches famille et AT-MP, la branche autonomie ayant une situation financière légèrement déficitaire à fin 2023
- Les déficits provisionnels entre 2024 et 2028 ne sont couverts par aucune reprise de dette à ce stade
  - En prenant en compte l'ensemble des régimes obligatoires de base maladie et vieillesse (y compris FSV), les prévisions établies dans le cadre du PLFSS 2025 (à l'issue de l'examen au Sénat) prévoient un déficit cumulé à horizon 2028 de plus de 100 Md€ (dont 80 Md€ pour la branche Maladie). Ce montant représente plus de 5 ans de recettes de la Cades
  - Par ailleurs, le déficit en 2028 de ces branches s'élèverait à 22 Md€, au-delà du niveau des recettes de la Cades, ce qui signifie qu'il n'y a pas de désendettement global

## Une dérive qui continuerait

## Une dérive des finances publiques très accentuée

Chiffres clés de la gestion de la dette pour l'Etat et la protection sociale en 2019

	Etat	Sécurité sociale (ROBSS+FSV)	Unedic	Adm. Publ.*
Dépenses annuelles (en Md€)	355,0	509,7	41,1	1346,2
Solde annuel	-96,9	-1,7	-1,9	-58,2
Capacité ou besoin de financement en % des dépenses	-27,3%	-0,3%	-4,6%	-4,3%
Dette (en Md€)	1909,1	111,0	36,8	2386,1
Poids de la dette en % des dépenses	537,8%	21,8%	89,5%	177,3%
Sommes consacrées à la gestion de la dette	40,3	18,1	0,3	56,0
dont charges de la dette	40,3	1,8	0,3	39,7
Taux apparent moyen	2,1%	1,6%	0,8%	2,3%
Coût annuel de la dette rapporté aux dépenses annuelles	11,4%	3,5%	0,7%	4,2%

Source: loi de règlement pour 2019, CCSS, Unedic

\* données en comptabilité nationale, extrapolées HCFPS

Chiffres clés de la gestion de la dette pour l'Etat et la protection sociale en 2025

	Etat	Sécurité sociale (ROBSS+FSV)	Unedic	Adm. Publ.*
Dépenses annuelles (en Md€)	446	666	44	1714
Solde annuel	-133	-22,1	1,8	-150
Capacité ou besoin de financement en % des dépenses	-29,8%	-3,3%	4,1%	-8,7%
Dette (en Md€)	2814	168	57	3441
Poids de la dette en % des dépenses	630,4%	25,2%	130,3%	200,7%
Sommes consacrées à la gestion de la dette	54,9	19,7	0,5	86,3
dont charges de la dette	49,7	3,4	0,5	69,0
Taux apparent moyen	2,0%	2,0%	0,9%	2,5%
Coût annuel de la dette rapporté aux dépenses annuelles	12,3%	3,0%	1,1%	5,0%

Source: PLF 2025, LFSS 2025, Unedic

\* données en comptabilité nationale, extrapolées HCFPS

